

**SYNTHESE
DU RAPPORT D'ÉVALUATION
2003-2006
DOCUMENT COURT**

**Le document intégral est téléchargeable sur le site du réseau www.addica.org .
Ce document court met en valeur les points principaux du rapport.**

Les recommandations sont regroupées à la fin de ce document

Ce rapport est dédié à Monsieur Jean-Jacques Opfermann† (URCAM Champagne-Ardenne)

Nous tenons à remercier les évaluateurs qui ont mené cet important travail :

Hélène TRELLU et Myriam LE GOFF de l'ENST Bretagne

Denis BOMBARDIER et Michel DESSAIGNE de la société ENDEL

Roger TANNIOU de l'ARACT Champagne-Ardenne

**Marie Antoinette CASTEL-TALLET, Moustapha DRAME,
Guislain FOIRIEN-TOLLETTE de l'ORSCA**

SOMMAIRE

1. Analyse de la cohérence du programme (ORSCA)	4
2. Activités du réseau (ORSCA)	4
Conventions avec des partenaires du champ médico-social :	4
Communication	4
Déploiement du réseau	4
Inclusion des professionnels.....	5
Inclusion des usagers	5
Motif de prise en charge des usagers	6
Formations des professionnels	6
Mutualisation	6
3. Evaluation budgétaire du reseau (ORSCA)	7
4. Effets induits par addica (ORSCA).....	8
5. Evaluation des usages du systeme d’information (ENST).....	8
Méthode.....	8
Analyse sociologique	9
Bilan de l’analyse sociologique.....	9
Analyse statistique.....	11
6. Enquête auprès des patients (ENDEL).....	14
Méthode : Une enquête descriptive	14
Résultats / Constats	15
Conclusion.....	16
7. Analyse du travail de coordination du reseau (ARACT).....	16
Méthode : un audit approfondi du fonctionnement	16
Résultats / Constats	17
Activité réseaux ou « le cœur de mission ».....	18
Vie associative.....	19
Gestion administrative et comptable	19
8. Le rapport d’évaluation du reseau realise par l’IGAS	20

Le réseau de santé ADDICA propose une démarche nouvelle offrant aux professionnels de santé de la région Champagne-Ardenne la possibilité de travailler de manière collaborative autour des conduites addictives et de la précarité. Ce réseau de santé dynamise les changements de pratiques en formalisant le développement des relais de coordination et en favorisant une rupture de l'isolement des professionnels.

L'objectif général du réseau est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Mis en place au début de l'année 2001 avec le soutien financier de l'Assurance Maladie sur des crédits du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (période 2001-2003), ce réseau a poursuivi son action grâce à la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (période 2003-2006). Après 6 années de fonctionnement et dans les suites d'un premier travail effectué avec la société Cemka-Eval et produit en juin 2003, une nouvelle démarche d'évaluation a été entreprise. Prioritairement qualitative, elle a impliqué quatre évaluateurs externes de septembre 2005 à juin 2006. Chaque équipe a exploré un domaine précis :

- ***L'Observatoire Régional de la Santé de Champagne Ardenne (ORSCA)*** a eu pour tâche d'analyser la cohérence, la pertinence, l'efficacité, l'efficience du programme et la satisfaction des professionnels du réseau ;
- ***L'école Nationale Supérieure Technique de Bretagne (ENST)***, dans le cadre de son projet de recherche « AUTOMATE », a été chargée de l'analyse du système d'information ;
- ***La société ENDEL*** a effectué une analyse sociologique de la compréhension et de la place du réseau dans le parcours d'une dizaine de patients chroniques ;
- ***L'ARACT*** (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) a eu pour tâche de faire l'évaluation du fonctionnement de l'équipe de coordination du réseau ;
- Enfin nous avons joint à ce travail d'évaluation des éléments du rapport réalisé par ***l'IGAS*** en 2005, pour sa partie régionale Champagne-Ardenne.

Puisse la lecture de ce travail aider chaque professionnel à s'investir dans ce projet de réseau de santé pour poursuivre la mobilisation des énergies de tous les acteurs pour modifier les pratiques au plus grand bénéfice des patients.

*Docteur Dominique Dépinoy
Ex-président fondateur
Responsable de l'évaluation*

1. ANALYSE DE LA COHERENCE DU PROGRAMME (ORSCA)

Le réseau ADDICA traite la problématique des conduites addictives et de la précarité. La démarche du réseau, au vu de la revue bibliographique réalisée par l'ORSCA, apparaît cohérente vis-à-vis des dispositions réglementaires tant régionales que nationales ou internationales. Elle repose sur la coordination des soins, l'harmonisation des pratiques et une approche multidisciplinaire.

Un état des lieux des besoins sanitaires recouvrant le champ des addictions a été réalisé avant le démarrage du projet. Parallèlement, des besoins ont été identifiés et pris en compte lors de la mise en place du réseau. L'état des lieux en termes sanitaires a permis de définir les objectifs du réseau et de les rendre cohérents avec les besoins identifiés et les priorités régionales de santé publique.

La population ciblée dans les champs de l'addiction et de la précarité, s'avère pertinente par rapport aux objectifs du réseau. Sa prise en charge dans le cadre d'un réseau de santé formalisé comme ADDICA est justifiée. Toutefois, à ce jour, même si la représentation des usagers est prévue au sein du Conseil d'Administration du réseau, cette place n'est pas encore pourvue.

2. ACTIVITES DU RESEAU (ORSCA)

- **Conventions avec des partenaires du champ médico-social :**

Depuis la création d'ADDICA, 18 conventions ont été signées avec divers partenaires, institutionnels ou associatifs. Les objectifs de ces conventions sont de développer une culture commune, de promouvoir les structures partenaires et de faciliter l'accès aux soins.

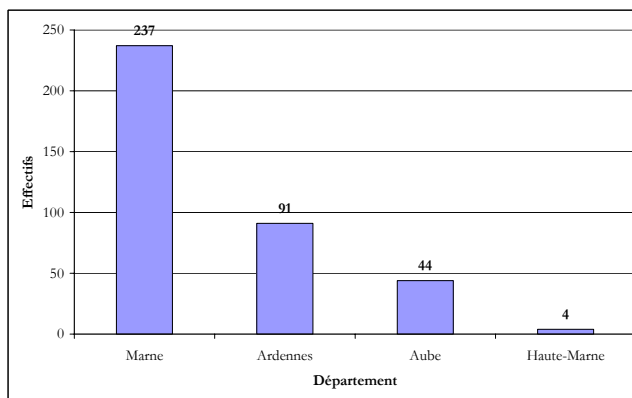
- **Communication :**

L'activité de communication du réseau ADDICA est riche et diversifiée. Les principaux moyens de communication (13 articles dans des revues spécialisées, 4 communication par voie de presse, usage d'Internet, 12 bulletins de liaison en interne, etc.) ont été utilisés.

De plus, des efforts ont été faits pour la mise en place d'une charte graphique (logo, couleurs, typographie) permettant une identification rapide du réseau sur les documents produits tels que guides de bonne pratique, affiches, document de présentation.

