

Rapport de stage sur les Réseaux Santé-Précarité

Juin 2010

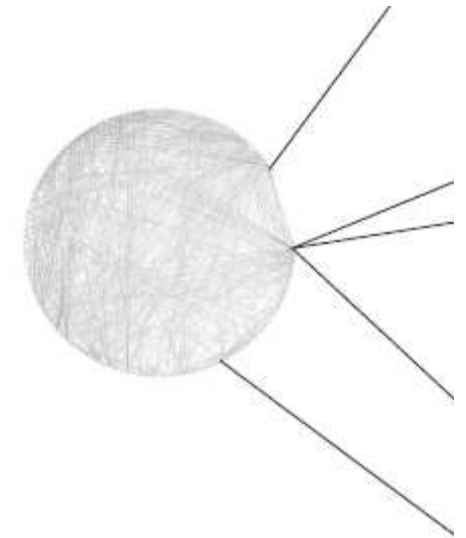
Elise BUFFET CROIX BLANCHE
Master 1 Politiques Publiques et Changement Social
spécialité Villes Territoires et Solidarités
Institut d'Etudes Politiques, Grenoble

REMERCIEMENTS

Merci à tous les professionnels contactés, rencontrés et interrogés pour leur disponibilité et leurs conseils.

Merci à toute l'équipe du Point Précarité Santé pour son accueil chaleureux.

Particulièrement merci à Annie Liber, Philippe Warin et Catherine Chauveaud de m'avoir accompagnée durant ce stage.



SOMMAIRE

Introduction

I. Présentation du projet

I.1. Cadre theorique du projet	
I.2. Contenu du projet	5
I.3. Méthodologie de recherche	6

II. Description du cadre d'intervention des Reseaux Sante Precarite

II.1 Typologie	7
II.2. Objectifs	8
II.3. Activités	8
II.3. Prise en compte du non-recours	10
II.4. Structuration	10
II.5. Territoire d'intervention	12

III. Description du fonctionnement des reseaux sante-precarite 13

III.1. Consitution	13
III.2. Prise de décisions et Organisation des instances de rencontres	14
III.3. Mode de Coordination	15
III.4. Supports de communication /outils	16
III.5. Evaluation	17
III.6. Difficultés rencontrées	17
III.7. Modalites de pérennisation	19

IV. Pistes de réflexions concernant les reseaux sante precarite2

IV.1.Réflexions sur le fonctionnement interprofessionnel des reseaux santé-precarité	4	20
IV.3. Le non-recours : quelle prise en compte par les reseaux santé-précarité	4	22

V. Bilan

V.1. Existence de réseaux santé-précarité		25
V.2. Prise en compte du phénomène de non-recours	7	26

Conclusion personnelle

Glossaire

Références bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION

Ce rapport retrace un projet de stage concernant l'étude des réseaux d'acteurs interprofessionnels favorisant l'accès à la santé et la prévention pour les personnes en situation de précarité. Pour faciliter la lecture de ce rapport, ils sont renommés « réseaux santé-précarité » (RSP). Ce type d'organisation se constitue de manière spontanée et militante entre des professionnels et des structures d'un territoire déterminé. Ces derniers décident alors d'apporter une réponse organisée pour faire face aux difficultés d'accès à la santé, auxquelles sont confrontés les publics en précarité. Il n'existe pas de structuration type définissant un RSP, ni de littératures spécifiques sur ce type d'organisation.

Ce projet de stage est l'initiative du Point Précarité Santé (PoPS¹) et de l'Observatoire du non-recours aux droits et aux services (ODENORE²). Ces deux structures proposent³ alors qu'un étudiant de l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) de Grenoble mène le projet.

Ce projet constitue l'objet de mon stage de Master 1 « Politiques Publiques et Changement Social, option Villes Territoires et Solidarité ». De mi-janvier à mai 2010, l'accompagnement du stage de recherche a été assuré par Annie Liber (médecin de santé-publique du POPS), Philippe Warin (chercheur de l'ODENORE) et Catherine Chauveau (chargée de mission de l'ODENORE).

L'un des objectifs de ce stage est de rendre compte de l'existence des RSP en plusieurs points : leurs activités, leur structuration et leur fonctionnement. Nous noterons une grande disparité des modes de fonctionnement des RSP, autant sur la forme que sur le fond. Le second objectif est de rendre compte du degré de prise en compte du phénomène de non-recours⁴ (NR) par les RSP.

Réaliser un stage de recherche résulte d'une volonté de ma part, mais avant tout d'une curiosité.

Une de mes premières attentes est de découvrir des pratiques interprofessionnelles orientées sur l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Mes expériences professionnelles en tant qu'Assistante de Service Social (ASS) auprès de ces personnes me permettent de mesurer les difficultés à aborder l'aspect « santé » avec elles. Ces difficultés se couplent avec celles liées à la complexité et/ou la méconnaissance institutionnelle auxquelles il est possible d'être confronté. A cela s'ajoute la difficulté de travailler de manière régulière avec d'autres corps professionnels sur cette thématique d'accès à la santé. Tous ces éléments me conduisent à affirmer qu'aborder la santé (accès, prévention, soins) avec et pour des personnes en situation de précarité demande du temps.

¹ Cf. Annexe 1. Présentation du POPS

² Cf. Annexe 2. Présentation de l'ODENORE

³ Cf. Annexe 3. Proposition de stage

⁴ Définition du non-recours, : « toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison ». - extraite du site internet de l'ODENORE <http://odenore.msh-alpes.fr/>

Une autre de mes attentes, liée à ma formation de coordinateur de projets territoriaux, est de savoir s'il existe un territoire d'intervention privilégié par les RSP.

Avant tout, je désire approfondir les réflexions et acquérir les compétences nécessaires à l'obtention du master : connaissance et analyse des domaines d'action composant le champ socio-urbain, l'ingénierie sociale, etc. C'est pourquoi je vais tenter de mesurer comment les RSP, en tant que domaine d'action composant le champ socio-urbain, s'inscrivent dans des politiques publiques.

La première partie de ce rapport apporte des éléments contextuels et conceptuels sur les RSP. Elle précise également la méthodologie déployée pour la réalisation de ce projet. Les parties II et III présentent le cadre d'intervention et le fonctionnement des RSP. Des pistes de réflexions sont explorées (partie IV). Enfin, la cinquième partie dresse un bilan du projet mené.

I. PRESENTATION DU PROJET

L'objet du projet est l'étude des réseaux santé-précarité. Il s'agit de réseaux d'acteurs interprofessionnels favorisant **l'accès à la santé et à la prévention** pour les personnes en situation de **précarité**⁵.

Cette partie permet de définir théoriquement ce que les sont les RSP (I.1). Le contenu du projet (I.2) ainsi que la méthodologie de recherche sont également expliqués.

I.1. CADRE THEORIQUE DU PROJET

LES RESEAUX DANS LE CHAMP DE LA SANTE

« Le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté⁶ ».

C'est dans les années 1920 que les premiers réseaux sanitaires se développent. Il s'agit notamment des réseaux qui organisent la prise en charge sanitaire des personnes atteintes de tuberculose. Au fil du temps, d'autres réseaux professionnels se constituent. Ils ont pour vocation l'amélioration de la prise en charge et la continuité des soins pour les personnes atteintes d'une pathologie (réseaux cancérologie par

exemple). Ils peuvent également tendre à améliorer la prise en charge globale d'une population ciblée, ce qui est le cas des RSP.

Dès les années 1970, des législations viennent encadrer la pratique des réseaux. Toutefois, il faut attendre l'année 2002, avec la loi de financement de la sécurité sociale⁷ et la loi du 4 mars 2002⁸ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pour que les réseaux aient une définition légale et l'accès à des financements spécifiques. Ainsi, les réseaux intervenant dans la santé, qualifiés réseaux de santé, sont depuis légalement décrits comme une forme d'organisation ayant comme « *objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers* ».

⁵ Cf. annexe 4. Définitions des termes surlignés⁵.

⁶ Définition de la Coordination Nationale des Réseaux

⁷ Art 27 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002

⁸ Art 84 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Les premiers RSP se constituent vers la fin des années 1970. De manière spontanée et militante, des professionnels et des structures d'un territoire déterminé décident alors d'apporter une réponse organisée pour faire face aux difficultés d'accès à la santé auxquels sont confrontés les publics en précarité. Cette organisation leur permet entre autre de « *créer entre eux une complicité grâce à laquelle ils se sentent beaucoup plus forts que s'ils restaient isolés*⁹ ».

L'organisation des RSP se veut donc transversale, et la coopération entre les membres non hiérarchique. Les acteurs font le choix de plus ou moins se structurer ou s'institutionnaliser. Certains RSP sont d'ailleurs intégrés au Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Ils bénéficient alors des fonds du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) ou de l'enveloppe Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination de Soins (FIQCS) au titre de réseaux de santé.

I.2. CONTENU DU PROJET

La lecture de la commande du projet, tout comme les premières recherches sur le thème des réseaux m'ont conduit à m'interroger sur le sens du projet. Trois axes de questionnement émergent.

- Existe-t-il une typologie des RSP ? Ce premier questionnement renvoie à la compréhension de leur(s) objectif(s), leur(s)

activité(s), leur(s) structuration(s) et leur(s) des territoire(s) d'intervention(s).

- Quel est le fonctionnement d'un réseau ? (allant de sa constitution à sa pérennisation)
- Dans quelle mesure les RSP intègrent-ils le phénomène de non-recours¹⁰ ?

Ces questionnements amènent à définir de nouveaux objectifs que voici.

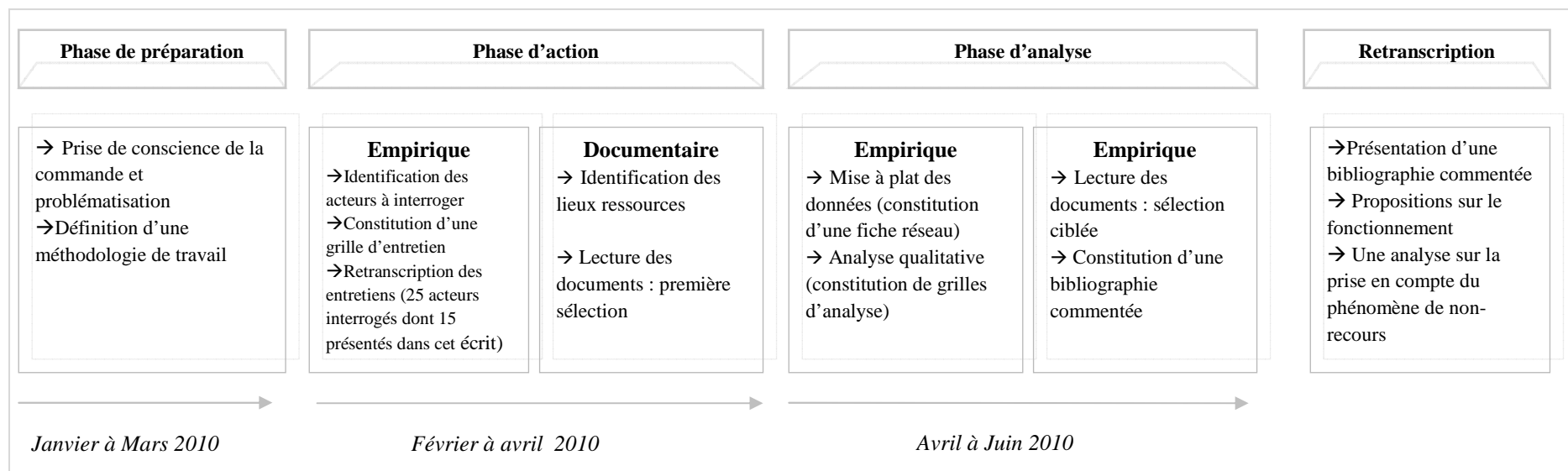
But	Le projet vise une meilleure connaissance des réseaux santé-précarité pour des professionnels et/ou des chercheurs.
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre compte de l'existence de réseaux santé-précarité en plusieurs points : leur(s) objectif(s), leur(s) activité(s), leur(s) structuration(s), leur(s) territoire(s) d'intervention(s) et leur fonctionnement (méthodes et outils) - Rendre compte du degré de prise en compte du phénomène de non-recours par les réseaux santé-précarité.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des propositions de fonctionnement appropriées à la pratique quotidienne des acteurs de réseaux. - Elaborer une analyse sur la prise en compte du phénomène de non-recours. - Elaborer une bibliographie commentée pour des acteurs (professionnels, étudiants, chercheurs) concernant le fonctionnement des RSP, et de manière plus générale sur les réseaux de santé.

