

RAPPORT PROVISOIRE SUR

L'INGENIERIE DES RESEAUX

janvier 1999

Direction générale de la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité

secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale

Coordination nationale des réseaux ville-hôpital

des réseaux de santé et de proximité

Fédération régionale des réseaux de santé Provence Alpes Côte d'Azur

Edité par la CNR 25, RUE DES CASCADES 75020 PARIS

tel 01 43 66 56 70 fax 01 43 66 56 99

PROGRAMME INGENIERIE DES RESEAUX

1.1 L'OBJECTIF

La Région PACA a créé et mis en place des outils pour capitaliser l'expérience des réseaux de santé et développer leur complémentarité au sein d'une Fédération Régionale des Réseaux de Santé (FRRS PACA)

L'objectif final est d'accroître la qualité vis-à-vis des "clients" (patients, réseaux, associations, institutions, financeurs) du secteur de la santé et l'efficacité globale des soins donnés, dans le cadre de ressources financières limitées.

La voie choisie est la création de synergie entre des réseaux affiliées à la FRRS en vue de préconiser une méthode conduisant à l'apparition de ces synergies et l'optimisation de cette efficacité. Cette méthode doit donner naissance à un guide de développement des réseaux.

La méthode utilisée pour capitaliser ces expériences a été la réunion de "leaders" départementaux dans le domaine des réseaux, en groupes focaux de discussion.

Ce travail mené en PACA a une valeur expérimentale. La méthode et les outils proposés serviront de référence aux réseaux de Santé tant en France qu'en Europe.

Le projet a été conduit par la FRRS PACA sur une commande de la Coordination Nationale des Réseaux qui englobe un plus vaste programme concernant l'ingénierie des réseaux.

1.2 L'ORGANISATION

La structure organisationnelle est la suivante :

1.2.1 La Coordination Nationale des Réseaux (CNR)

Elle est chargée de former un comité de pilotage composé de représentants d'organismes nationaux.

C'est elle qui finance l'expérimentation et valide les résultats de l'expérimentation.

1.2.2 Le Comité Technique Opérationnel

Il est composé de deux représentants de la FRRS. C'est lui qui a conduit l'expérimentation. Sa fonction a consisté à animer les soirées des leaders des réseaux en relation avec un spécialiste en communication ou facilitateur.

- Dr Alain Mucchielli, Président de la FRRS PACA, réseau gérontologie, Mutualité Française Alpes Maritimes
- Mme Véronique Hermant, Trésorière de la FRRS PACA, réseau gérontologie, AGEVI, Nice

Le spécialiste en communication est

- M. Bernard Besançon, Société SYSCOM, Paris.

1.2.3 Le Comité d'Experts

Il est composé de cinq personnes. Son rôle doit être la validation de la production technique des leaders.

1.2.4 Les "leaders"

Il s'agit de 2 personnes par département de la région, impliquées depuis longtemps dans l'organisation et la gestion de réseaux de santé et présentés par leurs pairs comme porteurs d'idées de recherche et développement dans le domaine des réseaux. Ils ont été désignés après deux types d'enquêtes :

une enquête par écrit où il était demandé à différents intervenants de réseaux régionaux de donner un nom de personnes impliquée dans les projets de réseaux dans leur département. (cf. annexes)

une enquête téléphonique auprès des différents intervenants des réseaux de la région.

Les "leaders" retenus ont fait l'objet de la majorité des nominations.

Le choix définitif a aussi respecté les thèmes des réseaux représentés : gérontologie, Sida, hépatites, soins palliatifs, toxicomanie ainsi que les catégories professionnelles des « leaders » : assistante sociale, médecins, infirmière, tant associatif qu'institutionnels (CRAM, CHU).

Ce sont :

- Mme Marie-Christine Scalone, infirmière ECIMUD, CHU de Nice.
- Dr Gary, gériatologue, CHU de Nice
- Dr Bovet, médecin généraliste, réseau gériatologique, Toulon.
- Mme Puissant, cadre infirmier, centre spécialisé de soins aux toxicomanes, Pierrefeu.
- Dr Sokolowski, "Vieillir en Vaucluse", Avignon.
- Dr Bry, réseau ville hôpital toxicomanie, Avignon.
- Dr Polge, réseau ville hôpital SIDA, Gap.
- Dr Derniaux, service de soins palliatifs, centre hospitalier, Gap.
- Mme Roman-Dole, assistante sociale, réseau Marseille nord.
- Mlle Haeffeli, réseau Aix-Tox, Aix en Provence
- Mme Mireille Sève, CRAM de Digne.