- **Déploiement du réseau :**

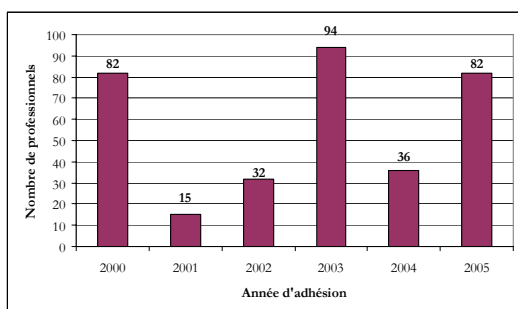
Le déploiement du réseau est centrifuge, il est parti de la Marne et plus spécifiquement de Reims. Aujourd'hui, ADDICA est présent dans les quatre départements de la région avec un niveau développement variable. Bien implanté dans la Marne et dans les Ardennes, il est en voie de consolidation dans l'Aube et dans la Haute-Marne où sa présence récente est restée longtemps difficile à cause surtout de « *résistances intellectuelles au travail en réseau de santé régional* ».



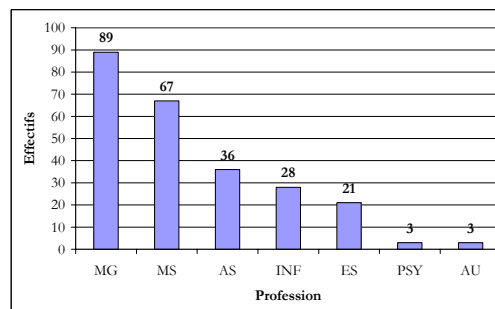
Inclusion de professionnels dans le réseau par département

- Inclusion des professionnels :**

Au début de l'année 2006, le réseau comptait 377 membres. Les graphiques ci-dessous donnent leur répartition selon l'année d'adhésion et selon leur profession.



Rythme d'inclusion des professionnels dans le réseau entre 2000 et 2005



Inclusions des professionnels dans le réseau par type de profession

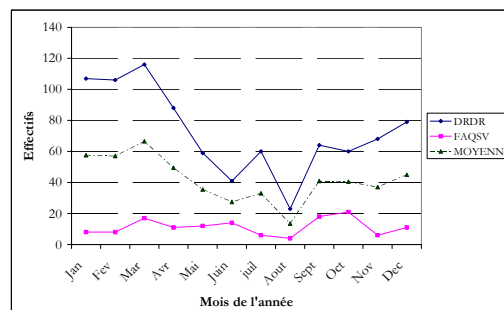
- Inclusion des usagers :**

Entre janvier 2002 et avril 2006, 1007 usagers ont été enregistrés dans la base de données du Dossier Patient Partagé. Les graphiques ci-dessous donnent leur répartition selon l'année d'adhésion et selon la période de financement (FAQSV vs DRDR). Ils ne représentent toutefois pas la totalité des patients aidés par le réseau mais uniquement ceux comptés par le dossier partagé.

Année	Effectifs
2002	62
2003	74
2004	239
2005	465
2006*	167
Total	1007

Rythme d'inclusion des usagers dans le réseau entre 2002 et 2006

* données arrêtées au 5 mai 2006.



Inclusions des professionnels selon la période de financement

- **Motif de prise en charge des usagers :**

Près de 70 % des usagers sont suivis pour au moins un problème lié au tabac ; la consommation de drogues arrive en 2^{ème} position.

Motif	Effectif	Pourcentage
Tabac	699	69,4
Alcool	132	13,1
Drogues	158	15,7
Hépatite C	37	3,7

Nombre de fiches pour chaque motif de prise en charge (N = 1 007)

Concernant la poly-consommation de substances addictives, 11 % des usagers (114 sur 1007) sont suivis pour au moins deux motifs de prise en charge.

- **Formations des professionnels :**

Au 30 avril 2006, 102 formations ont été dispensées sur l'ensemble de la région. On constate la montée en puissance du réseau par le nombre de formations effectuées auprès des professionnels, plus particulièrement sur les trois dernières années.

Année	Départements				Total
	8	10	51	52	
2001			2		2
2002	3		6		9
2003	7		12		19
2004	6	3	18		27
2005	7	4	21		32
2006*	3	2	7	1	13
Total	26	9	66	1	102

* Formations jusqu'au 30 avril 2006

Nombre de formation par année et par département

- **Mutualisation :**

La mutualisation avec le réseau CARÉDIAB apporte à ADDICA un bénéfice organisationnel, logistique et économique. Elle lui permet de gagner du temps, de réduire des coûts, d'asseoir une meilleure crédibilité (vis-à-vis des institutionnels et des partenaires). L'économie sur le Système d'Information n'a pas pu être évaluée faute de chiffrage exact des remises faites sur les devis et factures.

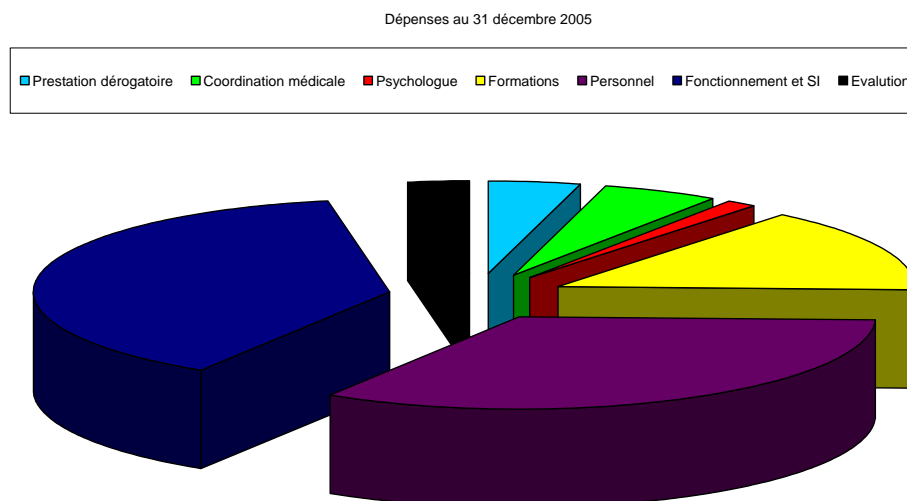
Un certain nombre de médecins du réseau ADDICA ont adhéré immédiatement au réseau CARÉDIAB et à l'inverse de nouveaux médecins ont été recrutés dans ADDICA à partir de formations sur le diabète. Ainsi la montée en charge en termes d'adhésion de professionnels est-elle facilitée dans les deux réseaux.

Exemple d'économies réalisées sur le volet fonctionnement entre ADDICA et CARÉDIAB

Étape de l'évaluation	Nombre de jours économisés	Fonction de l'évaluateur	Coût
Rédaction du protocole	3,0	Chef de projet	1 800
Réunions de travail	3,0		1 500
<i>dont</i>	1,5	Chef de projet	900
<i>dont</i>	1,5	Chargé d'études	600
Conception des outils	4,0		2 000
<i>dont</i>	2,0	Chef de projet	1 200
<i>dont</i>	2,0	Chargé d'études	800
Prise de rendez-vous	0,5	Chargé d'études	200
Déplacements	3,0	Chargé d'études	1 200
Analyse	2,0	Chef de projet	1 200
Total	15,5		7 900

3. EVALUATION BUDGETAIRE DU RESEAU (ORSCA)

Depuis sa mise en place le réseau a su conserver un équilibre de ses dépenses avec 1/3 pour les formations et prestations dérogatoires, 1/3 pour le système d'information et le fonctionnement courant, et 1/3 pour les salaires.