⁹ NEUSCHWANDER Claude, les réseaux : singularité et légitimité, revue prévenir n°27, 2^{ème} semestre 1995, pp.5

¹⁰ Cf. annexe 5. Le non-recours : De quoi parle-t-on ?

I.3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le déroulement du projet s'effectue en plusieurs phases : une phase de préparation, une phase d'action et une phase d'analyse.



Le schéma ci-dessus présente les deux axes de travail du projet. Le premier consiste en un travail de recherche documentaire sur le thème des réseaux, en particulier les réseaux santé-précarité. Le second correspond à un travail de recherche empirique sur l'existence, la structuration, les productions de RSP, leurs modalités de fonctionnement, etc. Vous trouverez en annexe¹¹, l'explication des méthodes et des outils utilisés pour la recherche, ainsi que la bibliographie commentée. Les parties II et III rendent compte du fonctionnement de 15 RSP contactés et étudiés.

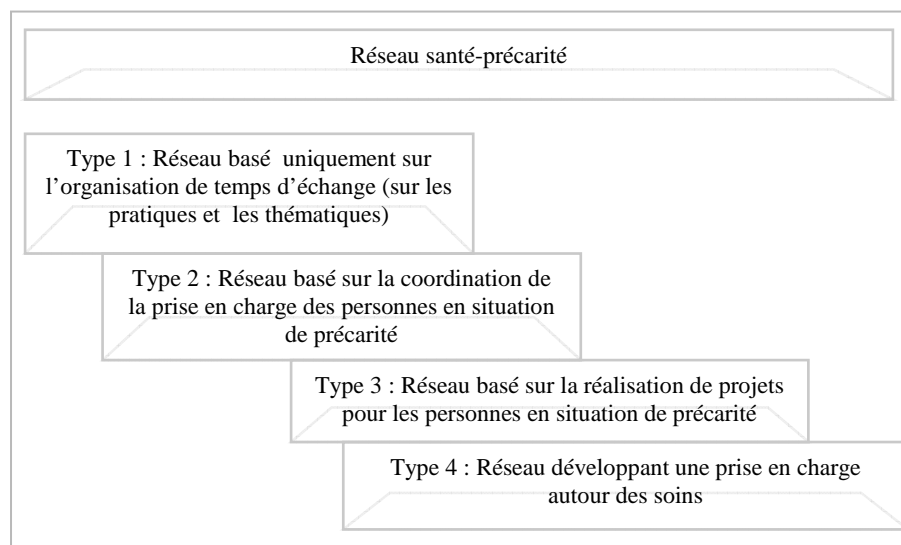
¹¹ Cf. Annexe 6. Méthodes et outils de recherche

II. DESCRIPTION DU CADRE D'INTERVENTION DES RESEAUX SANTE PRECARITE

Cette partie présente la typologie des RSP étudiés (II.1.). Elle est réalisée en prenant compte des quatre grands objectifs opérationnels que se donnent les RSP. Après la description de ces derniers (II.2), il convient d'expliquer leurs activités.

II.1 TYPOLOGIE

L'étude fait apparaître quatre types de RSP. Le schéma ci-après les précise.



Type 1 : Trois réseaux sont qualifiés de réseaux santé-précarité de type 1 (RSP1) : le réseau médico-social du bassin Chambérien (A), le groupe santé du Pays Roussillonnais (B), le réseau Adoma-Seyssinet (C).

Type 2 : Trois réseaux sont des réseaux santé-précarité de type 2 (RSP2) : le réseau santé-précarité d'Antibes (D), le réseau médico-social de Lorient (E), le réseau de Toulouse (F),

Type 3 : Six réseaux sont des réseaux santé-précarité de type 3 (RSP3) : le réseau médico-social Béziers méditerranée (G), la plateforme santé-précarité du Bas-Rhin (H), le réseau d'accès à la santé de Saint Nazaire (I), le réseau santé-précarité 48 de Lozère (J), le groupe Réseau santé sociale sans-abris Avignon (K), le groupe sud-Grésivaudan (L),

Type 4 : Trois réseaux sont des réseaux-santé précarité de type 4 (RSP4) : le pôle santé primaire Ramey (M), le réseau de santé de proximité de Créteil (N), le réseau santé solidarité Lille Métropole (O),

Remarque : A noter, que deux RSP n'existent plus à l'heure actuelle : le réseau C, le réseau I.

II.2. OBJECTIFS

Les objectifs généraux des RSP ne sont pas tous formulés de la même manière. Après analyse de ces formulations, il est possible d'affirmer que l'objectif général des RSP est de faciliter l'accès à la santé des personnes en situation de précarité en favorisant une approche pluridisciplinaire des pratiques.

Les objectifs opérationnels, quant à eux, n'ont pas tous le même sens.

- **Les RSP1** affichent des objectifs opérationnels alliant la reconnaissance et la connaissance mutuelle des professionnels intervenant auprès de personnes en situation de précarité.
- Les objectifs opérationnels des **RSP 2** se centrent sur la coordination de la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité, tout en assurant l'objectif opérationnel des RSP1.
- Les **RSP 3** se donnent comme objectif opérationnel l'élaboration d'actions adaptées aux besoins des personnes en situation de précarité. Ce type de réseau intègre également l'objectif opérationnel des RSP1.
- **Les RSP4** ingèrent les objectifs opérationnels des trois autres types de RSP. Ils assurent également des services de soins, favorisent la qualité et la continuité des soins, et développent des services adaptés pour les personnes en situation de précarité.

Remarque : Plusieurs réseaux étudiés n'ont pas d'objectifs clairement définis.

II.3. ACTIVITES

Tous les RSP développent des temps de rencontre entre leurs membres.

Il s'agit :

- De temps de travail permettant un échange d'informations, sur les pratiques professionnelles et/ou les pratiques institutionnelles. Ils peuvent conduire à la production d' « *outils facilitateurs*¹² » et de projets adaptés aux besoins des personnes en situation de précarité. Les outils facilitateurs sont par exemple des guides ressources ou des fiches thématiques liées à la précarité. Ce type d'outil aide les professionnels dans leur travail quotidien.
- De temps de concertation sur les situations des publics précaires.
- De temps de formation.

Les RSP peuvent également offrir des services assurant la continuité des soins pour les publics précaires. Des services spécifiques sont développés également pour les professionnels.

L'activité des RSP1 s'adresse aux acteurs intervenant auprès de personnes en situation de précarité. Il s'agit de temps de travail permettant un échange d'informations sur les pratiques professionnelles et/ou les pratiques institutionnelles. A noter que seul le réseau A met en place des temps de formations spécifiques.

L'activité des RSP2 se destine aux personnes en situation de précarité et/ou aux acteurs intervenant auprès de ce public. Il s'agit de :

¹² Extrait d'un entretien

- temps de travail permettant un échange d'informations sur les pratiques professionnelles et/ou les pratiques institutionnelles
- temps de concertation. Ces temps ne sont pas nécessairement distincts.
- temps de formation (réseaux D et E).

L'activité des RSP3 se destine aux personnes en situation de précarité, mais également aux professionnels lors de groupes de travail.

- Les temps de travail permettant un échange d'informations sur les pratiques professionnelles et/ou les pratiques institutionnelles se traduisent par la production d'« outils facilitateurs » et de projets adaptés aux besoins des personnes en situation de précarité.
- Des formations spécifiques (réseaux G, I, J)

Voici quelques illustrations des activités des RSP3 :

- Le repérage de problèmes liés à des pratiques institutionnelles s'illustre par une action menée par le réseau H. Lors d'un temps de travail, les acteurs de ce réseau constatent que les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI)¹³ n'ont pas systématiquement leur droit ouvert à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ils élaborent un listing avec l'assurance maladie pour repérer les usagers ne bénéficiant pas de la CMU.
- Des outils facilitateurs pour les professionnels sont créés. Par exemple, le réseau H édite une fiche thématique « acteurs en santé mentale ». Le réseau J élabore un diagnostic durant deux ans. Il permet de soulever les difficultés d'accès à la santé (droits et soins) des publics précaires en raison de l'éloignement géographique. Un annuaire des professionnels de santé est créé.

Il est à destination des professionnels mais également des personnes en situation de précarité.

- Les projets à destination du public favorisent la prévention. Il s'agit d'actions d'éducation de la santé (réseau L) ou de campagnes de sensibilisation. Des projets à destination des professionnels sont également réalisés. Il s'agit par exemple de forums sur le thème de la santé, regroupant les professionnels d'un même territoire (pas seulement les membres des réseaux).

L'activité des RSP4 s'adresse à la fois aux professionnels tout comme aux personnes en situation de précarité.

- Des temps de travail interprofessionnels sont organisés. Ils permettent un échange d'informations sur les pratiques professionnelles et/ou les pratiques institutionnelles. Elles se traduisent entre autre par la production d'outils facilitateurs et de projets adaptés aux besoins des personnes en situation de précarité.
- Des formations spécifiques sont réalisées.
- Les outils facilitateurs sont semblables à ceux des RSP3. Il s'agit par exemple de guides ressources ou de fiches sur des thèmes liés à la précarité. Le réseau O dispose d'un dépliant provenant de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Ce dépliant est distribué au public.
- Des permanences pour l'ouverture des droits sont organisées par des salariés de certains réseaux (réseaux N et O).
- Des temps de supervisions sont élaborés pour les professionnels (réseau N uniquement).

¹³ Devenu Revenu de Solidarité Active - socle -

L'activité des RSP4 permet l'accès aux soins et la continuité des soins.

- Le réseau N travaille en partenariat avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et les équipes hospitalières. Il propose également systématiquement un dépistage du VIH et des hépatites B et C aux nouveaux usagers du réseau.
- Des professionnels financés par le réseau O interviennent auprès des publics en situation de très grande précarité (dans la rue notamment).
- Les membres du réseau M mettent en œuvre le tarif opposable et assurent des astreintes médicales.

Remarque : Tous les réseaux produisent des outils inhérents à leur fonctionnement.

II.3. PRISE EN COMPTE DU NON-RECOURS

La plupart des acteurs-réseaux n'utilisent pas tel quel le terme de non-recours lors des entretiens. Ils utilisent davantage les termes d'accès aux droits et/ou d'accès aux soins. Ils donnent toutefois quelques pistes d'explications sur les avantages des RSP pour faire face au NR.

Les temps d'échange ainsi que les formations conduisent à l'émergence d'une culture commune entre les professionnels du monde médical et social. Ils apprennent à connaître et reconnaître mutuellement leurs compétences respectives. Le travail quotidien des professionnels se trouve alors facilité. Ils savent mieux à qui s'adresser, ce qui permet d'éviter « l'effet patate chaude »¹⁴.

¹⁴ Terme utilisé par un acteur.

- **Les outils facilitateurs** élaborés permettent de mieux comprendre les dispositifs existants, pour les professionnels ou pour les personnes en situation de précarité.
- **Les temps de concertation** facilitent l'orientation et le travail commun autour d'une même situation. Ils permettent aux professionnels de comprendre les blocages (liés à la personne et/ou aux institutions) et de les résoudre.
- **L'élaboration de projets collectifs apporte une réponse adaptée** au public précaire. Ils prennent en compte les dysfonctionnements institutionnels auxquels sont confrontées les personnes en situation de précarité, ainsi que les blocages personnels de ces publics pour accéder à la santé.

Le développement de services spécifiques à destination des personnes en situations de précarité répond aux difficultés auxquelles ce public est confronté (difficultés personnelles, difficultés institutionnelles). Les acteurs expliquent faire de « l'aller-vers » pour les publics les plus éloignés de leurs droits et des soins.