1.3 LA METHODE

1.3.1 L'objectif opérationnel

Le problème à traiter était d'amener des personnes issues de réseaux indépendants, aux compétences spécifiques et reconnues, à devenir des partenaires opérationnels complémentaires.

En d'autres termes, l'ambition du projet sur l'ingénierie des réseaux était d'activer les ressources de l'intelligence collective au profit de la santé publique.

Trois étapes essentielles ont été respectées :

- 1- amener les leaders de réseaux à se rencontrer et à se reconnaître
- 2 - leur faire découvrir l'intérêt "supérieur" qui donne une orientation commune à leurs actions et met en valeur leurs compétences spécifiques,
- 3 - créer les conditions rigoureuses de la coproduction entre eux.

1.3.2 Le rôle du facilitateur

Chacun constate dans sa vie professionnelle, associative ou privée que certaines réunions sont productives et d'autres donnent le sentiment d'une grande perte de temps.

Une réunion de qualité conforte le "plaisir" que chacun éprouve de se retrouver avec les autres pour résoudre le problème à traiter. Elle se clôture par un résultat collectif matérialisable et mesurable.

Les réunions ne sont toutefois qu'un aspect du travail collectif.

Par son action, le facilitateur a un rôle qui s'exerce aussi en amont et en aval des réunions.

Il a apporté son expertise et son savoir-faire à un double niveau :

- créer les conditions de relations interpersonnelles conviviales entre les leaders,
- apporter son assistance dans la structuration du travail collectif afin qu'il soit productif.

Sa maîtrise des outils de la communication a eu les effets suivants :

- faciliter les échanges entre des logiques différentes,
- fédérer les participants autour d'une valeur centrale (l'action de proximité dans le cadre d'une démarche de santé publique),
- mettre les partenaires en situation d'innover,
- amener les participants à évaluer leur production,

1.4 LE CALENDRIER

1.4.1 Journée de formalisation : vendredi 9 octobre 1998

Préparation avec le comité technique opérationnel des rôles respectifs tenus par les différents intervenants.

Cette préparation a porté sur trois points principaux :

Formalisation écrite du projet global.

Etablissement d'un guide de travail des leaders

Répartition des rôles pour le bon déroulement des échanges

Il s'est agi de définir la manière dont les interventions de l'animateur étaient synchronisées avec celles du comité technique opérationnel

1.4.2 Première réunion des leaders en groupe "focus" : samedi 10 octobre

Cette réunion a eu pour objet les points suivants :

Présentation du projet et synthèse des informations

Appropriation du projet par les leaders

Inventaire des apports des leaders.

Remise du guide de production aux leaders

1.4.3 Dépouillement des travaux intermédiaires des leaders entre les deux réunions

Travail de synthèse du comité technique opérationnel

Travail par téléphone, fax et Internet avec le facilitateur

1.4.4 Réunion de préparation de la seconde journée : vendredi 13 novembre 1998

1.4.5 Seconde réunion des leaders en groupe "focus" : samedi 14 novembre 1998

Cette réunion a traité les points suivants :

Présentation du rapport de synthèse

Définition de priorités

Propositions de méthodes.

Création d'un guide de développement.

1.4.6 Analyse des résultats

Travail de synthèse du comité technique opérationnel

Travail par téléphone, fax et Internet avec le facilitateur

Réunion de travail avec le facilitateur

1.4.7 Résultat définitif au Congrès National des Réseaux à Lyon en Janvier 1999.

GUIDE DE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX

1.5 DEFINITION

Un réseau de santé peut être défini comme le regroupement volontaire de plusieurs personnes ou pôles de compétences en vue de répondre à un besoin de santé publique identifié sur une aire géographique déterminée.

1.6 LA CONCEPTION D'UN RESEAU DE SANTE

1.7 LA CONVICTION PARTAGEE : LE BESOIN

La création d'un réseau de santé trouve sa source dans la conviction partagée par plusieurs personnes qu'il existe un problème de santé auquel une solution doit être apportée.