4. EFFETS INDUITS PAR ADDICA (ORSCA)

En termes de résultats et d'impacts sur la prise en charge des addictions, le réseau ADDICA semble avoir atteint ses objectifs. L'analyse quantitative de l'activité du réseau montre que pour l'inclusion des usagers, **ADDICA a dépassé les objectifs fixés par les financeurs pour l'année 2006**; en termes d'inclusion des professionnels, les objectifs sont atteints à 75 % (pour les médecins généralistes) et 80 % (pour l'ensemble des professionnels) alors que seul le premier semestre 2006 a été comptabilisé dans cette évaluation.

En termes qualitatifs, les différents acteurs du projet interrogés en entretien semi-directif sont satisfaits de l'impact du travail du réseau en matière de collaboration « ville-hôpital », de décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médicosocial, de changement d'attitude et de comportement des professionnels vis-à-vis de la prise en charge des addictions et d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux usagers.

Les professionnels du réseau interrogés par questionnaire postal sont satisfaits voire très satisfaits du réseau. Ils apprécient son fonctionnement et la qualité des informations que la coordination met à leur disposition. Ils estiment que leur participation au réseau « leur a permis de faire évoluer leurs pratiques professionnelles ».

Cependant, certains d'entre eux souhaiteraient que la communication au niveau du grand public soit renforcée et d'autres voudraient voir plus d'hospitaliers dans le réseau.

5. EVALUATION DES USAGES DU SYSTEME D'INFORMATION (ENST)

L'évaluation a été centrée sur les pratiques de coopération favorisées dans les réseaux de santé par l'utilisation du Dossier Patient Partagé entre professionnels. Pour répondre à la problématique des usages, l'ENST Bretagne a privilégié une méthodologie mixte qui a conjugué deux axes de réflexion :

- une analyse sociologique basée sur des entretiens qualitatifs semi-directifs;
- une analyse statistique des données informatiques du système d'information.

Méthode

Les données analysées sont issues du système d'information sécurisé. Elles sont constituées de la succession chronologique des pages visitées, des messages postés ou toute autre action possible au sein du système d'information. Ces informations ont été anonymisées avant analyse.

Du côté des sciences sociales, le questionnement théorique s'est rapporté à l'analyse des perceptions qu'ont les acteurs du réseau et de leur rôle dans celui-ci et à la modification des pratiques. Une analyse particulière a été menée sur le dossier patient partagé, sa place dans le réseau et son impact en termes organisationnels.

L'approche évaluative multidisciplinaire a permis de faire un bilan des usages effectifs du Dossier Patient Partagé au sein du réseau et d'établir des recommandations en termes de fonctionnement et de pratiques. La description des usages des nouvelles technologies s'est, à ce jour, essentiellement arrêtée à faire une approche qualitative basée sur la déclaration des usagers sur leur pratique. Pour dépasser cette méthode nous avons fait le choix de confronter ces dires aux actions réelles menées sur le système d'information lui-même en faisant l'archivage des « logs files ».

Analyse sociologique

Au total, 19 entretiens ont été réalisés avec des professionnels de la santé, du social et des membres de la coordination. (3 médecins généralistes libéraux, 2 médecins généralistes hospitaliers, 1 hépatologue hospitalier, 1 tabacologue, 1 infirmier hospitalier, 1 éducatrice spécialisée, 2 assistantes sociales, 1 travailleur social, 2 psychologues, 1 secrétaire médicale et les 3 salariés de la coordination) ont été interrogés ainsi que la chef de projet du réseau CARÉDIAB : les deux réseaux sont très liés en termes d'organisation et de fonctionnement. Par ailleurs, une observation d'un Conseil d'Administration du réseau et d'une réunion de formation coordination, ont eu lieu.

Bilan de l'analyse sociologique

Respecter le rythme de chaque professionnel tout en offrant des moyens d'évaluer :

L'étude réalisée auprès du réseau donne à voir des processus d'organisation se construisant sur le long terme. Différentes étapes ont pu être dégagées concernant l'intégration et l'implication des professionnels dans le réseau. **Deux phases se dessinent dans le parcours des membres au sein du réseau :**

- La première est la présence aux réunions de formation coordination qui sont un moment clé de la familiarisation au réseau. Ces réunions constituent le point d'ancrage d'une culture commune et une porte d'entrée vers la seconde phase.
- La seconde concerne l'utilisation du système d'informations proposé par le réseau.

Les étapes se franchissent plus ou moins rapidement et dépendent entre autres de l'intérêt porté par les membres à l'informatique et de leur réflexion sur le partage des données. La progression dans le réseau par ces étapes semble nécessaire aux nouveaux membres. Ces derniers doivent avoir l'occasion de débattre sur le travail en réseau, le partage des données même si ces débats ont déjà eu lieu avec les premiers membres.

Parallèlement, les membres présents depuis le début attendent du réseau des nouveautés, une évolution de la réflexion et une amélioration des outils proposés pour éviter toute lassitude. Le défi semble donc de permettre aux nouveaux de s'intégrer selon leur rythme et aux plus anciens de s'inscrire dans de nouvelles initiatives tout en formant une unité cohérente.

Le DPP, un outil de travail des membres du réseau :

La durée de présence dans le réseau et la relation de confiance établie avec les autres membres structurent des usages différenciés du Dossier Patient Partagé (DPP). En effet, avoir un équipement informatique ne conduit pas forcément à l'usage des outils proposés par le réseau, l'utilisation d'un outil de partage de données représente une étape du processus de reconstitution des formes d'activités professionnelles.

Lever les craintes relatives au DPP demande une mise en place de discussions et une remise en question de cet outil. Cette réflexion doit être posée en permanence, même après plusieurs années d'usage du DPP, au sein du réseau pour pouvoir d'une part intégrer les nouveaux membres, et d'autre part maintenir l'intérêt des autres.

Ces derniers sont en demande d'une évolution du DPP :

- Modifications en fonction des usages des uns et des autres et de la nouvelle organisation du travail qui se dessine dans le temps,
- Adaptation des fiches en fonction des professionnels membres.

Par ailleurs, rendre le DPP compatible avec les outils propres à chaque professionnel semble être une condition de sa pérennité.

Les patients tiennent une place encore trop restreinte par rapport à l'outil. Leur donner une place serait déjà de leur permettre de consulter leur propre dossier.

Un réseau pluridisciplinaire demande une acceptation de logiques plurielles :

Dans le fonctionnement en réseau, les logiques de chacun, de chaque métier, de chaque organisme, de chaque secteur sont réinterrogées voire remaniées puisque les légitimités sont à conquérir et à faire reconnaître par les autres. Le réseau mobilise les temporalités des différents acteurs au cours desquelles des formes de confiance se négocient, lesquelles permettent l'émergence de compétences collectives.