II.4. STRUCTURATION

ENTITE JURIDIQUE

Les RSP ont la possibilité de se structurer juridiquement en association loi 1901 (réseaux I et J). Cinq RSP n'ont pas de statut juridique spécifique. C'est par le biais d'un membre (personne morale/personne physique) qu'ils sont identifiés et identifiables. Les huit autres RSP sont rattachés juridiquement à une institution (association, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), hôpital, communauté

d'agglomération, etc.). Quatre réseaux sont reconnus « réseau de santé » (réseaux G, M, N, O). Les réseaux D et G sont assimilés au dispositif Atelier Santé Ville (ASV).

Evolutions dans les statuts et la reconnaissance juridique :

- Plusieurs réseaux sont passés d'un statut juridique informel à formel (réseaux D, F, J et O). En 2003, après neuf ans d'existence, le réseau J décide de se structurer en association loi 1901. De 1994 à 2003, les membres du réseau J se rencontrent en soirée afin d'échanger sur leurs pratiques. En 2003, certains membres décident d'opter pour une formalisation du réseau. Ce choix ne fait pas consensus. Certains membres quittent alors le réseau.
- Après 10 et 15 ans de fonctionnement, les réseaux G et N sont reconnus « réseau de santé ». Le réseau G change d'ailleurs d'institution de rattachement (CCAS) pour la communauté d'agglomération. Depuis, il est assimilé au dispositif ASV.

RESSOURCES FINANCIERES

L'ensemble des réseaux bénéficie de financements. Il s'agit de fonds pour assurer le fonctionnement général (rémunération des salariés du réseau, indemnisation des participants, élaboration d'actions). Ils permettent également la réalisation d'actions et/ou le financement des postes salariés.

Les RSP1 reçoivent des financements du GRSP, des subventions de collectivités territoriales ou d'institutions où ils sont identifiés. Les fonds permettent d'indemniser les coordinateurs (réseaux B et C) ou de financer les temps de formations (réseau A).

Les RSP 2 bénéficient de financements GRSP ou encore des financements des institutions auxquelles ils sont rattachés. Ces fonds permettent la rémunération des coordinateurs et le financement de l'activité des RSP.

Tous **les RSP3** peuvent avoir des moyens financiers plus ou moins importants. Il s'agit de financements GRSP ou encore de financements des institutions auxquelles ils sont rattachés, ou de subventions d'autres institutions. Ces fonds permettent la rémunération des coordinateurs (réseau G, K), de temps de secrétariat (réseau G, H) ou la mise en place des activités (G, J, L).

Les **RSP4** bénéficient de fonds FIQCS¹⁵ et de subventions de collectivités territoriales. Cela permet de financer les temps de rencontre, les postes de coordinateurs, les services particuliers ainsi qu'indemniser les professionnels libéraux.

Remarque : deux RSP ne font pas de demande particulière pour obtenir des financements : les réseaux A et L. Pour rappel, ces deux RSP n'ont pas de structure juridique spécifique.

- Pour obtenir ses ressources financières, le réseau A sollicite d'autres réseaux locaux.
- Le réseau L quant à lui demande ponctuellement des subventions nécessaires à la réalisation des projets.

¹⁵ Cf. glossaire

Le nombre de participants varie entre une dizaine (pour le réseau K) jusqu'à 550 pour le réseau N.

Plusieurs profils d'acteurs sont représentés dans les RSP. Il est possible de retrouver des :

- institutions médicales ou sociales,
- professionnels salariés d'institutions médicales et/ou sociales, et des professionnels libéraux (médecins/infirmiers). Ils s'engagent en leur nom ou représentent leur structure.
- bénévoles d'associations,
- élus locaux/usagers (réseau L uniquement)
- salariés des RSP.

Les personnes interrogées apportent un élément supplémentaire concernant les professionnels salariés d'institutions médicales ou sociales. Ils opèrent une distinction entre les professionnels de terrain et les responsables institutionnels. Par exemple, le réseau L est uniquement composé de responsables d'institutions médicales et sociales. La coordinatrice du réseau explique qu'il est important que les membres du groupe soient des personnes qui puissent engager leurs structures.

Les réseaux peuvent être amenés à employer des salariés (secrétaires, coordinateurs, ou autres professionnels) pour assurer des services spécifiques.

Remarque : Il reste difficile de jauger exactement le nombre de participants aux réseaux, sachant que la participation à un réseau est bénévole et militante. Pour certains, ce n'est pas une nécessité de comptabiliser le nombre de participants.

II.5. TERRITOIRE D'INTERVENTION

Les activités des RSP se déclinent auprès de professionnels et/ou de personnes en situation de précarité à plusieurs échelles :

- Deux RSP interviennent à une échelle départementale (réseaux A et J).
- 15 réseaux élaborent des actions dans des territoires locaux. Il peut s'agir de territoires administratifs, tel qu'une agglomération (réseaux A, O), une commune voire plusieurs communes. Les acteurs interrogés expliquent que les territoires où se déclinent les actions des RSP sont avant tout des « territoires vécus en termes d'actions professionnelles ¹⁶ ».
- Seul le RSP C est composé de professionnels intervenant auprès de résidents d'une résidence sociale.

¹⁶ Extrait d'un entretien

III. DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT DES RESEAUX SANTE PRECARITE

Cette partie permet de comprendre le fonctionnement des RSP : leur constitution (III.1), l'organisation de la prise de décisions et l'organisation des instances de rencontres (III.2). Elle présente également les modes de coordination (III.3) des RSP, leurs outils de communication (III.4), les modalités d'évaluation déployées (III.5). Enfin, il est décrit les difficultés rencontrées par les RSP et les modalités de pérennisation envisagées par les acteurs interrogés.

III. 1. CONSITUTION

L'étude démontre que l'origine des RSP se caractérise par :

- Un repérage des difficultés d'accès à la santé des personnes en situation de précarité (bien souvent par des professionnels de terrain).
- Une volonté de se structurer en réseau pour surmonter les dites difficultés, accompagnée d'une volonté de mobilisation.
- La définition d'une stratégie de travail.

REPERAGE DES DIFFICULTES

Les acteurs interrogés expliquent que l'accès aux droits s'est détérioré pour les personnes en situation de précarité. Les professionnels doivent faire face à des situations de plus en plus complexes. Ces dernières résultent de l'augmentation des pathologies liées à la grande précarité. A cela s'ajoute la complexité institutionnelle (difficulté pour ouvrir des droits, dispositifs institutionnels mouvants et peu adaptés au public précaire...) à laquelle les professionnels et les publics précaires sont

confrontés. De plus, les professionnels disent être isolés pour faire face à cette complexité.

MOBILISATION

La prise en compte de ces difficultés et la volonté d'y remédier est de deux natures. Il peut s'agir d'une volonté d'un ou plusieurs professionnels, ou d'une ou plusieurs institutions (médicales, sociales, politiques). Bien souvent, ces deux formes d'origine sont liées.

La mobilisation peut se faire de plusieurs manières :

- **Suite à une interpellation pointant des difficultés.** Pour illustration, le réseau C se constitue car une accompagnatrice de santé travaillant ponctuellement dans une résidence sociale propose une rencontre entre les professionnels intervenants (ou étant susceptibles d'intervenir) auprès des résidents de la structure. En effet, elle s'est aperçue qu'il n'y avait pas de lien entre les professionnels intervenant auprès des résidents.
- **Suite à une rencontre ou un travail en commun initial.** Par exemple, le réseau J se constitue à la suite d'une conférence organisée sur le thème du travail en réseau. Les professionnels qui participent à cette conférence décident alors de se rencontrer en soirée pour échanger sur leurs pratiques.
- **Suite à une thématique porteuse** (réseau N). Le réseau N s'est constitué autour du Sida dans les années 1980. Il s'est développé par la suite. A cette époque, le Sida est une cause portée politiquement et fait consensus, tel que le souligne un acteur interrogé.

FORMALISATION DE LA STRATEGIE

Parallèlement au repérage des difficultés et à la volonté de se structurer en réseau, les membres peuvent établir une stratégie de travail (méthode d'intégration des membres par exemple). La formalisation de la stratégie du réseau est plus ou moins établie selon les RSP étudiés. Voici les outils des RSP qui présentent la stratégie de travail :

- *Les conventions partenariales* sont utilisées lorsque ce sont des institutions qui impulsent les RSP (réseaux D, E, K par exemple).
- *Le règlement intérieur* (ou *convention cadre*) est utilisé par deux réseaux (K et N). Ce type de document est produit lors de la constitution du réseau. Il pose les cadres généraux du réseau.
- *La fiche descriptive du réseau* est créée par un seul réseau (réseau K). Elle rappelle ce qu'est le réseau. Sa réalisation est faite par l'ensemble des membres.
- *Les chartes* ou *les statuts de l'association* (pour le réseau J).

III.2. PRISE DE DECISIONS ET ORGANISATION DES INSTANCES DE RENCONTRES

L'étude révèle que la dynamique d'un réseau dépend de sa capacité à organiser des instances de rencontres entre les membres. La fréquence des rencontres s'avère être plus ou moins régulière.

INSTANCES LIEES A LA PRISE DE DECISIONS

Les prises de décisions concernant l'orientation du cadre d'intervention des RSP se font lors d'instances spécifiques :

- Il peut s'agir d'**instances décisionnelles en groupe restreint**. Ce type d'instance regroupe les membres fondateurs du réseau, les

financeurs ou les représentants des institutions engagées (RSP4, réseau D notamment).

- Il existe également **des instances décisionnelles en grand groupe** composées de tous les membres du réseau. (réseaux D, K notamment)
- Le réseau D dispose d'une instance décisionnelle en groupe restreint (appelé comité de pilotage) et d'une instance décisionnelle en grand groupe (groupe d'harmonisation).
- La fréquence de ces instances varie selon les réseaux.

D'autres réseaux au contraire n'ont pas de temps spécifiques dédiés à la prise de décisions (entre autre réseaux C, H, L). Les décisions sont prises par le(s) coordinateur(s) et les membres lors des temps de rencontres liées à la réalisation des activités.

TEMPS D'ECHANGES

Les temps d'échanges permettent la production d'outils et de projets spécifiques. Ils peuvent aussi uniquement se centrer sur l'échange d'information et l'échange sur les pratiques professionnelles.

Les temps d'échanges d'informations et sur les pratiques se font en journée ou le soir (réseaux A, G, H, N). Le fait de réaliser ces temps en soirée permet aux professionnels qui ne peuvent pas se libérer la journée d'assister aux échanges. Quoi qu'il en soit, les thèmes abordés sont divers et choisis en fonction des attentes exprimées par les professionnels. L'animation de ces temps d'échanges peut être assurée par un salarié du réseau, un professionnel bénévole, ou l'ensemble du groupe.

Les temps d'échanges permettant la production d'outils et/ou de projets se déroulent en journée. Plusieurs réseaux s'organisent sous forme de commissions thématiques (réseaux G, H, J, L notamment). Les membres du réseau choisissent la ou les commissions dans lesquelles ils veulent travailler.

- Concernant les réseaux G, H, J, des animateurs assurent le bon déroulement des commissions mensuelles. Ces derniers se réunissent dans une autre commission pour faire part aux autres animateurs du travail de chaque commission.
- Le réseau L n'a pas d'animateur spécifique pour chaque commission. Les membres du groupe s'auto-organisent entre eux. Trois fois par an ont lieu des temps de rencontre de deux heures. Tous les membres du réseau sont présents, ce qui permet aux commissions de présenter leur travail.

TEMPS DE CONCERTATION

Les instances de concertation sont plus ou moins planifiées dans le temps selon les RSP étudiés.

- Certains réseaux **planifient les concertations** (réseaux D, O, par exemple). Ces temps sont préalablement préparés et sont animés par les coordinateurs des RSP, des médecins etc. Ils réunissent les professionnels concernés.
- **D'autres réseaux organisent des temps de concertation** suite à des sollicitations (réseau N notamment). Par exemple, lorsqu'un bailleur social repère des problèmes psychologiques chez un de ses locataires pouvant entraîner son expulsion, il demande au coordinateur d'organiser une instance de concertation permettant d'éviter l'expulsion.