Dans tous les cas, le réseau a pour objet de répondre à un besoin de santé concret qui concerne plusieurs compétences professionnelles. Le besoin peut alors être défini comme ce qui sépare les objectifs en cours de la réalité. Il s'agira de la constatation d'une carence, d'un problème, d'un dysfonctionnement, d'un manque, d'un décalage, d'une difficulté¹ dans le fonctionnement d'une partie du système de soins actuel. Ce besoin peut être d'ordre médical, social, économique ou structurel. Il peut être aussi ressenti comme un déséquilibre du système. Se créera à partir de là une tendance à la recherche de la résolution de ce problème ou de rééquilibrer le système. A ce niveau, il faut faire deux remarques :

- Ce besoin est vécu par certains intervenants plutôt que pensé, éprouvé avant d'être conçu.
- Tout besoin en appelle au plaisir ce qui nous relie à la gratification narcissique des intervenants.

➤ Tout réseau part de la constatation d'un **nouveau** besoin de santé qui concerne **plusieurs** compétences.

1.8 LES ACTEURS : UN GROUPE OU UN INDIVIDU INITIATEUR

➤ **Ce besoin doit être ressenti par un individu ou un ensemble de personnes initiatrices et fonctionnant en synergie.**

Elles peuvent toutes être issues d'un même milieu professionnels (par exemple, un groupe de MG) ou de milieu socio-professionnels divers (une AS, un MG, un volontaire d'association). Il est intéressant de constater qu'il ne s'agit pas d'acteurs de type classique mais que ces « porteurs » ont un

¹ Exemples : comment aider les individus qui aident la personne, objet des soins ? Comment assurer la permanence des soins ? Problématique "biopsychosociale" du toxicomane.

système d'action basé sur des « multi-trajectoires » personnelles alliant des volets sociaux, militants, professionnels. Ils mettent leurs ressources personnelles à la disposition de l'action et ces ressources dépassent largement leur cadre de compétence ou de capacité initiales. Il s'agit de capacité personnelle à s'insérer dans une trajectoire réseautique au début par un simple carnet d'adresse (réseau "naturel"), puis par un réseau d'adressage et enfin par la constitution d'un véritable réseau coordonné. Ces acteurs-porteurs ont appris la transversalité, la multi-appartenance et vont devenir les initiateurs puis constituer les nœuds du réseau. Ils doivent cependant avant tout effectuer entre eux un échange de réflexions autour du concept de réseau afin de partir de la même définition. La multiplicité des définitions et des types de réseaux impose ce préalable de façon à ce que la coordination du réseau et les futures interactions avec d'autres partenaires du champ sanitaire et social ne pâtissent pas de cette inadéquation initiale.

Le conseil à donner :

➤ **Les partenaires initiateurs doivent s'accorder sur le type de réseau**

Ils vont avoir pour rôle de vérifier si le besoin ressenti correspond à la réalité, si des solutions ont déjà été apportées localement, si des solutions ont déjà été apportées ailleurs. Ils vont donc s'organiser en collectif décisionnel, centre décisionnel de type réticulaire. Ils sont indispensables à la création d'un réseau efficace et se donner des objectifs communs.

Le conseil à donner :

➤ **Pour cela, il est conseillé de formaliser un contrat d'objectifs.**

Il est « fortement souhaité » entre « les partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes » dans la circulaire DGS/DH n°96/289 du 3/04/1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

1.9 LA FORMALISATION OBJECTIVE DU PROBLEME

Le conseil à donner :

➤ **Passer de la conviction spontanée à la formalisation objective du problème**

Cette démarche se traduit par :

- La définition du territoire ou bassin géographique.
- L'identification des indicateurs qui matérialisent les problèmes : documentation et épidémiologie.
- La formalisation des solutions envisageables pour traiter le problème : étude bibliographique.
- La recherche d'informations permettant de vérifier qu'aucune solution pertinente n'a déjà été mise en œuvre sur le territoire concerné : les autres projets sur site.

Le conseil à donner :

➤ **Les initiateurs vont avoir pour rôle de repérer l'existant.**

1.10 COMMUNICATION ET NEGOCIATION

C'est dans la communication que peuvent se mettre en place les nouveaux systèmes stratégiques. Il va s'agir de mobiliser des acteurs (autres MG, bénévoles, volontaires, professionnels) afin de faire partager le sentiment initial du besoin.