Tout en se fixant des objectifs communs, la prise en compte des différentes logiques professionnelles (organisation du travail, prise en charge des patients, déontologie) est présente. La modification des pratiques professionnelles allant vers une logique pluridisciplinaire ne doit pas faire oublier les spécificités de chacun.

Une équipe de coordination au cœur du réseau :

L'importance de la coordination administrative au sein du réseau pour en assurer son suivi et son fonctionnement est nette. Cette équipe, au cœur du réseau, est au fait des différents événements qui se produisent mais également des débats qui animent les membres du réseau. Cette intégration complète est bénéfique non seulement pour pouvoir répondre aux attentes des uns et des autres mais également pour éviter le cloisonnement entre équipe médico-sociale et équipe administrative. Le sens du travail en réseau d'ADDICA est de casser les cloisonnements préexistants dans les autres modes d'organisation.

Analyse statistique

Il ressort de cette analyse que le degré d'utilisation du dossier patient partagé est très hétérogène, et comporte un petit groupe de soignants très impliqué dans son utilisation.

D'un point de vue méthodologique, les méthodes factorielles et les méthodes de classification n'ont pu être utilisées car les données sont trop hétérogènes pour pouvoir établir et classer les corrélations existantes entre les professionnels et identifier des groupes homogènes de pratique.

Cependant, même si le système d'information est utilisé de façon non homogène par le personnel soignant, **le partage des dossiers est une réalité** (même lorsqu'il n'y a que deux soignants à suivre un patient, il y a un nombre important de changements de soignants dans la consultation des dossiers).

Enfin, le nombre d'utilisation du dossier patient partagé est en constante augmentation depuis le lancement, tant au niveau du nombre de soignants à le consulter, qu'au nombre de patients soignés. Ceci tend à faire penser que l'utilité de celui-ci est avérée pour le personnel soignant, et que son utilisation va devenir de plus en plus homogène pour les soignants impliqués.

Evaluation des usages du DPP : « du ressenti au réalisé »

Analyse statistique versus analyse sociologique pour le réseau ADDICA

L'originalité de la méthode réside dans le fait que l'ENST a confronté les perceptions qu'ont les médecins des usages du dossier partagé (analysées lors des entretiens sociologiques) aux usages réels (comptabilisés par l'analyse statistique). Dans un souci d'anonymat, l'objectif n'a pas été de comparer le profil d'un personnel soignant en particulier mais les tendances exprimées selon les catégories des membres du réseau (généralistes, spécialistes, travailleur social, personnel de la coordination).

Le premier résultat est la démonstration qu'entre les dires des professionnels et les actions réalisées, la distance est nulle. En effet, les professionnels rencontrés n'ont ni surestimé ni sous-estimé leurs usages du dossier patient partagé. Cela signifie que les professionnels ont adopté l'outil en toute connaissance de cause et sont capables d'identifier le rôle de cet outil dans leur pratique.

L'analyse statistique a soutenu l'évaluation en ne révélant pas de distorsions avec le discours. Cet instrument de mesure est nécessaire car il permet de fixer une échelle de valeur aux usages. Ces derniers sont souvent évalués en termes de progression et non en valeurs réelles.

L'hypothèse principale était celle de l'incidence du système d'information sur la pratique interprofessionnelle. **Des résultats sont issus des conclusions des deux approches méthodologiques.** A savoir :

- Les usages du DPP ont augmenté depuis la création du réseau : de nouveaux soignants l'ont adopté, un nombre plus grand de patient est intégré, les actions se diversifient (plus de créateurs de dossiers, plus de consultations des fiches de suivi...).
- La médecine générale est la plus représentée au sein du réseau et demeure la porte d'entrée du réseau pour les patients. Ce sont eux qui créent le plus de dossiers.

- L'usage dépend des relations avec les autres. Plus le professionnel partage avec d'autres, plus l'utilisation des différents items du dossier est importante, essentiellement en terme de consultations. On constate, cependant, des liens privilégiés entre professionnels, exogènes au réseau.
- Le dossier patient partagé est un vecteur de partage d'informations important. Par exemple, la fiche tabac est consultée par 26 médecins pour 532 patients.
- Les frontières entre professionnels s'estompent au sein du réseau. Chaque professionnel profite des informations renseignées par l'ensemble des professions sans jugement de valeur dans la mesure où les indications restent généralement succinctes. Il y a moins de sentiment de hiérarchie entre la médecine et le secteur social, chaque professionnel, de part sa connaissance, améliore la prise en charge du patient.

Des hypothèses émergent de ces résultats :

- Il existe des règles de fonctionnement. On peut supposer que les médecins lisent l'ensemble des informations rentrées par leurs collègues avant chaque consultation, il peut exister des délais entre deux rendez-vous...
- De nouveaux liens se manifestent de façon endogène à l'intérieur du réseau. Deux professionnels vont commencer à se partager des informations alors qu'ils ne se connaissaient pas auparavant...
- Il existe des profils d'utilisateurs selon leur ancienneté, leur spécialité, leur implication dans le réseau...
- Il existe des trajectoires types pour les patients.

Pour conclure, la méthode a permis de révéler un certain nombre d'avantages liés à l'usage du dossier patient partagé. :

- Mise à disposition de l'information de façon instantanée ;
- Plus grande rapidité d'appropriation des connaissances autour du patient ;
- Ambiance de partage ; Ouverture à des structures différentes et des spécialités différentes.
- Usage d'un outil pédagogique, effort de synthèse, simplicité des items ; Information sécurisée ;
- Actualisation permanente des dossiers patients ;
- Connaissance de l'implication du patient vis à vis de sa maladie par la fréquence de consultation au sein du réseau;
- Interface lisible pour le suivi du patient qui peut lui être présentée ;

Des inconvénients persistent :

- Nécessité d'être informatisé et d'avoir une connexion haut débit ;
- Non interopérabilité avec les systèmes d'informations des structures professionnelles des membres; double saisie entre le dossier personnel et le dossier patient partagé.
- Réduction de l'information en items ;
- Temps d'apprentissage de l'outil qui peut être long ;
- Remplissage non systématique après chaque visite de patients ;
- Technique comme élément perturbateur dans la relation médecin-patient ;
- Culture du partage encore naissante ;
- Interprétation des informations des autres professionnels en lien ;
- Existence de traces par rapport à l'oral.

En conclusion :

ADDICA doit son succès à la motivation de quelques membres, à son fonctionnement clair et opérationnel avec un soutien de la coordination, et à la culture de groupe qui s'est dégagée de l'utilisation d'un outil commun.

Il ne s'agit pas seulement d'un réseau informatique, sinon l'analyse statistique des logs files aurait suffi pour émettre les résultats obtenus. Les liens interprofessionnels existants et la volonté de partage d'information autour des patients résultent du partage d'un objectif commun par une communauté de professionnel : une meilleure prise en charge du patient. Ce sont les entretiens qui ont mis en avant ces éléments.

Le dossier patient partagé reste encore pour la plupart des professionnels de santé, les paramédicaux et pour la majeure partie du secteur social un complément au dossier personnel qu'il soit papier ou sur support informatique. La substitution totale n'est pas encore réalisée. L'archivage papier reste de mise, auquel nous rajoutons aujourd'hui l'archivage informatique.