Sept RSP organisent des temps d'échanges et des temps de formation.

Elles se déroulent annuellement, ou plus régulièrement lorsque les réseaux bénéficient de moyens financiers importants. Ces temps de formation peuvent être assurés par des membres extérieurs aux réseaux, ou par des membres eux-mêmes.

Certains réseaux expliquent que les formations se déroulent lors des temps de réunion et d'échange d'informations (réseau F par exemple).

III. 3. MODE DE COORDINATION

La totalité des RSP font de la coordination une méthode indispensable à leur fonctionnement. Toutefois, le réseau M ne présente pas de mode de coordination établi.

La coordination par les salariés du réseau est privilégiée par les RSP2, le réseau H, et les RSP4. Un ou plusieurs professionnels assurent alors la fonction de coordination, à titre salarial.

La coordination par des professionnels participants au réseau est mobilisée notamment par les RSP1, le réseau I ou encore par le réseau J. Un ou plusieurs participants s'engagent à coordonner, ou plutôt « animer » (pour reprendre les propos des acteurs) les temps de travail. Les animateurs-coordonateurs peuvent être indemnisés ou bénévoles (A, H, J, L). Il est remarqué que les animateurs-coordonateurs sont les membres à l'origine du réseau. Le réseau I assure une coordination multiple (plusieurs professionnels coordonnent l'activité du réseau). Le réseau J, quant à lui, fonctionne avec une coordination tournante. Les institutions fondatrices coordonnent à tour de rôle le réseau.

La coordination par un organisme extérieur. Lors de la constitution du réseau N, les membres font le choix de faire appel à un organisme extérieur pour assurer la coordination.

III.4. SUPPORTS DE COMMUNICATION / OUTILS

Les supports de communication utilisés permettent le fonctionnement d'un réseau, allant de l'engagement des membres à la promotion de celui-ci. Les acteurs interrogés appellent ces supports « les outils ».

L'engagement d'un membre dans le réseau :

L'intégration d'un membre est spontanée, soit à sa propre demande ou sur sollicitation des membres participants. Au début de la vie du réseau, les membres produisent des supports permettant de formaliser cette entrée. Ils rappellent entre autre les objectifs du réseau, son cadre d'intervention, ses valeurs. Les valeurs du réseau tendent à être véhiculées à la fois dans les instances du réseau et dans la pratique professionnelle quotidienne.

- Onze RSP (réseaux A, RSP2,) produisent *une charte*. La signature des chartes peut prendre un caractère obligatoire (réseau G, H, N, F), à la fois pour les acteurs institutionnels et/ou pour les professionnels. Elle peut également être facultative. Au début de l'existence de certains réseaux, la signature de la charte revêt un caractère obligatoire. Par la suite, la signature est facultative (B, L, J), sachant que les nouveaux entrants connaissent déjà le fonctionnement du réseau avant de s'y engager.
- *Les conventions partenariales* permettent aux institutions de prouver leur engagement (réseau D par exemple).

Le partage d'informations sur le public :

Les temps de concertation nécessitent la production de supports permettant le partage d'informations entre les différents professionnels amenés à accompagner une personne en situation de précarité : fiches de liaison, dossiers partagés, fiches de suivi, fiches de synthèse. D'ailleurs le réseau N annonce que l'un de ses enjeux est d'arriver à formaliser l'arrivée d'un patient dans le réseau.

La préparation et la restitution des temps de rencontre :

Le mailing, les courriers, les invitations, les comptes-rendus sont inhérents au fonctionnement de tous les RSP. La méthode du réseau I, concernant les comptes-rendus, retient particulièrement l'attention. Après l'envoi des notes prises lors des temps de rencontres, les participants apportent les éventuelles corrections. Une fois les corrections faites, la secrétaire envoie le compte-rendu final à l'ensemble des personnes présentes lors de la réunion.

La transmission du bilan d'un réseau requiert l'élaboration de supports spécifiques : *rapports d'activités et bilans* (pour tous les RSP2, RSP4, RSP3 sauf les réseaux I et M).

Le partage des ressources

Le listing des membres du réseau se matérialise sous la forme d'un *annuaire*. Ils peuvent ne comptabiliser que les membres du réseau, ou au contraire l'ensemble des professionnels/institutions médicales et sociales du territoire d'intervention du réseau. La coordinatrice du réseau E, nouvellement en poste, explique que l'annuaire n'est pas nécessairement pertinent pour les membres d'un réseau dans la mesure où ils se connaissent déjà.

Rappelons que cela peut l'être pour les nouveaux entrants. Elle ajoute que les annotations sur l'annuaire laissées par la précédente coordinatrice lui sont davantage utiles que l'annuaire en lui-même. La majorité de ces supports sont disponibles sur papier. Toutefois, l'annuaire du réseau K devrait être en ligne prochainement, et accessible à fois aux professionnels et au public.

La promotion des RSP et leur lisibilité passent par le développement de supports spécifiques tels que les *plaquettes d'informations*, les *affiches*, les *dépliants*, les *bulletins d'informations* ou encore des *sites Internet*. Les RSP2, RSP4 et certains RSP3 produisent ce type de documents. Cela nécessite toutefois du temps et des moyens financiers, comme l'ont souligné plusieurs acteurs interrogés.

III.5 EVALUATION

Evaluation quantitative

L'exercice (nombre de participants, objectifs, actions) fait objet d'évaluation, notamment pour les RSP4, certains RSP2 et RSP3. Il s'agit d'une évaluation quantitative et descriptive des objectifs et des actions élaborées durant une année. Les coordinateurs élaborent des bilans et des rapports d'activité pour rendre compte de l'exercice. Peu de critères d'évaluation sont fixés hormis pour les RSP reconnus « réseaux de santé ». Quoi qu'il en soit, l'évaluation de l'exercice permet un réajustement de l'exercice sur l'année à venir.

Evaluation qualitative et participative

L'exercice et les méthodes/outils de fonctionnement de tous les RSP peuvent être sujets à évaluation. Toutefois, peu sont ceux qui y ont recours. Il s'agit d'une évaluation qualitative permettant de mesurer le

taux de satisfaction des participants sur une méthode ou un outil de fonctionnement du réseau.

Voici quelques illustrations d'évaluation de fonctionnement mobilisées par les RSP :

- Deux ans après la réalisation d'une charte, le réseau A décide d'évaluer sa pertinence auprès des participants, à l'aide d'une grille. Pour rappel, la signature de la charte est facultative pour les membres du réseau. Il ressort que la coordination doit être transférée à d'autres professionnels.
- Le réseau D mène une évaluation des formations, à l'aide d'un questionnaire. Les réseaux C et N mobilisent la même pratique respectivement après chaque temps de rencontre, et tous les deux ans. Cette pratique permet entre autre de mesurer le taux de satisfaction des participants. Il permet également de sonder les membres sur les thèmes qu'ils aimeraient voir programmer.

Evaluation générale du réseau par un organisme extérieur

En 2009, lors la réunion annuelle du réseau, le réseau G fait le bilan du diagnostic partagé mené par un cabinet conseil en santé publique. Cela permet notamment de réinterroger les orientations et l'organisation du travail du réseau.

III. 6. DIFFICULTES RENCONTREES

UN CONTEXTE PEU FAVORABLE

*

*

« *Aujourd'hui, les réseaux ça ne prend plus* » selon un acteur interrogé. Il explique que la période actuelle ne semble pas favorable au rassemblement interprofessionnel dans la mesure où il y a beaucoup de discours contre-productif de la part des politiques sur les réseaux.

DIFFICULTES D'INTEGRATION DE CERTAINES CATEGORIES D'ACTEURS

Il n'est pas toujours aisé de mobiliser des *travailleurs sociaux* dans des réseaux dont les membres sont tous des professionnels médicaux et paramédicaux (réseau M). Au contraire, certains réseaux rencontrent des difficultés à intégrer des *professionnels de santé libéraux*. C'est pourquoi plusieurs réseaux favorisent des temps de rencontres en soirée.

L'intégration *du public* dans la réalisation des projets élaborés par un RSP3 nécessite une concertation et une préparation de la part des membres (acteurs institutionnels et professionnels), tel que cela a été le cas pour le réseau L.

DEFAUT D'INVESTISSEMENT DES INSTITUTIONS

La participation à un réseau, bien qu'elle soit volontaire et spontanée, implique aux membres de donner de leur temps (professionnel et/ou personnel). Lorsque les instances de travail se déroulent en journée, les institutions dans lesquelles travaillent les participants (et qui ne sont pas engagées dans le réseau), ne facilitent pas toujours leur participation à l'activité du réseau. Plusieurs acteurs insistent sur la nécessité d'impliquer et d'expliquer l'exercice du réseau aux institutions.

Lorsqu'une institution s'engage en son nom dans un réseau, c'est suite à l'impulsion d'un acteur. Lorsque cet acteur quitte l'institution, son remplaçant ne partage pas nécessairement les mêmes valeurs que son prédécesseur. L'engagement de l'institution peut donc être biaisé. Cela constitue « *un véritable danger pour la dynamique du réseau* »¹⁷.

¹⁷ Extrait d'un entretien

DEFAUT DE COORDINATION

La coordination de manière générale conduit les membres d'un RSP à identifier une personne à ce poste. Cela l'est d'autant plus quand le coordinateur est à l'origine du réseau. Le départ d'un coordinateur induit une perte de dynamique dans la vie du réseau.

Pour éviter la perte de dynamique, la nouvelle coordinatrice du réseau E explique comment son recrutement s'est opéré. A noter qu'elle remplace une coordinatrice en poste depuis la création du réseau. Elle est recrutée car a déjà travaillé avec l'ancienne coordinatrice. Cette dernière sait qu'elle partage les valeurs du réseau. Malgré cela, une double coordination est assurée pendant un temps. Cela permet à la nouvelle coordinatrice de rencontrer les membres du réseau et de se familiariser avec son fonctionnement.

La coordination multiple peut conduire à un désinvestissement au fil du temps de la part de plusieurs coordinateurs (réseau I notamment).

Le manque de coordination peut conduire à un épuisement des professionnels, tel que le rappelle l'acteur du réseau L.

PARTAGE D'INFORMATIONS

Le partage d'informations relatif aux personnes en situation de précarité peut induire un « *contrôle social* »¹⁸. La signature d'un document rappelant les engagements quant au respect des personnes en situation de précarité permet de limiter le risque de contrôle social.

¹⁸ Extrait d'un entretien

MANQUE DE LISIBILTE

Le manque de lisibilité d'un réseau ne facilite pas son développement et la reconnaissance de son activité. Les actions et les pratiques de travail ne sont pas toujours comprises et appréhendées par des acteurs extérieurs au réseau, tel que le met en avant un acteur du réseau J.

MANQUE DE MOYENS FINANCIERS

Le manque de moyens financiers ne facilite pas le développement ou le bon fonctionnement des RSP. Pour illustration, le réseau C ne reçoit pas les financements permettant d'indemniser la coordinatrice. Les autres membres ne souhaitant pas reprendre bénévolement la coordination du réseau, l'activité du réseau est terminée.

III.7. MODALITES DE PERENNISATION

La pérennisation n'est pas nécessairement souhaitée par tous les réseaux. Toutefois, à l'heure actuelle, les RSP constituent « *un système parallèle*¹⁹ » tentant de faire face à une augmentation des difficultés d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité. Voici les pistes de pérennisation envisagées par les acteurs.

IDENTIFICATION ET VISIBILITE DU RESEAU

* La pérennisation d'un réseau passe à un moment donné par une **identification à une institution** ou par une **institutionnalisation**. *

¹⁹ Extrait d'un entretien

Certains acteurs estiment toutefois qu'il faut trouver une alternative à l'institutionnalisation d'un réseau.

Il faut qu'une **personne charismatique porte le réseau**. Cela facilite à la fois les relations publiques locales et la visibilité de la plus-value d'un réseau.