Le conseil à donner :

➤ **La décision de constituer un réseau ne sera valable que s'il y a mobilisation.**

Mais cette communication doit aussi être négociation, car le sentiment initial du besoin peut ne pas être partagé par tous. Certains intervenants peuvent même se sentir en danger devant cette nouvelle. Les porteurs, les initiateurs doivent donc être capables d'évaluer les besoins mais aussi les effets de mobilisation que ces besoins nécessitent.

Le conseil à donner :

➤ **Les initiateurs doivent soigner leur communication.**

Il serait bon qu'ils se fassent conseiller en termes de communication et-ou de négociation.

1.11 LA RECHERCHE DE FINANCEMENTS.

Les initiateurs du réseau doivent connaître les coûts et établir des programmes de financement. Ils pourront se faire aider si besoin par des gestionnaires. A partir de ces programmes, ils devront rechercher des financements et négocier avec des financeurs possibles.

Dans ce domaine également, il serait bon qu'ils se fassent conseiller en termes de communication et-ou de négociation.

Le conseil à donner :

➤ **La transparence doit être établie dès le début.**

Il est important que les économies produites par le réseau soient clairement définies dès le départ.

Les conseils à donner :

- Choisir le régime juridique qui répond au mieux aux besoins de financement,
- Se doter d'un "comité de vigilance" intégrant tous les partenaires,
- Clarifier les missions de chacun et éventuellement "sous-traiter" les fonctions sans valeur ajoutée pour les adhérents,

- Raisonner en coût complet intégrant la mesure des résultats,
- S'obliger à faire du reporting transparent auprès des financeurs.

1.12 LE REGIME JURIDIQUE

Un certain nombre d'écueils restent à éviter dans le choix et l'organisation du système juridique porteur du projet.

Il semble donc complexe aux intervenants de ville, partant d'un "regroupement de médecins généralistes" d'être aussi "accessibles à l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et social" de pouvoir se trouver porteurs d'une subvention provenant de la DGS sans avoir à envisager "la création d'une nouvelle structure", distincte de la structure hospitalière et susceptible de recevoir ce financement.

Par ailleurs, au-delà du simple montage du projet, l'exploitation future du réseau doit envisager des financements multiples ce qui, là aussi, laisse envisager une structure juridique autonome et souple.

- **Une association type « loi 1901 » est la structure la plus favorable à l'émergence d'un réseau.**

Le bureau de l'association doit être constitué d'individus ou-et de personnes morales issues des différentes instances partenaires du réseau.

Il est rappelé que les fonctions de membres du bureau, comme celles de membres du conseil d'administration sont gratuites. Cela découle du caractère essentiellement désintéressé que doit avoir toute association.

Il est cependant autorisé que les membres du bureau se fassent rembourser les frais qu'ils ont engagés pour les besoins de leur charge : déplacements, correspondance etc..

Si les circulaires ne prévoient, notamment pour les réseaux ville-hôpital toxicomanie qu'un regroupement associatif de médecins généralistes, il paraît important que d'autres partenaires y soient associés.

Ainsi, afin que chacun des intervenants puisse se reconnaître dans le réseau, d'éviter des "prises de pouvoir" souvent citées,

- **Il paraît important que l'association type "loi 1901" fonctionne avec un comité consultatif,**

appelé parfois comité de vigilance, comité d'éthique, comité de pilotage. Ce comité, formé de représentants des usagers, des professionnels et des financeurs auxquels il est possible d'associer des experts (communication, finances, gestion, technique etc.) doit être indépendant. Son rôle doit être de participer à la prise de décision quant aux orientations du réseau, aux plans de formation, aux contrats d'objectifs, aux évaluations et aux décisions financières. Il évite un fonctionnement "maffieux" du réseau en en assurant la transparence et la qualité.

Les professionnels intervenant dans le cadre de structures organisées pourront y être représentés sans déroger à leur statut administratif (DDASS, CHU etc....).

1.13 CONCLUSIONS DE CES PRELIMINAIRES

Cette démarche a pour objet de valider le projet de création d'un réseau de santé sous son triple aspect :

1. La valeur d'usage apportée au patient sous forme d'une amélioration de la qualité du traitement,
2. la valeur ajoutée en termes de compétence professionnelle pour les adhérents,
3. L'estimation de l'efficacité économique de la mise en œuvre du projet.