6. ENQUETE AUPRES DES PATIENTS (ENDEL)

Méthode : Une enquête descriptive :

Les enquêteurs (un ethnologue et un sociologue spécialisé dans les addictions) ont mené une approche dite en " **boule de neige** ". Un nombre restreint de contacts ouvrait à de nouveaux contacts et ainsi de suite, le tout aboutissant à une arborescence. Les enquêteurs ont calqué en cela la chronologie du lien telle qu'elle était décrite par les patients-usagers.

- La coordination ADDICA a présenté aux évaluateurs quelques professionnels du réseau, libéraux et institutionnels. Ces professionnels ont renvoyés les évaluateurs vers des patients-usagers qui possédaient un dossier patient partagé « actif » et suffisamment ancien (plus de 30 mois de suivi) après avoir sollicité leur accord pour une rencontre. Ces patients-usagers ont à leur tour livré aux évaluateurs les noms d'autres professionnels avec lesquels ils étaient en contact, les autorisant également à aller les voir. Enfin ces professionnels pouvaient renvoyer vers d'autres patients.
- L'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des prises en charge dans le réseau mais permet une analyse qualitative car il est composé de patients aux parcours chaotiques, souffrant depuis plusieurs années de leur conduite addictive.
- Les entretiens ont porté sur les rythmes et le déroulement des rencontres PDS/patients, ce qu'ils en attendaient, et la compréhension des éléments de fonctionnement du réseau. Les enquêteurs n'ont pas interrogés les patients sur leur histoire personnelle, leurs consommations, l'évolution de leurs thérapies.

L'échantillon :

- 9 patients ont pu être interrogés ainsi que les professionnels de santé faisant partie d'ADDICA en rapport avec eux (2 à 3 professionnels par patients)
- Les patients-usagers étaient impliqués dans le dispositif depuis près de trois ans de suivi en moyenne.
- Simultanément ou séparément les trois types de dépendance ont été retrouvés dans l'échantillon (alcool, tabac, drogues illicites).
- Concernant l'anonymat, aucun patient n'a exprimé la moindre crainte ou réserve.

L'analyse :

- La double écoute professionnel de santé (PDS) / patient a permis un recul vis à vis du discours des patients et une mise en phase avec certains aspects dynamiques du réseau : Les contacts indiqués par les patients-usagers illustraient la diversité des liens au sein du réseau, telle qu'induite par la singularité des problèmes et histoires de vie.
- L'investigation et les analyses reflètent un instantané, elles ont évité un engagement approfondi dans l'histoire du patient pour éviter aux évaluateurs sociologues le risque de se positionner comme acteur de la prise en charge.

Résultats / Constats :

Remarques générales:

- Toutes les personnes ont été vues sur Reims du fait d'une collaboration plus engagée et plus ancienne.
- Les patients ont vécu comme une gratification, une récompense, d'avoir été choisis. Comme pour « rendre au réseau ce qu'il m'apporte »
- Les professionnels sollicités pour proposer des patients à rencontrer ont déclaré que 5 patients-usagers avaient refusé la démarche.
- Toutes les discussions se sont bien passées et se sont tenues avec une extrême franchise. On peut penser qu'un patient qui ne craint pas de parler de sa prise en charge est un patient qui assume, au moins en partie, sa pathologie (étape probante et avancée dans la résolution de ses problèmes) Cet état d'esprit est sans doute aussi le reflet d'une relation de confiance au réseau, à l'acteur de soin qui lui a parlé de l'enquête.

Le Dossier Patient Partagé (DPP) :

- Les patients interrogés citent des avantages pratiques au dossier partagé: ne pas avoir à redire des choses parfois difficiles aux divers professionnels qu'ils rencontrent, être suivis par des professionnels travaillant dans différents endroits de la région, etc.
- Pour les patients, le DPP n'occupe pas une place centrale dans la conscience des enjeux du réseau. Mais paradoxalement, le matériel informatique "matérialise" ADDICA, l'incertitude règne lorsqu'un PDS n'a pas d'ordinateur dans son bureau.
- Les patients n'expriment pas de craintes sur l'utilisation de ce dossier partagé. Ils sont peu préoccupés par les aspects administratifs et les problèmes de confidentialité.
- L'ouverture du dossier semble à même de créer une dynamique de facilitation d'une démarche thérapeutique, il est un élément de compréhension de la notion de réseau.
- Les droits liés au dossier ne sont généralement pas connus souvent dans une expression délibérée (qui accède à quoi ?).

La relation patient-usager et le réseau ADDICA :

- La relation avec le réseau s'engage à partir d'une relation privilégiée avec un professionnel. Elle est ensuite une relation complexe avec, pour le patient, ses certitudes et ses zones floues.
- Les autres professionnels de santé en relation avec le référent initiant l'adhésion au réseau, sont assimilés au réseau même quand ils n'en font pas partie. Ce caractère est accentué lorsque ces relations existent au sein d'une même institution. C'est l'institution dans son entier qui est membre du réseau dès lors qu'un de ses professionnels participe au travail collaboratif.
- Un nombre d'interlocuteurs élargi au sein du réseau procure un effet stabilisant en cas de difficulté ou de « dépression » : « il y a toujours quelqu'un à voir quand ça va mal et l'autre le sait ».
- Le "cercle médical" constitué par le réseau est assimilé à un "cercle familial ou amical". Dans le cadre de l'addiction, le sentiment de dépersonnalisation ou de dépression existe fréquemment et notamment dans une période d'abstinence. Lors de ces passages difficiles, le renvoi à l'image du cercle familial agit sans aucun doute comme une réassurance et renforce l'effet thérapeutique de la prise en charge.

- Les approches médicales somatiques sans rapport avec la ou les conduites addictives sont assez radicalement exclues, il ne saurait être partagé ce qui pourrait être vécu comme une honte avec d'autres. Le suivi gynécologique d'une patiente par exemple se fait auprès de praticiens hors du réseau qui ne connaissent pas la conduite addictive.
- Une place particulière est accordée aux travailleurs sociaux, les patients-usagers ne partagent pas le même discours avec eux, « en font-ils partie ? ». Les patients ne renforcent pas le lien médico-social et ont tendance à maintenir à distance le travailleur social.

Conclusion

Ce travail démontre la pertinence d'une approche d'évaluation clinique qui reste toutefois à développer. L'enquête a permis de mettre en évidence l'effet d'appartenance au réseau. **Cet effet semble thérapeutique à plus d'un titre en donnant au patient un sentiment d'être entouré et en le fidélisant. L'ouverture du dossier crée une dynamique de facilitation d'une démarche thérapeutique, il est un élément de compréhension de la notion de réseau.**

7. ANALYSE DU TRAVAIL DE COORDINATION DU RESEAU (ARACT)

L'arrivée de salariés a coïncidé avec le passage d'ADDICA à une dotation spécifique durable destinée à ce type d'activité. En recherche de voies de progrès, ce diagnostic avait pour but d'évaluer le fonctionnement du réseau pour pouvoir faire un point sur les voies d'évolution de des compétences de l'équipe professionnelle. Bien que cette étude ait été réalisée pour les trois réseaux ADDICA, CARÉDIAB et PAPRICA en mai 2005, nous ne reprenons ici que la vision centrée sur ADDICA.