DYNAMIQUE DU RESEAU

La coordination est décrite comme nécessaire à la pérennisation d'un réseau. Cela est davantage vrai pour les réseaux où le coordinateur est également animateur des temps de rencontres interprofessionnels. Il doit être en capacité de **remettre en cause le travail** effectué auprès des autres membres, et de l'évaluer au moins qualitativement.

Il se doit également de motiver les participants, notamment en leur permettant de réfléchir sur la plus-value du travail en réseau. La création de supports/outils découlant des temps de rencontres conduit les membres à avoir une meilleure perception de la plus-value d'un RSP, tel que l'annonce un acteur.

LES MOYENS FINANCIERS

La pérennisation des financements induit une pérennisation des interventions. Cependant, certains acteurs expliquent que la pérennisation ne passe pas nécessairement par l'obtention de fonds pérennes.

IV. PISTES DE REFLEXIONS CONCERNANT LES RESEAUX SANTE PRECARITE

Gardons à l'esprit qu'« *un réseau d'acteurs ne se décrète pas, il se constate*²⁰ ». Les parties II et III permettent de constater ce que sont et ce que font les RSP.

- Ils sont des regroupements spontanés et militants de professionnels et de structures d'un territoire déterminé.
- Ils se constituent pour faire face aux difficultés d'accès à la santé auxquels sont confrontées les personnes en situation de précarité.
- Ils sont des organisations transversales ayant la possibilité de plus ou moins se structurer ou s'institutionnaliser.

Les RSP, en tant qu'organisations dynamiques, peuvent être amenés à se modifier (activités, fonctionnement, financement etc.). L'étude relève que des RSP1 peuvent évoluer pour acquérir une meilleure lisibilité. Cela passe par une reconnaissance juridique du RSP. Cela se concrétise aussi par un portage politico-institutionnel du réseau. On peut alors supposer que pour **évoluer, les RSP nécessitent à minima une formalisation juridique et un portage politique.**

Bien que l'objectif général des RSP soit de favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de précarité, les activités principales de ce type d'organisation sont des temps de rencontres interprofessionnels.

²⁰ Op.cit NEUSCHWANDER Claude in revue prévenir, pp.5

Il convient donc d'apporter quelques pistes de réflexions concernant le fonctionnement interprofessionnel dans les RSP (IV.1). Puis, comme convenu, nous tenterons d'analyser la prise en compte du NR par les RSP (IV.2).

IV.1. REFLEXIONS SUR LE FONCTIONNEMENT INTERPROFESSIONNEL DES RESEAUX SANTE PRECARITE

ATTITUDE FONDAMENTALE A AVOIR POUR LE TRAVAIL INTERPROFESSIONNEL

« *L'interdisciplinarité et le travail en réseau visent à mettre en relation d'échanges des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante*²¹ ».

Les échanges entre des personnes dont la formation professionnelle est différente peuvent s'avérer difficiles à mettre en place par certains RSP. En effet, l'étude démontre qu'il n'est pas toujours aisé de mobiliser des *travailleurs sociaux* dans des réseaux dont les membres sont tous des professionnels médicaux et paramédicaux. Au contraire, certains réseaux rencontrent des difficultés à intégrer *des professionnels de santé libéraux*.

²¹ Article de Michel Nadot et Nicole Nadot Ghanem - Conjuguer les différentes logiques d'acteurs – paru dans la revue Revue KRANKENPFLEGE 1/2006, p.42

Toute la question est alors de savoir pourquoi il peut s'avérer difficile de mettre en relation des personnes dont la formation professionnelle est différente. Voici quelques raisons expliquées par les acteurs interrogés : les temps de rencontres ne sont pas adaptés, certains professionnels ont des difficultés à venir échanger par manque de temps, etc. Pourtant, certains réseaux ne semblent pas présenter de difficultés pour l'organisation d'échanges interprofessionnels.

Dans un article intitulé « conjuguer les différentes logiques d'acteurs », il est précisé que l'interdisciplinarité requiert « *un renoncement à la prise de pouvoir des différentes catégories professionnelles les unes des autres et d'une discipline sur une autre*²² ». Il est également dit que « *l'identité professionnelle et disciplinaire semblent devoir être préservées pour pouvoir travailler ensemble*²³ ». Face aux difficultés exprimées lors de l'étude, on peut supposer qu'il existe une attitude fondamentale à avoir pour travailler en interdisciplinarité : **affirmer sa culture professionnelle sans pour autant l'imposer aux autres.**

DIFFICULTES D'ANALYSE DES METHODES ET OUTILS DE FONCTIONNEMENT

« Il n'y a pas la bonne pratique, mais plusieurs bonnes pratiques en fonction des contextes²⁴ ».

Cette phrase résume en elle seule toute la complexité de l'étude des RSP. Il n'existe pas de « fonctionnement » type qu'ils pourraient

²² - Conjuguer les différentes logiques d'acteurs – Op.cit

²³ Ibid.

²⁴ Revue Repère, article échanger les bonnes pratiques, n°13 mars 2010

mobiliser. Il y a une multitude de méthodes et d'outils que chaque RSP peut choisir et adapter pour fonctionner en interdisciplinarité.

Lors des entretiens, il apparaît une confusion dans le discours des acteurs entre les termes « outils » et « méthodes » (nécessaires au fonctionnement des RSP). En effet, quelquefois la coordination est décrite comme étant une méthode et d'autres fois, elle est considérée comme un outil.

- Etymologiquement, le terme outil, du latin « usitilum » se définit comme « *objet fabriqué par la main*²⁵ ».
- Le terme « méthode », du latin « methodus » signifie un « *ensemble de démarches raisonnées suivies pour parvenir à un but, dans quelque domaine que se soit*²⁶ ».

A partir de ces définitions, il convient de comprendre ce que peut être une méthode et ce qu'est un outil.

La coordination (et/ou l'animation), l'évaluation, la communication (comprenant les choix d'organisation des temps de rencontres) sont des méthodes qui permettent de répondre à un objectif du réseau, à savoir le travail interprofessionnel. C'est à partir de ces méthodes que des outils sont créés. **On peut alors supposer que chaque réseau, en fonction de son contexte ou de son cadre d'intervention, choisit ses propres méthodes de fonctionnement.** Des méthodes peuvent être imposées à certains types de réseaux, notamment en fonction de leurs financeurs (l'évaluation est par exemple obligatoire pour les RSP4).

²⁵ Le Robert, volume 4, p. 807, 2001

²⁶ Ibid., p.389

Les outils propres à l'évaluation (par exemple, le questionnaire) sont peu mobilisés, contrairement aux « outils » de communication (charte, règlement intérieur, fiches thématiques, etc.). Ces derniers permettent de :

- rappeler les valeurs que le réseau véhicule,
- rappeler les engagements et les règles qui permettent de faciliter le travail en dehors des temps de rencontre, et par conséquent le travail quotidien (fiches thématiques, annuaires, etc.),
- de rendre visible le réseau par des acteurs extérieurs.

On peut supposer que ces outils sont indispensables au fonctionnement de tous les RSP, notamment lors de leur création. Ils permettent sans aucun doute de fédérer les acteurs entre eux, que ce soit lors des temps de rencontres ou en dehors.

IV.3. LE NON-RECOURS : QUELLE PRISE EN COMPTE PAR LES RESEAUX SANTE-PRECARITE

Pour rappel, le NR se définit comme « *toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison* ».

UN PRISE EN COMPTE DES CAUSES DE NON-RECOURS

Le phénomène de NR est souvent perçu comme étant la cause des individus. Marcel Calvez précise « *qu'il ne faut pas oublier le rôle actif des dispositifs institutionnels*²⁷ ». Cette précision montre que deux autres causes peuvent être aussi à l'origine du NR : des causes liées à

²⁷ Rapport - recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité -, Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2007, p.12

un organisme ; des causes liées à un dispositif, qui par sa complexité conduit à une incompréhension et/ou à une dissuasion.

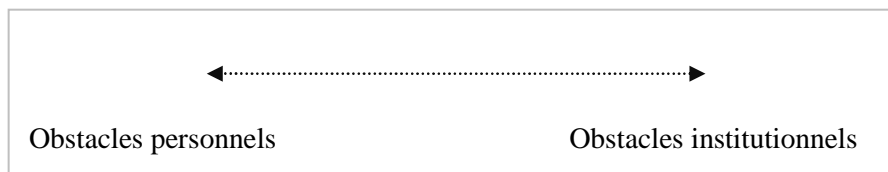
Ces trois causes ne sont pas exprimées de la sorte lors de l'étude. Les acteurs interrogés parlent avant tout de la dégradation de l'accès aux droits pour les personnes en situation de précarité. Cela résulte à la fois des problématiques de plus en plus complexes liées à la précarité, mais également à la complexité institutionnelle à laquelle les professionnels et les publics précaires sont confrontés.

La lecture des difficultés dites par les acteurs laisse penser qu'elles peuvent être regroupées en deux catégories : les obstacles personnels et les obstacles institutionnels. **Cela revient donc à assimiler ces deux types d'obstacles à deux des causes de NR.**

Causes du non-recours

- Les obstacles personnels correspondent aux difficultés propres aux personnes en situation de précarité. Il s'agit des déterminants sociaux, culturels etc.
- Les obstacles institutionnels font référence à la complexité institutionnelle et l'inadaptation des institutions aux problématiques des publics précaires.
- Selon les acteurs interrogés, les obstacles personnels ou institutionnels ne sont pas de la même intensité, d'où l'idée d'un continuum.

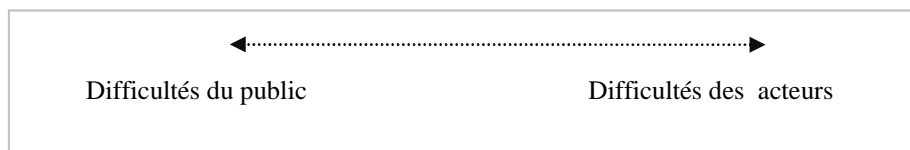
- Causes du non-recours par les réseaux santé précarité -



Lecture des causes du non-recours

- Les publics sont confrontés à des obstacles personnels et institutionnels qui les empêchent d'accéder à leurs droits, d'aller dans des structures pour se faire soigner, etc.
- Les professionnels doivent quant à eux surmonter les obstacles du public qu'ils accompagnent. Ils sont également sujets à la complexité institutionnelle et l'inadaptation des lieux d'accueil pour les publics qu'ils accompagnent.
- La lecture des causes du NR se fait également à l'aide d'un continuum.

- Lecture des causes du Non-recours par les réseaux santé précarité -



« Les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation ²⁸ ».

Les membres des RSP, en constatant des situations de NR, questionnent donc l'efficacité et la pertinence de l'offre publique. Lorsqu'il est révélé durant l'étude que les RSP sont des systèmes parallèles, on peut dire qu'ils le sont par rapport à une offre publique en mal de d'efficacité.

Un rapport de l'Ecole Nationale de Santé Publique²⁹ préconise plusieurs champs d'actions possibles pour diminuer le NR (soins/droits) des publics précaires. Il s'agit entre autre de développer des réseaux interprofessionnels. **On peut alors supposer que la création d'un RSP est déjà en soi une réponse au phénomène de non-recours.** Bien que les RSP remettent en cause la pertinence de l'offre publique, ils bénéficient de financements publics pour élaborer des activités adaptées.

²⁸ Mémoire Antoine Rode - le non-recours aux soins de la santé chez les populations précaires. Une approche exploratoire et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux (site internet <http://odenore.msh-alpes.fr/>), pp.8

²⁹ Rapport Ecole Nationale de Santé Publique, Op cit

Les acteurs annoncent comment les actions des RSP permettent de lutter contre les causes du non-recours. (Cf. partie II.4 de ce rapport).

Voici les cinq grandes catégories d'actions et les explications qu'ils donnent.

- Les temps d'échanges et les formations conduisent à l'acquisition d'une culture commune facilitant le travail quotidien des professionnels.
- Les outils facilitateurs favorisent une meilleure compréhension des dispositifs (pour les professionnels et/ou pour les publics en précarité).
- Les temps de concertation permettent une meilleure compréhension des blocages institutionnels et personnels.
- Cela est également le cas des projets collectifs.
- Le développement de services permet d'adapter les structures par rapport aux besoins du public.