Cette triple validation fournit la matière du réseau. Pour réussir une bonne implantation il faut donc :

- **Connaître le tissu associatif, professionnel et politique local pour éviter les erreurs grossières, les inimités reconnues et les conflits de personnes ;**
- **Faire un travail préparatoire : la création d'un réseau empiète souvent sur le territoire d'associations préexistantes ;**
- **Avoir des objectifs clairement individualisés et être ouverts à la participation ;**
- **Savoir faire une bonne promotion de ses projets.**

1.14 LE LANCEMENT D'UN RESEAU DE SANTE

L'adhésion volontaire de plusieurs acteurs autour d'actions visant à rendre un service de santé publique constitue l'originalité d'un réseau de santé.

Ces actions peuvent se situer sur différents plans : privilégier en priorité une prise en charge de qualité des patients tout au long d'une filière pathologique par exemple ou contribuer au développement de compétences professionnelles dont le patient sera le bénéficiaire final.

Les acteurs ont des compétences différentes et complémentaires pour répondre au problème posé dans sa globalité. L'énumération de ces acteurs faite dans le compte rendu de la première réunion doit être complétée par les éducateurs, les institutions et les patients eux-mêmes.

Le conseil à donner :

- **Passer des bonnes intentions à la charte du réseau**

La charte, ou le **contrat de partenariat**, clarifie la mission du réseau, les résultats à atteindre et la contribution de chacun des acteurs au bon fonctionnement du réseau. Chacun, personnellement et au nom de son insti-

tution, saura ainsi ce sur quoi il s'engage, ce qui est attendu de lui en termes de compétences professionnelles et en termes de disponibilité pour assurer le fonctionnement structurel du réseau.

1.15 LE FONCTIONNEMENT

Faire vivre le réseau, C'est en assurer le fonctionnement au quotidien et créer les conditions de son évolution.

Le réseau de santé représente le point de rencontre entre trois grands types de partenaires :

Les usagers et les patients,

Les professionnels de la santé et du secteur social,

Les financeurs.

Sa justification provient du fait que l'intervention d'un seul spécialiste ne résout pas le problème du patient.

Sa vitalité est conditionnée par la qualité des relations qui existent entre les différents partenaires et par l'efficacité des relations entre les professionnels.

1.16 LES RELATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS

1.16.1 LA CHARTE DE COOPERATION : ESSAI DE THEORISATION DE LA DEMARCHE PARTENARIALE.

Les réseaux semblent baser sur la coopération et non sur la compétition. Ils reposent sur une logique de complémentarité et de synergie des pratiques professionnelles, dépassant des logiques institutionnelles et sectorielles. Leur mode d'organisation de travail repose sur le partenariat et leur mode de fonctionnement apparaît comme non-hiérarchisé avec le risque permanent du manque de direction opérationnelle.

L'angoisse de la hiérarchie est omniprésente dans les réunions de réseaux. Elle se traduit par la dénonciation de l'hospitalo-centrisme par les médecins du secteur ambulatoire ou du médico-centrisme par les autres intervenants (Assistants sociaux, infirmiers, travailleurs sociaux, volontaires etc...). Les racines de cette crainte semblent venir de tentatives précédentes de prise de pouvoir des médecins généralistes sur les paramédicaux et les travailleurs sociaux, des spécialistes et des hospitaliers sur les médecins généralistes, des administratifs sur les techniciens, des techniciens sur les administratifs issus des structurations du secteur sanitaire français d'après-guerre.

Le mode de fonctionnement en réseau paraît aplanir ces difficultés dans le secteur indépendant, mais laisse cohabiter le système hiérarchique dans le système hospitalier.

Ainsi la crainte réelle de la "prise du pouvoir" par une des composantes du réseau justifie l'impératif de formaliser et de faire reconnaître les spécificités des pratiques de chaque composante.

Ce jeu des rivalités et des solidarités doit trouver sa limite là où commencent l'intérêt collectif c'est-à-dire **l'intérêt des usagers**.

Le conseil à donner :

➤ **Faire signer des conventions partenariales.**

La charte représente à la fois l'âme du réseau et le socle de ses règles et principes de fonctionnement.

1.16.2 LA FORMATION

Le conseil à donner :

➤ Mettre en place des modes, des programmes, des financements et des calendriers de formation.

1.16.3 L'ETHIQUE

Le conseil à donner :

➤ Intégrer les notions relevant de l'éthique dans les chartes partenariales.