Méthode : un audit approfondi du fonctionnement :

L'évaluateur de l'ARACT (Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) a repéré les enjeux d'une évolution des compétences autour de 5 questions :

- Y-a-t-il aujourd'hui des dysfonctionnements organisationnels repérables ?
- Les objectifs sont-ils atteints ? Sinon pourquoi ?
- Quelles difficultés sont rencontrées dans la conduite de l'activité ? Quels en sont les effets sur les conditions de travail ?
- Les enjeux évoluent-ils ou vont-ils évoluer ?
- Les salariés ont-ils des aspirations professionnelles particulières ?

Pour répondre à ces questions, il a été décidé de rencontrer les 5 salariés individuellement, les Présidents d'ADDICA et CARÉDiab, le Directeur Adjoint de l'URCAM et le médecin évaluateur de l'ORSCA.

Résultats / Constats :

L'analyse n'a pas révélé de problématiques lourdes de fonctionnement du réseau, notamment au regard des défis qui lui est posé et des moyens dont il dispose.

En particulier :

- Pas de dysfonctionnements internes capables de compromettre l'activité ou l'avenir.
- Toutes les personnes rencontrées ont une vision très partagée des enjeux, objectifs, perspectives d'évolution.
- ADDICA s'appuie sur un formalisme rare dans des structures de cette taille, certainement consommateur en temps de travail, mais qui pour une large part explique les deux points précédents : le travail fait en interne autour des descriptions d'emploi et de la mise au point des procédures de travail par exemple n'est pas étranger à la réussite de l'organisation administrative.

L'activité doit être analysée à l'aune de trois points de contraintes :

1. **La mission elle-même constitue un véritable défi.** Même si le bénéficiaire final de l'activité des réseaux doit être le patient, il ressort très clairement des discours, que les efforts (et les difficultés) sont concentrés sur l'objectif de faire travailler ensemble des professionnels de santé d'horizons divers en associant le médico-social et le social. Il s'agit de faire bouger des comportements dans un sens dont l'intérêt peut ne pas paraître immédiat pour les personnes concernées, voire qui peut se traduire en première approche par des contraintes nouvelles.
2. Il s'agit d'autant plus d'un défi que **l'adhésion aux réseaux santé s'appuie sur le volontariat.** Constitués initialement autour de « pionniers », de « militants »...et d'une figure charismatique, autant d'acteurs qui n'avaient pas besoin d'être convaincus, les réseaux ont, en sollicitant des fonds publics, vocation à s'étendre et à accueillir de nouveaux professionnels qu'il s'agit de convaincre.
3. **Les structures sont jeunes** et encore en phase de montée en charge. Cela signifie que la période écoulée a été une période pendant laquelle il s'est agi, simultanément :
 - d'étendre le réseau, de créer et mettre en place les moyens et outils nécessaires, d'accueillir des nouveaux, de gérer la croissance,
 - de mettre en place une gestion sous forme associative : création, vie des instances,
 - de structurer la gestion et une organisation administrative interne, ce qui, compte tenu des moyens (2 ETP salarié pour ADDICA), constitue une gageure.

Activité réseaux ou « le cœur de mission »

Dans le cadre de cette mission, la structure met en œuvre une série de moyens.

S'articulent :

- des moyens de mobilisation et d'animation des groupes locaux
- des outils de diffusion d'informations vers les professionnels et les patients
- des moyens d'accompagnement des patients

L'adhésion des patients au dispositif n'est pas considérée comme présentant de difficultés. **Les difficultés centrales tournent autour de la mobilisation des professionnels :**

- Assurer la diversité des professionnels engagés. L'idée centrale est celle du renforcement de la coopération dans le cadre d'un parcours de soin qui conduit le patient auprès de différents professionnels. Chaque cible présente des spécificités : une segmentation qui suppose des stratégies d'approche et de gestion différenciées. Des entretiens, **il semble ressortir que ce sont les généralistes, maillon nécessaire des réseaux, qui sont les plus difficiles à mobiliser.**
- Etendre les réseaux au-delà des pionniers. Cela passe par une démarche progressive ; sensibiliser, faire connaître le réseau, former, échanger puis **accompagner l'engagement dans la mise en place de DPP**. Un cheminement qui prend forcément du temps et est mobilisateur. Cette extension peut être également recherchée par l'intégration de groupes locaux plus ou moins formels traitant des mêmes objets.
- Impliquer de manière croissante des partenaires. Si les sessions de formation mobilisent, le passage à la participation au DPP semble plus difficile à atteindre. **L'appropriation du DPP passerait par un soutien auprès du professionnel sur le poste de travail** : activité que les réseaux n'ont pas les moyens aujourd'hui de mettre en œuvre et pour laquelle la sous-traitance apparaît insatisfaisante.

L'une des principales forces du réseau ADDICA tient dans l'impulsion d'une mutualisation qui a permis des effets d'expérience, qui ont bénéficié à CARÉDIAB, tant sur le plan des « apprentissages » par les administrateurs, que par les salariés...

Au travers de ces trois niveaux d'actions, les enjeux correspondent à trois niveaux de cible :

- Sensibiliser une large population de professionnels qui peuvent être concernés par l'action du réseau
- Impliquer des groupes locaux, permanents, qui vont construire et participer aux diverses actions du réseau notamment formation, guides...
- Engager et obtenir au sein de ces groupes, l'engagement des professionnels dans l'utilisation des outils mis à disposition : DPP, consultation à distance...

Vie associative

L'activité d'ADDICA s'est structurée autour de groupes locaux préexistants. Avec le passage sous forme associative le réseau a également constitué les instances gestionnaires du réseau. La priorité logiquement accordée au développement de l'activité a conduit à une certaine confusion entre conduite d'activité et management associatif. La vie associative proprement dite s'est ainsi « limitée » à observer le formalisme minimal : mise en place des structures (conseil d'administration, AG...), respect des obligations juridiques.

Le départ du fondateur, fortement impliqué, s'est passé sans heurts parce qu'il était entouré de compagnons de la première heure. Mais ce départ a révélé la fragilité des structures : nécessité de mobiliser de nouveaux professionnels dans la gestion de la structure, isolement du Président...

L'arrivée de nouveaux groupes locaux et l'extension à l'échelle régionale de l'activité des réseaux viennent renforcer et complexifier les enjeux de structure.

Ceux-ci sont très clairement perçus par les personnes que nous avons rencontrées. Reste cependant à trouver et mettre en œuvre les moyens pour :

- Assurer au sein de l'association une représentation des différentes catégories de professionnels et des différents groupes locaux. Cela signifie d'abord, intéresser les personnes au fonctionnement de l'association proprement dite, ce qui, compte tenu des règles actuelles, n'est pas évident : adhésion aux réseaux indépendante de l'adhésion aux associations, autonomie d'animation des groupes locaux recherchée pour une meilleure efficacité...
- Dynamiser le fonctionnement associatif : quels peuvent être les axes de travail de la structure centrale, qui n'empiètent pas sur la dynamique des groupes locaux, tout en apportant une valeur ajoutée à l'ensemble ?