Toutes ces activités peuvent être considérées comme curatives au phénomène du NR, mais elles sont aussi préventives. Par exemple, les temps de concertation permettent de débloquent la situation administrative d'une personne en situation de précarité. Ce même type d'activité peut également être vu comme préventif. Ainsi, les temps de concertation organisés par le réseau N intègrent une logique préventive. En effet, lorsqu'un bailleur social repère des problèmes psychologiques chez un de ses locataires pouvant entraîner son expulsion, il demande au coordinateur d'organiser une instance de concertation permettant d'éviter l'expulsion.

Toutes les activités des RSP doivent être lues à partir d'un continuum suivant l'axe : logique préventive –logique curative.



V. BILAN

Le travail de recherche permet de dresser un bilan concernant les objectifs fixés au début de ce travail. Pour rappel, il s'agissait de :

- Rendre compte de l'existence de réseaux santé-précarité en plusieurs points.
- Rendre compte du degré de prise en compte du phénomène de non-recours par les réseaux santé-précarité.

V.1. EXISTENCE DE RESEAUX SANTE-PRECARITE

Les 15 réseaux étudiés se classent en quatre types. Cette classification tient compte des objectifs opérationnels qu'ils se donnent et des activités qu'ils développent.

La stratégie de travail élaborée lors de la constitution des RSP pose leur cadre d'intervention (objectifs, territoire d'intervention, entité juridique etc.). La plupart des RSP ont une entité juridique qui leur est propre, ou sont portés juridiquement par une institution. D'autres, au contraire, ne sont pas rattachés juridiquement à une institution et ne possèdent pas de statut juridique spécifique. Pour autant, ils restent identifiés à une institution, bien souvent celle dans laquelle travaille le membre fondateur du RSP. L'évolution de ce type de RSP passe par un portage institutionnel.

Les méthodes de fonctionnement (coordination, évaluation, communication) des RSP sont très variées, en témoigne ce rapport.

Bien le travail interprofessionnel soit prioritairement recherché, certains réseaux rencontrent des difficultés pour mener à bien cet objectif. Sans doute que pour travailler dans un RSP, un acteur doit être capable d'**affirmer sa culture professionnelle sans pour autant l'imposer aux autres.**

Les outils de communication élaborés lors des temps de rencontre permettent justement de fédérer les acteurs et de créer la culture interprofessionnelle recherchée. Une fois un groupe stabilisé, il semblerait que ces outils ne présentent plus autant d'intérêt.

V.2. PRISE EN COMPTE DU PHENOMENE DE NON-RECOURS

- **Les acteurs interrogés ne connaissent pas tous ce qu'est le phénomène de non-recours.** Leurs discours et la lecture des documents relatifs aux RSP étudiés démontrent que les termes d'accès aux droits et/ou d'accès aux soins sont préférés à celui de non-recours.
- La création **d'un RSP est en soi une réponse au phénomène de non-recours** dans la mesure où ce type d'organisation prend en compte l'inadaptation de l'offre publique pour répondre aux besoins des personnes en situation de précarité.
- Les activités **développées par les RSP permettent de surmonter deux obstacles** : les obstacles personnels (liés aux personnes en situation de précarité) et les obstacles institutionnels (liés à un dispositif ou à un organisme, qui par leur complexité conduisent à une incompréhension et/ou à une dissuasion). Elles peuvent être considérées comme des activités préventives ou curatives.

CONCLUSION PERSONNELLE

« Le chercheur doit être libre de tenter des expériences audacieuses, de soutenir des théories révolutionnaires, voire paradoxales. Il doit disposer du droit à l'erreur »³⁰.

Les idées de « liberté », d'« expériences » et de « droit à l'erreur » sont consécutives à tout travail de recherche tel que le met en évidence Pierre Joliot dans un de ses ouvrages. A ce titre, en l'espace de quelques mois, j'ai vécu une expérience que l'on peut qualifier d'audacieuse : j'ai été placée dans une posture d'« apprenti-chercheur ». En effet, dans le cadre de ce stage co-conduit entre le POPS et l'ODENORE, j'ai été chargée d'un projet concernant les pratiques des réseaux santé-précarité (pratiques liées au fonctionnement, aux interventions, à la prise en compte du non-recours).

La réalisation de ce projet de recherche m'a permis de contribuer à étayer les réflexions inhérentes à mon parcours professionnalisant.

J'ai souhaité découvrir **des pratiques favorisant l'accès à la santé des publics en précarité** (publics étant en situation de non-recours). Il s'agissait pour moi d'étayer les réflexions liées à ma pratique d'ASS auprès de ce public. Je me suis ainsi rendue compte que les RSP permettent de rassembler des acteurs aux cultures professionnelles

diverses. L'étude démontre que l'inter-professionnalité permet de diminuer le non-recours à la santé (droit/soins). Pour autant, les RSP rencontrent quelques fois des difficultés dans l'organisation de temps d'échanges interprofessionnels. Si l'on s'en réfère à l'une des théories de Luc Boltanski (sociologue), on peut supposer que l'inter-professionnalité représente un risque pour les RSP dans la mesure où ils induisent une confrontation entre des « cités » distinctes (le terme « cité » fait référence au terme de culture professionnelle).

Je voulais également savoir si les RSP privilégient **un ou plusieurs territoires d'intervention**. Cette réflexion était directement rattachée à ma formation de coordonnateur de projets territoriaux. Très rapidement, je me suis aperçue qu'il n'existe pas un seul territoire d'intervention pertinent. Il y a au contraire une multitude de territoires d'intervention. Ils se veulent cohérents avec les besoins des personnes en situation de précarité ainsi que les professionnels qui constituent le réseau.

Enfin, je souhaitais mesurer **l'intégration des RSP dans les politiques publiques**. Il s'agissait de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises dans le cadre du master. Je me suis rendue compte qu'il existe une différence entre ce que disent être les RSP et ce qu'ils semblent être. Les RSP se définissent eux mêmes comme des « systèmes d'acteurs parallèles ». A mes yeux, ils sont davantage des systèmes d'acteurs intégrés dans un système plus large, à savoir l'offre publique. En effet, les RSP pallient aux failles des politiques publiques en matière de santé tout en bénéficiant de financements publics. Cette

³⁰ Pierre JOLIOT, *La Recherche passionnément*, Odile Jacob (éd.), Sciences (coll.), 2001, 207 p.

ambivalence nous renvoie à la théorie de Michel Crozier (sociologue) : « l'acteur et le système ». On considère ici que l'acteur est représenté par le RSP et que le système symbolise l'offre publique (ou politiques publiques). On peut donc dire que le système légitime sa défaillance en finançant l'acteur. Inversement, l'acteur légitime ses interventions par l'affichage des failles du système. On comprend alors mieux pourquoi certains acteurs interrogés expliquent qu'ils ne savent pas ce que vont leur réserver les réformes institutionnelles actuelles. Quels financements vont-ils obtenir ? Quelle légitimité va-t-on leur reconnaître ?

Ce sont les entretiens et les lectures relatives aux RSP qui m'ont permis de répondre en partie à mes attentes.

La réalisation de ce projet m'a immergé dans des conditions de stage que je n'avais jamais connues jusqu'à alors.

En effet, jusqu'à présent mes expériences de stage se sont toujours effectuées au sein d'équipes professionnelles. Quotidiennement, je pouvais faire le point sur mes avancées, mes difficultés, mes doutes etc. **L'accompagnement ponctuel** de ce stage a donc été un élément nouveau. Au début, il n'a pas été évident de travailler en relative autonomie. Au fil du temps, je m'y suis adaptée. Quoi qu'il en soit, la grille de compétences³¹ réalisée au début du stage a été un support me guidant tout au long de la recherche.

La **conduite d'un projet par deux institutions** (ou « cités » si l'on s'en réfère à Luc Bolsantski) différentes constitue une richesse intellectuelle. Cela présente toutefois des risques dont un majeur qui est de ne pas répondre aux attentes exactes des deux institutions. En effet, dès lors qu'il y a deux institutions, il y a au moins deux enjeux convergents. Essayer de mesurer les attentes de chaque institution et tenter d'y apporter des réponses n'est pas forcément aisé. Ce travail de recherche ne peut donc pas prétendre à être complet et parfait. En effet, en tant qu'apprenti-chercheur, je peux « *disposer du droit à l'erreur* »³².

³¹ Cf. 7 Annexe – Grille de compétences

³² Pierre JOLIOT, *La Recherche passionnément*, Odile Jacob (éd.), Sciences (coll.), 2001, 207 p.

GLOSSAIRE

ASS :	Assistante de Service Social
ASV :	Atelier Santé Ville
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CMU :	Couverture Mutuelle Universelle
CNR :	Coordination Nationale des Réseaux
FICQS :	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GRSP :	Groupement Régional de Santé Publique
IEP :	Institut d'Etudes Politiques
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
NR :	Non Recours
ODENORE :	Observatoire du non-recours aux droits et aux services
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
POPS :	POint Précarité Santé
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
RSA :	Revenu de Solidarité Active
RSP :	Réseaux Santé Précarité

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- DUMOULIN P, DUMONT R., BROSS N., MASCLLET G., *travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale*, éd. Dunod, Paris, 2006
- LEMIEUX F, *Les réseaux d'acteurs sociaux*, édition PUF, Paris, 1999.
- SCHWEYER F-X, LAVASSEUR G., PAWLIKOWKA T., *créer et piloter un réseau de santé, un outil pour les équipes*, éd. ENSP, Rennes, 2002

RAPPORTS/GUIDES

- RITTER C, MAIMUNDO M. *les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre*, rapport du service de planification sanitaire qualitative, Suisse, 2002
- COORDINATION NATIONALE DES RESEAUX : *Réseaux de santé : la qualité en pratique, contributions à une démarche collaborative d'amélioration de la qualité de santé*, volume 1, 2003
- Rapport les réseaux de santé, commission communautaire Française, 2004,
Disponible sur internet : <http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante>
- Rapport - *Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité* -, ENSP, Rennes, 2007

ARTICLES DE PERIODIQUES

- ARWIDSON P, *Le réseau, réflexion critique*, Revue Prévenir, n° 27, 1994, pp.169-172.
- BERTOLOTTI F., *Le recours aux réseaux : un enjeu de santé publique*, Revue Prévenir n°27, 1994, pp. 157-163
- BERTOLOTTI F., *La difficulté évaluation des réseaux de « santé »*, la revue la santé de l'homme, n°369, janvier-février 2004, pp.21-22
- BRIXI O, *Les réseaux de santé de proximité : une pratique adaptative ou une pratique de changement ?*, Revue Prévenir, n°32, 1997, pp. 185-188.
- BURNIER M-J, *Le travail en réseau : panacée ou danger pour la promotion de la santé ?* Le bulletin Partage, 2001
Disponible sur interne : <http://www.refips.org/files/international/Partage%20Vol.9%20No.1%20%C9t%E9%202001.pdf>

- CHOSSEGROS P., LAGUILLAUME C., Soutenir davantage les réseaux sanitaires et sociaux, la revue la santé de l'Homme n°369, janvier-février 2004, pp.17-18
- DRAHI E., Comment s'amorce un réseau, revue TLM n°47, avril-juin 2002, pp.4-5
Disponible sur internet : http://www.urml-idf.org/urml/cafe_2008/08061701.pdf
- HUARD P, MOATTI J-P, *Introduction à la notion de réseau*, Revue Gestions Hospitalières, Décembre 1995, pp. 735-738.
Disponible sur internet : <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/selection/huard.htm>
- LARCHER P, *Des réseaux dans tous leurs états à l'Etat dans tous ses réseaux*, Revue Prévenir n°32, 1997, pp. 177-184.
- MATHIEU L. *Le réseau, sens et usages*, les cahiers de l'actif n°324-325, mai/juin 2003, pp.12-20
- MICHEL J., *Les réseaux : un mode de fonctionnement à définir, à caractériser et évaluer*, revue prévenir, n°27, 1994, pp.11-18
- NADOT GHANEM N., *Conjuguer les différentes logiques d'acteurs*, revue KRANKENPFLEGE soins infirmiers, 2005, pp.41-43
- NEUSCHWANDER C. *Les réseaux : singularité et légitimité*, revue prévenir, n°27, 2 semestres 1994, pp.5-10
- NOCK F. *Et si l'on parlait efficacité des réseaux ?*, Dossier promotion de la santé, le temps des réseaux, revue de la santé de l'homme n°369, janvier-février 2004, pp.19-21.
- SOULIE A-M., *Le travail en réseau : une solution en matière de santé*, revue gestion hospitalière, 1995
Disponible sur internet : http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/travailenreseausolutionsante/index_html