1.16.4 LA COORDINATION

Les relations entre les professionnels se situent à deux niveaux :

La coordination centrée sur le patient. Elle fait la qualité du traitement global et réduit les coûts globaux,

La coordination centrée sur la structure. Elle permet aux professionnels de dialoguer, de s'informer, de se former. C'est la coordination investissement.

Le pilotage de cette double coordination peut être assuré par une ou plusieurs personnes selon les disponibilités de temps des acteurs, le type de pathologie et la taille du réseau.

La définition du poste de coordinateur est difficile.

Chacun se veut être le coordinateur d'un réseau. Les infirmiers aussi, forts des expériences des réseaux type « management care » sont tentés par ce poste.

Le coordinateur est garant du fonctionnement. Il doit évaluer le système, coordonner les professionnels, coordonner les intervenants, coordonner la formation et l'information.

➤ Le coordinateur doit avoir un bon sens du relationnel et doit être capable de suivre chaque étape de la prise en charge.

Quelle que soit sa formation initiale, le coordinateur doit se faire assister par des "experts" pour certains points techniques : assistance sociale, médecin, psychologues, auxiliaires de justice etc.....

➤ Il semble plus que l'on doive s'orienter vers **un pôle de coordination** que vers un poste de coordinateur.

Le pôle se fixe un certain nombre de principes directeurs qui conditionnent ses modalités de fonctionnement :

1. Qualité,
2. Accessibilité,
3. Très bonne connaissance des acteurs,
4. Équité et adéquation aux besoins dans la sollicitation des correspondants du réseau.

Ce pôle a pour mission de :

- Gérer le système d'information :
- Gérer les interventions :
- Organiser la communication entre les membres du réseau :

La coordination est centrée autour de la personne. Dans ce dessein, elle utilise un outil de travail commun à l'ensemble des participants : le carnet de liaison, qui vient compléter le carnet de santé.

Le pôle de coordination n'a pas vocation à supplanter les services et structures existants mais simplement à coordonner leur intervention dans l'intérêt du patient.

Dans tous les cas :

Le temps que représentent ces deux formes de pilotage doit être évalué clairement afin que le(s) coordonnateur(s) puisse(nt) prendre un engagement réel vis-à-vis du réseau auquel ils appartiennent. Cette évaluation clarifie la prise en compte des coûts de coordination en temps. Si elle correspond à du bénévolat, le financement sera assuré par une ligne "bénévolat" équivalente en montant.

Il doit exister une instance décisionnelle qui assure aussi les relations avec l'extérieur. Celle-ci peut être une personne ou une structure de type association.

Il est préférable de définir soigneusement les rôles à remplir au sein du réseau et mettre en évidence leurs complémentarités. Un initiateur motivé n'est pas nécessairement un organisateur performant de circuits d'information, un médecin spécialisé n'a pas nécessairement envie d'être le coordonnateur du traitement global. La définition de ces rôles met en évidence la qualité de l'équipe, facilite l'intégration de nouveaux, éclaire les pouvoirs et les devoirs de chacun. En bref, elle est le signe tangible de la reconnaissance qui est portée à chaque adhérent.

1.17 LE SUIVI ET L'EVALUATION

1.17.1 LES OUTILS

Le conseil à donner :

- Se faire aider d'évaluateurs externes agréés
- Prendre en compte les coûts d'évaluation dans les budgets de fonctionnement.

1.17.2 LES INDICATEURS

Concrètement, le réseau se dotera d'une batterie d'indicateurs multicritères afin de répondre dans leur langage aux différents partenaires.

Le conseil à donner :

- Professionnaliser le pilotage d'une équipe

1.17.3 LES OBJETS DE L'EVALUATION

Prévoir d'évaluer clairement :

- La qualité des soins et de la prise en charge de l'utilisateur.
- Le fonctionnement du réseau
- Les impacts financiers.

Les professionnels attendent les financements nécessaires pour traiter dans les meilleures conditions les problèmes des usagers. En contrepartie, les financeurs demandent que des comptes leur soient rendus sur l'utilisation des financements.

Les professionnels de la santé et du domaine social sont les seuls à assurer une relation continue avec les deux autres partenaires. Ils jouent donc un rôle central.

A ce titre, le pilotage du réseau va devoir intégrer deux nouvelles fonctions :

- Garantir dans le temps que la mission du réseau est conforme à ses actions.
- Etablir des relations constructives avec les financeurs.