La mise en place de nouvelles règles statutaires et de commissions est en cours de réflexion. Ces nouveaux enjeux sont importants pour la pérennité des structures. Ils impacteront nécessairement l'activité quotidienne des salariés.

Gestion administrative et comptable

L'enjeu est dans ce domaine de mettre en place des moyens (procédures...) permettant une gestion économe de ressources. **Pour les salariés l'activité, compte tenu des petits effectifs, se traduit par une multiplicité de tâches et entraîne des dépassements d'horaires.**

La mutualisation des 2 emplois de coordinatrices entre ADDICA et CARÉDIAB a permis de « spécialiser » les salariées concernées : administration générale pour l'une, comptabilité pour l'autre. Des efforts importants ont été réalisés pour structurer cette activité : développement d'une base de données pour la gestion des formations et des groupes, mise en place progressive des procédures administratives, notamment débouchant sur les éléments de mesure de l'activité ...

Peu de dysfonctionnements sont ainsi repérés malgré la jeunesse des structures.

Les objectifs de développement étant quasiment atteints, aujourd'hui, les enjeux du réseau ADDICA sont d'assurer un déploiement, sur l'ensemble de la région, de maintenir l'implication des professionnels engagés et de favoriser l'appropriation des outils DPP par tous les professionnels engagés.

Dans ce contexte, le renforcement de la vie associative tant dans sa structuration (règles de représentation) que dans son animation, sans occulter les autres domaines, devient une priorité politique.

8. LE RAPPORT D'ÉVALUATION DU RESEAU REALISE PAR L'IGAS

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a mené en 2005 un travail de contrôle l'évaluation de la contribution de ces financements à la mise en place des réseaux de santé. La mission de l'IGAS a porté sur 5 régions : Bourgogne, Champagne-Ardenne, Haute Normandie, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes. Les responsables de cette mission ont rencontré le président du réseau et la directrice de l'équipe de coordination en septembre 2005, leur contribution s'inscrit naturellement dans cette évaluation car elle permet de poser le contexte national des projets de réseaux de santé.

Sur le plan méthodologique, la mission a travaillé sur pièces (dossiers promoteurs) complétées de documents demandés aux URCAM et aux réseaux et a rencontré des responsables des instances régionales et quelques promoteurs de réseau.

Le contrôle a porté sur le cadre comptable et administratif mis en place pour le bon suivi des dépenses, le cadre fonctionnel et les atteintes d'objectifs annoncés.

La mission a relevé au niveau national :

- Une articulation insatisfaisante entre les différents outils de financement parce que les décideurs ne sont pas organisés ou ne souhaitent pas s'organiser en ce sens.
- Une absence de préconisations pratiques pour assurer le passage des projets financés expérimentalement par le FAQSV vers un financement pérenne DRDR
- Un défaut de cahier des charges et d'outils performants de suivis alors même qu'une expérience nationale pouvait être capitalisée.

En région, l'IGAS a noté que les instances FAQSV et DRDR ont réussi à fonctionner de manière pragmatique, mais n'ont pas réussi à s'organiser avec les autres modes d'intervention régionaux (SROS, FMC, Evaluation des Pratiques Professionnelles, projets de dépistage et de prévention addiction FNPEIS ...).

La notion de « guichet unique » pour les financements est restée abstraite, les documents promoteurs produits sont compliqués et incomplets (peu d'outils pratiques, pas de budget type, pas d'indicateurs ni de critères d'évaluation, aucune préconisation d'évaluation médico-économique).

Le pilotage régional a montré que du temps d'animation était mobilisé pour de la gestion de procédures lourdes au détriment d'un accompagnement sur le fond des projets et d'un suivi efficace. La présence des URML au sein des instances FAQSV et DRDR est source de confusion car elles sont à la fois juge et partie. La mission considère que les fonctions d'instruction et d'évaluation ne devraient jamais être exercées par les URML. Les projets financés se sont inscrits dans les objectifs recherchés par les deux fonds même si les états des lieux se sont révélés incomplets et que des problèmes méthodologiques d'évaluation persistent du fait notamment de l'absence de préconisations initiales.

Les promoteurs ne sont pas assez soutenus face aux évaluateurs or la mission a constaté que les propositions des promoteurs pouvaient être plus pertinentes que celles des consultants.

Les effets sur les changements et les améliorations de pratiques seraient observés mais ne sont pas mesurés efficacement.

Concernant *les systèmes d'information*, la mission a relevé :

- L'importance des coûts même si la DHOS ne suit pas rigoureusement cette ligne budgétaire (c'est pourtant une priorité régionale)
- De nombreux échecs **et Seulement deux réussites** : en Champagne Ardenne ADDICA et CARÉDIAB sont pleinement opérationnels. Mais les promoteurs et les financeurs ne tirent pas tout le profit possible de la capacité de ces deux systèmes d'information en matière d'évaluation des pratiques
- L'absence de concertation nationale pour une mutualisation.

Les projets régionaux auront été utiles au projet Dossier Médical Personnel (DMP) dans la mesure où ils auront favorisé une culture du partage d'informations et de dialogues entre professionnels.

ATOUTS ET FAIBLESSES DU RESEAU ADDICA

□ Les points forts du réseau

Les atouts d'ADDICA, relevés lors l'évaluation, peuvent être déclinés en plusieurs points :

- Un réseau né d'une initiative de terrain, de professionnels et non d'institutionnels
- Une bonne évaluation préalable des besoins en matière de pris en charge des addictions et des objectifs bien ciblés dès le départ.
- Une forte volonté de régionalisation dès le départ favorisant la cohérence et la pertinence du projet.
- Une impulsion à la prise conscience de la problématique des addictions dans la région
- La démonstration qu'un réseau de santé peut être fonctionnel dans la région.
- Une qualité des formations saluée par l'ensemble des professionnels interrogés.
- La création d'un véritable espace de communication, de concertation et d'échanges interprofessionnels.
- La mise en place d'un système d'information performant dont le caractère opérationnel a été mis en évidence dans le travail de l'ENST et remarqué dans le rapport d'évaluation des réseaux par l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

□ Les points faibles du réseau

Des points forts du réseau, découlent ses principaux points faibles :

- La création du réseau par des professionnels rémois, presque tous médecins en fait aux yeux des autres professionnels et d'institutionnels, un réseau encore « trop médical » et « trop Marno-centré ».
- La concentration sur les difficultés de la problématique des addictions et la naissance du projet au sein d'un groupe médical ont fait prendre du retard à la prise en charge de la précarité qui nécessite un lien médico-social fort.
- Les résistances à l'implantation du réseau dans l'Aube et en Haute-Marne.
- La volonté d'avoir un système d'information performant nécessite une implication forte des professionnels qui désirent adhérer au réseau alors que la plupart se plaignent habituellement d'un « manque de temps »

RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ÉVALUATION DU RESEAU

❑ Recommandations de l'ORSCA

❑ UN DOMAINE A DEVELOPPER : LA PRECARITE

Aujourd'hui, si les résultats sont très satisfaisants pour les conduites addictives, des efforts restent à faire pour appréhender de manière plus efficiente les problèmes liés à la précarité.