INTERVENTIONS/CONFERENCES

- ELGHOZI B. et HAMMEL E. *Le réseau de Créteil, quinze années de pratiques*, conférence le développement des réseaux de santé, novembre 2004, Paris
Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/reseaux_sante/actes_doc/elhgozi.pps
- ELGHOZI B. présentation power point d'une intervention au café réseau, *Les réseaux de santé, bilan et perspectives*, juin 2008
Disponible sur internet : http://www.urml-idf.org/urml/cafe_2008/08061701.pdf
- ELGHOZI B., L'expérience de Créteil, conférence Régionale de Santé, Décembre 2009, Bobigny
Disponible sur internet : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/4-reseaux-sante-territoires.pdf>

MEMOIRE ENSP

- BOUTELOUP MAZURE Marion, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2009

WEBOGRAPHIE

- Site internet de l'Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Site internet du POint Précarité Santé (POPS) : <http://pops38.fr/index.html>
- Site internet de l'Observatoire du non-recours aux droits et aux services (ODENORE) : <http://odenore.msh-alpes.fr/>
- Site internet ATD-Quart Monde :
- Site internet des législations françaises <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Site internet du réseau santé précarité Toulousain: <http://sante.precarite.free.fr/>
- Site internet du réseau santé solidarité Lille métropole: <http://www.sante-solidarite.org/>
- Site internet du réseau santé-précarité Antibes : <http://www.ccas-antibes.fr/Services/reseau-sante-precarite.htm>
- Site internet du réseau médico-social Biterrois : <http://www.beziers-agglo.org/vivre/cohesion-sociale-habitat/sante.cfm>
- Site internet de l'UNCASS présentant le réseau précarité Lorient : <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=507>
- Site internet de la plateforme santé-précarité du Bas-Rhin : <http://alsace.sante.gouv.fr/dep1/actions/communiques/communique05.htm>

SOMMAIRE DES ANNEXES

<i>Annexe 1. Présentation du POint Précarité santé (POPS)</i>	II
<i>Annexe 2. Présentation de l'oienvenue sur le site de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)</i>	IV
<i>Annexe 3. Proposition de stage</i>	VI
<i>Annexe 4. Définitions des termes</i>	VII
<i>Annexe 5. Le non-recours de quoi parle-t-on ? Définitions et reperes</i>	IX
<i>Annexe 6. Méthodes et outils de recherche</i>	XII
<i>Annexe 7. Grille de compétences</i>	XXVI

ANNEXE 1. PRESENTATION DU POINT PRECARITE SANTE (POPS)

Source : site internet du POint précarité Santé <http://pops38.fr/index.html>

RUBRIQUE « ACCUEIL »

Notre mission est de favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Il s'adresse également aux professionnels en lien avec ce public.

Pour le public :

Accompagnement santé individuel

- L'accompagnement santé s'entend tel que décrit dans la "charte de l'accompagnement santé individuel". Il doit "placer la personne au centre de la démarche" et "se faire en lien avec les professionnels concernés en respectant le droit à la vie privée des personnes, le secret médical et professionnel"

Actions collectives d'éducation pour la santé

- Sous forme d'interventions ponctuelles ou de projets à plus long terme dont des "recherches d'actions", dans le cadre d'ateliers, de chantiers d'insertion, de lieux de vie collectifs et de groupes constitués.
- "Apprendre et agir ensemble"
Les animations collectives s'appuient sur la parole et l'expérience du public (connaissances, représentations, comportements, compétences) et sont étayées par des apports théoriques et pratiques.

Pour tous : une permanence téléphonique pour toute question concernant l'accès aux soins :

- La CMU : comment l'obtenir et l'utiliser ?
- Un médecin ou un spécialiste ? Que faire en cas de refus ?
- Des difficultés pour la mutuelle ?

Appelez le **04 76 89 31 42** de 14 heures à 17 heures

Pour les professionnels du social et de la santé :

Un centre ressources...

- Centre de documentation : ouvrages, bibliographies, études
- Appui technique
- Formation
- Diagnostic, enquêtes santé
- Elaboration et diffusion d'outils

Travail en réseau...

... à partir des dynamiques locales

- Mobilisation et animation du réseau de partenaires,
- Mise en lien des travailleurs sociaux et des professionnels de santé autour d'un thème ou d'un territoire

Pour nous contacter :

Point Précarité Santé

33 rue Victor Hugo - 38610 Gières
Tel : 04 76 89 31 42 - Fax : 04 76 59 16 10

pops@pops38.fr

RUBRIQUE « NOUS ET NOS PARTENAIRES »

Nous :

Le Point Ressources Santé, Santé Pour Tous, l'Action Santé Nord Isère et l'Action Santé Grésivaudan se sont regroupées pour devenir,
PoPS - Point Précarité Santé.

Ce service fait parti de l'association l'Oiseau Bleu.



Nos objectifs sont de :

- Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des populations démunies. Développer la promotion de la santé au plus près des populations et avec elles, en partant des besoins et des demandes du public et des professionnels
- Mettre à disposition des professionnels et des populations l'information sur l'offre de prévention et de soins
- Développer le travail en réseau à partir des dynamiques locales.

Le service est composé du :

PoPS Département

Annie Liber - médecin Santé Publique
Camille Lecarpentier - Chargée de missions
Anne-Laure Calvet - infirmière animatrice santé
Laurence Lionet - infirmière animatrice santé
pops@pops38.fr

PoPS Nord Isère

Corinne De Pieri - infirmière animatrice santé
Marie Fleischman - infirmière animatrice santé
Gaëlle Echelard - animatrice santé
asni@pops38.fr

PoPS Grésivaudan et Couronne Nord

Lydie Chassan - infirmière animatrice santé
asg@pops38.fr

Nos partenaires :



ANNEXE 2. PRESENTATION DE L'OBIENVENUE SUR LE SITE DE L'OBSERVATOIRE DES NON-RECOURS AUX DROITS ET SERVICES (ODENORE)

Source : Site internet de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)

<http://odenore.msh-alpes.fr/>

Bienvenue sur le site de l'Observatoire des non-recours aux droits et services



A- A A+

Qu'est-ce que le non-recours ?

A l'origine, la question du non-recours renvoie à toute personne éligible à une prestation sociale, qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non information, non réception et non demande, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation.

Odenore

Issu d'une recherche exploratoire sur le non-recours aux services de l'Etat, le constat d'un manque d'outils de mesure et de connaissance a conduit à construire un dispositif d'observation.

Labellisé en Juin 2002 par le réseau **France Qualité Publique**, Odenore a été créé officiellement en mars 2003 comme dispositif du laboratoire **PACTE à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble**.

Installé à la **Maison des Sciences de l'Homme-Alpes**, il anime l'axe « Inégalités, normes, comportements ».

En janvier 2009, Odenore a été créé comme Equipe de Recherche Technologique par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, interne au laboratoire PACTE.

Objectifs

Dans les domaines des prestations sociales, de la santé, de l'insertion sociale et professionnelle, de l'autonomie, de la médiation sociale, des déplacements, de la lutte contre les discriminations ... :

- **Observer** des situations de non-recours, mesurer leur importance, caractériser les populations concernées, enquêter sur les causes.
- **Analyser** les limites de l'intégration sociale par les politiques publiques au regard des phénomènes de non-recours.
- **Diffuser** les connaissances, les données et les méthodes d'identification et d'évaluation du non-recours.
- **Accueillir** la réalisation de stages, de mémoires de Master et de recherches doctorales ; servir de support à des séjours scientifiques dans le cadre de collaborations internationales.

Une observation productrice d'outils utiles pour la recherche et l'action

- Requêtes statistiques sur des bases de données constituées.
- Dispositifs ad hoc de suivi/évaluation au sein de structures administratives ou associatives.
- Enquêtes qualitatives suivant plusieurs techniques : entretien individuel ou collectif, focus group, groupe de qualification mutuelle.
- Ateliers de témoignages.

Une observation articulée à des recherches pour de nombreux organismes

- le CNRS, l'ANR, la DREES-MIRE/ONPES, le PUCA, l'INPES, le PREDIT, l'INCA, ...

Une observation articulée à des recherches pour de nombreux organismes

- le CNRS, l'ANR, la DREES-MIRe/ONPES, le PUCA, l'INPES, le PREDIT, l'INCA, ...

Axes de questionnement

- **Pourquoi des individus ou des populations ne recourent pas, volontairement ou non, à l'offre publique.**
Que ce soit dans des rapports directs aux services prestataires (services publics, associations, entreprises), à des acteurs intermédiaires (organisés ou non organisés) ou dans la participation à des actions collectives soutenant l'accès aux droits.
- **Pourquoi et comment les institutions se saisissent des phénomènes de non recours à l'offre publique.**
Renouvellement du contenu de l'offre publique et organisation spatiale des pratiques sociales (autour de logiques de contrat, d'incitation et de responsabilisation, de proximité, d'accessibilité et de mobilité) ; développement d'outils de connaissance des phénomènes de non-recours ; mise en œuvre de dispositifs d'information, d'expression de la demande sociale, de (re)mise en capacité des individus, de lutte contre les discriminations, de construction d'intérêts collectifs.

Une démarche scientifique fondée sur l'observation

- L'invisibilité des phénomènes de non-recours demande d'articuler trois types de recherche dans une démarche scientifique interdisciplinaire.



ANNEXE 3. PROPOSITION DE STAGE



Politique – Organisations

PoPS

point précarité santé

PROPOSITION DE STAGE

Auteurs de la proposition :

Le Point Précarité Santé (PoPs) regroupe des professionnels de santé agissant pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins des populations démunies, mettre à disposition des professionnels et des populations l'information sur l'offre de prévention et de soins, développer le travail en réseau à partir des dynamiques locales. Le PoPS intervient en Isère. Il est un service de l'association L'Oiseau bleu. <http://pops38.fr/>

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) travaille sur la question de l'accès/non accès aux prestations, aides sociales, dispositifs d'accompagnement, pour interroger l'effectivité et la légitimité des politiques publiques. C'est une équipe de recherche (MESR) interne au laboratoire CNRS « PACTE » de l'IEP de Grenoble. <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/>

Objet :

Travail de documentation et d'analyse des méthodes d'intervention en réseau interprofessionnel à l'œuvre dans des dispositifs de prévention à la santé et/ou d'accès aux soins (eux-mêmes interprofessionnels et donc interinstitutionnels).

- Recherche documentaire sur expériences françaises et étrangères.
- Analyse des méthodes et des outils.
- Synthèse des résultats considérés comme probants par les acteurs.

Conditions :

- Le ou la stagiaire sera accompagné(e) par le Docteur Annie Liber, médecin Santé publique (PoPS), et par Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS (ODENORE). Un dispositif conjoint de suivi de stage sera assuré.
- Le ou la stagiaire participera aux activités des deux structures et pourra s'appuyer sur elles pour accéder à des premières informations et contacts (y compris à l'étranger).
- La maîtrise de l'anglais (au moins lecture de documents) est nécessaire.

Contact :

- Annie Liber / pops@pops38.fr / 04 78 89 31 42 / 33 rue Victor Hugo – 38 610 Gières
- Philippe Warin / philippe.warin@iep-grenoble.fr / 04 78 09 55 63 / Laboratoire PACTE BP 48 – 38 040 Grenoble cedex 9

ANNEXE 4. DEFINITIONS DES TERMES

SANTE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé consiste en un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³³. La constitution de l'OMS annonce que : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale*».