Conformément aux recommandations de l'évaluation intermédiaire de 2003, une télé-expertise « sociale » a été mise en place en fin 2005, mais la précarité demeure encore insuffisamment traitée. Ainsi au travers de l'enquête de satisfaction, des professionnels ont souhaité que les aspects sociaux et psychologiques soient davantage étudiés dans les formations.

- L'amélioration de la prise en charge sociale dans le réseau passera, par l'augmentation des formations sur ce thème, une promotion et une vulgarisation de la télé-expertise sociale, une incitation plus grande à l'adhésion des professionnels du secteur médico-social et une information plus ciblée et soutenue dans le temps.
- Le rapprochement avec « Santé-Précarité » doit être promu.

❑ L'IMPLICATION INSUFFISANTE DES INSTITUTIONS

Dans le déploiement du réseau

L'un des principaux freins identifiés au développement du réseau a été sa difficulté de régionalisation face à une opposition marquée de certaines structures corporatistes. Au vu des entretiens avec les différents acteurs, les raisons invoquées tournent autour de « réticences intellectuelles » ou de « lutte de pouvoir » entre structures œuvrant dans le même champ : les addictions. Ce phénomène a été pénalisant au regard des objectifs d'un programme régional que la quasi totalité des acteurs interrogés jugent pertinent.

- Si aujourd'hui les tensions s'amenuisent et si l'implantation du réseau dans l'Aube et en Haute-Marne progresse, les institutions de tutelles doivent jouer un rôle de facilitateur entre ADDICA et les autres structures du même champ d'intervention.
- L'ARH dont l'une de ses missions premières est l'organisation des soins, pourrait s'appuyer sur des réseaux tels qu'ADDICA pour assurer une coordination mieux structurée du secteur sanitaire et du secteur social dans un domaine tel que les addictions couplé à la précarité.
- L'URCAM pourrait inciter les différentes structures qu'elle finance à travailler ensemble et à fédérer leurs expériences pour répondre aux besoins de la population.

Dans la vie du réseau

Que se soit dans ce travail d'évaluation mais aussi dans d'autres travaux de l'ORS, le principal reproche fait aux tutelles est de n'effectuer que le travail de contrôle comptable incontournable au détriment de leur implication active dans la vie des structures qu'elles financent. A cela plusieurs explications peuvent être avancées : manque de temps, de personnel pour suivre régulièrement ces structures et leur apporter un soutien technique...

- Dans le cas d'ADDICA, bien que les financeurs aient une place d'invité permanent au Conseil d'Administration, ils sont peu présents. Les membres du réseau souhaiteraient que les institutionnels jouent pleinement leur rôle d'accompagnement, de facilitation et d'encadrement.
- Une implication plus forte des institutionnels est une nécessité pour anticiper et prendre des décisions judicieuses dans un contexte de restriction financière.

Recommandations de l'ENST Bretagne

- L'amélioration du DPP doit être poursuivie dans le sens d'une simplification des fiches
- Inscrire dans les thèmes de formation de manière récurrente les usages du DPP
- Mettre en place de manière plus claire l'accès des données au patient lui-même
- Suivre et mettre à jour l'état des équipements informatique des professionnels
- Développer des chantiers d'interopérabilité avec les systèmes d'informations des structures professionnelles des membres pour éviter la double saisie entre le dossier personnel et le dossier patient partagé.
- Poursuivre le développement de la culture du partage

Recommandations de la société ENDEL

- La facilitation de l'accès au Dossier Patient Partagé et la possibilité d'ouverture des DPP par les différentes catégories de professionnels impliquées doivent être poursuivies.
- Le rôle du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge doit être renforcé. La pédagogie autour de la philosophie et du périmètre d'action du réseau doit être développée afin que les patients saisissent mieux les implications de leur adhésion dans le réseau.
- Les échanges de pratiques entre professionnels sont des éléments de formation
- Permettre une meilleure identification et intégration du volet social de la prise en charge dans la vision que le patient-usager a de son dossier.

❑ Recommandation issue de la rencontre avec les inspecteurs de l'IGAS

Mettre en place un travail d'évaluation médico-économique dans la prochaine période DRDR 2007-2009. Ce dernier pourrait porter sur :

- l'utilisation et l'utilité de certains outils ou moyens mis en œuvre : taux de recours au DMP, impact de référentiels sur les pratiques... ;
- l'évolution quantitative de la file active ;
- des indicateurs de résultat : diminution de consommation de produits, diminution de symptômes ressentis, moindre survenue de complications somatiques ou amélioration de la socialisation des patients...

❑ Recommandations de l'ARACT

Les voies de progrès relèvent de deux catégories :

- Des voies qui renvoient, aux délégations de responsabilité accordées aux chefs de projet et ne peuvent relever que de choix de fonctionnement validés par l'équipe.
- Des voies sur lesquelles les financeurs et les conseils d'administration seront conduits à se prononcer.

❑ ORGANISATION DU TRAVAIL/ CONTENU DES EMPLOIS

Premier axe proposé : accroître les marges de manœuvre qui sont actuellement limitées par la faiblesse des effectifs.

La mutualisation des moyens a été un choix particulièrement judicieux notamment dans ses effets à la fois sur l'efficacité des structures et les conditions de travail des salariés.

Peut-on aller encore plus loin ?

Les réseaux sont aujourd'hui juridiquement supportés par des associations distinctes et les chefs de projet rattachés à l'une ou l'autre d'entre-elles. Rassembler les associations au sein d'une seule dégagerait pour les salariés des marges de manœuvre organisationnelles nouvelles. Il va de soi qu'il s'agirait là néanmoins d'une décision politique de fond et qu'elle ne peut guère s'envisager sans une juste évaluation de sa faisabilité et de son opportunité par les conseils d'administration et les financeurs.

Deuxième axe : entretenir l'implication dans les projets au sein de l'équipe salariée

La vie associative comme la gestion administrative peuvent être des lieux de projet et de partage de responsabilité. L'idée proposée ici est double :

- se donner sur chacun des domaines des « projets » d'amélioration ou de développement qui seront placés sous la responsabilité des uns ou des autres
- organiser des temps d'échanges sur ces projets, qui aillent au-delà de la gestion quotidienne, pour permettre à chacun de conserver une vision globale de l'activité et de s'y impliquer

□ DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

Sur ce plan, seule la nécessité d'un renforcement du « management associatif » peut guider partiellement les orientations en matière de développement des compétences.

La diversité des champs de mission couverts par chacun, des formations initiales et des expériences professionnelles antérieures conduit à proposer, dans ce contexte, une démarche très pragmatique et simple reposant d'abord sur les enjeux repérés et les besoins individuels.

C'est également l'opportunité de mobiliser avec l'appui de l'AGEFOS-PME l'ensemble des moyens offerts par la formation professionnelle.

L'engagement, sur la base du volontariat, de bilans de compétence individuels, compte tenu de la demande initiale, et au regard des enjeux repérés au cours du diagnostic, pourrait constituer l'un des moyens à mobiliser pour construire des parcours individuels.