ACCES A LA SANTE

On peut considérer que l'accès à la santé constitue la possibilité de chaque individu à bénéficier d'un « *état de complet bien-être physique, mental et social* ». En France, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) met en avant que la préservation de la santé pose réellement problème. Il existe des inégalités d'accès à la santé en termes d'accès aux soins et de recours aux soins. L'accès aux soins correspond « *au niveau administratif à l'activation des droits liés à la couverture médico-sociale*³⁴ ». Quant à la notion de recours aux soins, elle s'envisage comme « *la faculté de trouver des réponses à des besoins de santé, d'obtenir un diagnostic et un traitement adapté auprès de professionnels de santé*³⁵ ».

PREVENTION

L'OMS précise que la prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir à la santé individuelle et collective. La loi du 4 mars 2002³⁶ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne, pour la première fois en droit français, une définition précise de la politique de prévention : « **la politique de prévention** a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ».

PRECARITE

Joseph Wresinski (fondateur du mouvement « ATD-Quart monde ») annonce que la précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de*

³³ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

³⁴ Rapport - recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité -, Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2007, p.12

³⁵ Ibid.

³⁶ Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

*leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible*³⁷». Cette définition a notamment été reprise par les Nations unies, en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté.

³⁷ <http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite,141.html>

ANNEXE 5. LE NON-RECOURS DE QUOI PARLE-T-ON ? DEFINITIONS ET REPERES

Source : Document de travail extrait du site internet ODENORE –

<http://odenore.msh-alpes.fr/> (décembre 2003)

DEFINITIONS ET TYPOLOGIE

Apparu à propos des prestations sociales, le non recours renvoie à toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison.

A/ Définitions

Cette définition standard produite par convention (par accumulation des travaux d'études sur le non recours à des prestations sociales) divise de fait la population en deux catégories : la population éligible (Ne) et la population non-éligible (Nne).

Un même individu ne peut pas entrer dans ces deux groupes : il est ou il n'est pas éligible au vu des règles d'accès et d'attribution.

Le non recours correspond à la population éligible qui ne reçoit pas un bénéfice (NeNr).

Le taux de non recours est par conséquent le ratio de cette population éligible qui ne reçoit pas un bénéfice sur le total des individus éligibles.

$$\text{Taux de NR} = 100 - \frac{(100 \times \text{NeR})}{\text{Ne}}$$

Malgré sa simplicité, ce taux est cependant loin d'être connu car Ne n'est pas facile à identifier.

B/ Typologie

Non recours primaire : une personne éligible ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée.

Non recours secondaire : une personne éligible demande une prestation, mais ne la perçoit pas.

Non recours tertiaire : une personne informée se voit offrir une proposition de droit ou de service et la refuse.

Non recours partiel : une personne éligible demande une prestation et n'en reçoit qu'une partie.

Non recours complet : une personne éligible demande une prestation et ne reçoit rien.

Non recours temporaire : apparaît entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande une prestation.

ODENORE *De quoi parle-t-on ?* Décembre 2003

Non recours permanent : apparaît quand une personne ne demande pas une prestation entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus.

Non recours frictionnel : dû au non versement complet de prestations alors que des droits sont ouverts.

Non recours cumulatif : une personne éligible à plusieurs prestations n'en perçoit pas plusieurs.

Quasi non recours : une personne répond à toutes les conditions sauf à celle(s) liée(s) au comportement et qui, si elle avait eu une connaissance de la prestation et des conditions d'accès, aurait eu le comportement souhaité pour être éligible.

LES CAUSES DU NON-RECOURS

A examiner à trois niveaux :

- ✓ A partir de la personne et de son comportement,
- ✓ A partir de l'organisme prestataire,
- ✓ A partir du dispositif lui-même, sa complexité conduisant à une incompréhension et/ou à une dissuasion.

Origine du NR	Causes du NR	Illustrations, exemples
Emanant du dispositif de prestations	<ul style="list-style-type: none"> a) Inadaptation des prestations aux besoins b) Rationnement des prestations c) Manque de lisibilité des dispositifs ou des prestations d) Complexité du droit, des démarches administratives e) Effet désincitatif des dispositifs ou des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le dispositif ne peut pas tenir compte de mon urgence... ✓ J'abonne car je sais qu'il n'y a pas de place... ✓ On ne m'a jamais parlé de ce dispositif... ✓ Il faut faire 50 démarches avant, on y comprend rien... ✓ Si je demande cette aide, on va m'en supprimer une autre...
Emanant de l'organisme prestataire	<ul style="list-style-type: none"> a) Dysfonctionnement institutionnel b) Erreur d'interprétation c) Pratique discriminatoire d) Fonctionnements dissuasifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mon dossier est perdu dans les services... ✓ Ils se sont trompés sur mon âge, sur mes ressources... ✓ Si j'étais blanc mon dossier aurait avancé... ✓ C'est la 5^{ème} fois qu'on me demande le même papier...
Emanant de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> a) Manque d'information sur les dispositifs b) Problèmes de compréhension c) Obstacles financiers d) Obstacles linguistiques e) Obstacles juridiques ou réglementaires f) Obstacles culturels ou religieux g) Obstacles psychologiques h) Obstacles psychiatriques i) Obstacles de santé, d'handicap j) Isolement familial et social k) Eloignement géographique l) Résignation, lassitude des institutions m) Négligence n) Stigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Je ne savais pas que cela existait... ✓ Je pensais que je n'y avais pas droit... ✓ Je n'ai pas les moyens d'avoir une complémentaire... ✓ J'ai du mal à comprendre le français... ✓ Je n'ai pas de domiciliation... ✓ Ma religion me l'interdit, la mixité est impossible... ✓ Le guichet me fait peur, je n'ose pas... ✓ Ma maladie ne me permet pas de faire la démarche... ✓ Je suis seul, je n'ai personne qui peut m'aider... ✓ Je suis loin de tout ici, se déplacer est toute une histoire. ✓ J'en ai marre, fatigué de toutes ses démarches... ✓ Je m'en fous complètement... ✓ On nous prend pour des pauvres, on est montré du doigt... ✓ On n'a jamais fait ça chez moi, on n'a jamais rien demandé...
	<ul style="list-style-type: none"> o) Par habitude, par accoutumance p) Calcul et préférence donnée à d'autres solutions 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tout compte fait, j'ai plutôt intérêt à ne rien demander

ANNEXE 6. METHODES ET OUTILS DE RECHERCHE

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Le travail de recherche documentaire s'appuie sur une démarche permettant de constituer une bibliographie scientifique et technique. La méthode est la suivante : aller du général au particulier.

La recherche documentaire débute par une lecture des documents répertoriés dans la bibliographie relative aux réseaux, faite par le POPS. Parallèlement, une recherche sur internet (à l'aide du moteur de recherche Google) est menée. Cela permet de cibler les principaux ouvrages et les revues abordant le thème des réseaux.

Après cette recherche documentaire de base, il est nécessaire de consulter les répertoires bibliographiques. Cela s'accompagne de la consultation des banques de données (en Suisse, France et Belgique). Afin de mener au mieux ce travail, des acteurs sont également contactés (professionnels travaillant pour des revues spécialisés, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES), Institut Renaudot etc.). Ils permettent d'accéder plus facilement à des documents non disponibles en ligne et/ou à des documents non repérés dans les recherches préalables. Au fil des lectures, il est nécessaire de trier les documents afin de ne garder que ceux expliquant le fonctionnement des réseaux de manière générale et documents relatifs à des réseaux santé-précarité.

Pour organiser le fond documentaire, il convient de créer une bibliographie commentée et ciblée. Il ne s'agit donc pas de rendre compte de manière exhaustive de l'ensemble des documents trouvés.

RECHERCHE EMPIRIQUE

La recherche empirique est effectuée auprès *de deux catégories d'acteurs* :

- Les acteurs « ressources³⁸ » sont sollicités suite aux recommandations du POPS et d'ODENORE. Ils aident de par leurs connaissances théoriques/pratiques à la compréhension générale du cadre d'intervention des réseaux santé précarité (contexte politico-institutionnel, ouvrages relatifs à ce thème, expériences de travail en réseaux).
- Les « acteurs-réseaux³⁹ » sont interrogés sur leurs expériences de travail en réseau dans le champ de la santé et de la précarité. Ces acteurs sont contactés après avoir obtenu leurs coordonnées par les acteurs ressources et/ou dans les documents consultés lors du travail de recherche documentaire.

La prise de contact se fait par courriel. Un mail est envoyé à chacun des acteurs pour demander un temps d'entretien. Un descriptif du projet est joint à ce mail.

Lors des *temps d'entretien* avec les acteurs réseaux, une grille sert de support. La méthode retenue pour récolter les paroles d'acteurs réseaux est celle de l'entretien semi-directif. Les entretiens avec les acteurs ressources sont quant à eux, des entretiens ouverts. Aucune grille d'entretien n'est donc mobilisée. L'ensemble des entretiens dure en moyenne une heure et se déroule par téléphone. Les paroles d'acteurs sont prises en notes et retranscrites par la suite sur informatique.

L'analyse des données recueillies lors des entretiens avec les acteurs ressources ne demande pas d'outils ni de méthodes spécifiques. Dans la mesure où ils sont considérés comme une aide pour l'avancée du projet, il n'est pas possible d'analyser méthodologiquement leurs propos. Les entretiens d'acteurs réseaux peuvent à contrario, être analysés. Pour ce faire, deux méthodes sont employées :

- Une méthode d'observation et de mise à plat des données recueillies. Une fiche réseau reprend alors les données recueillies (paroles d'acteurs et/ou documents sur les réseaux où participent des acteurs réseaux) Cette fiche permet de dresser une typologie des RSP
- Une méthode d'analyse qualitative, permettant de répondre aux questionnements initiaux au du projet.

A noter que le projet s'appuie sur les propos de six acteurs ressources et 20 acteurs réseaux⁴⁰. Certains entretiens d'acteurs réseaux réalisés ne sont analysés. En effet, la description faite des réseaux ne correspond pas à la définition d'un réseau santé précarité.

³⁸ Appellation utilisée dans le cadre du projet

³⁹ Appellation utilisée dans le cadre du projet

Ce questionnaire a été réalisé dans le cadre d'un projet mené conjointement par l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) et le Point précarité santé (POPS). Il s'agit d'interroger des professionnels qui participent à un travail en réseau interprofessionnel favorisant la prévention et/ou l'accès aux soins pour des personnes en situation de précarité. Cela permet de mieux envisager les outils et méthodes nécessaires pour se constituer et travailler en réseau. Cela conduit aussi à mieux comprendre les outils et méthodes mobilisés par le(s) réseau(x) en direction des personnes en situation de précarité.

Thème 1 : Connaissance de l'acteur interrogé

But : Connaître les acteurs interrogés et leur degré de participation dans des réseaux

- Quelle est votre fonction ?
- Dans quel service ou quelle institution travaillez-vous ?
- Depuis combien de temps occupez-vous votre fonction ?
- Quelles sont vos principales missions ?
- Quel est votre parcours professionnel/formation ?
- Avez-vous déjà été amené(e) à participer à un réseau dans le champ santé et précarité ? Si oui :
 - Lequel (nom, lieu) ?
 - Depuis quand existe-t-il ?
 - Quels sont les objectifs et missions de ce réseau ?
 - Quels sont les acteurs impliqués ?
 - Quel est le fonctionnement de ce réseau ? (outils et méthodes utilisés pour le fonctionnement de ce réseau)
 - Quelles sont les actions développées ? Quelles sont (ou ont été) les conséquences de ces actions pour leur(s) destinataire(s) ? Permettent-elles une prise en compte des phénomènes de non-recours aux soins ?
 - Avez-vous des documents relatifs à ce réseau qui peuvent m'être transmis ?

Thème 2 : Perception de l'acteur interrogé sur le travail en réseau

But : Connaître la perception de l'acteur sur le travail en réseau

- Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients d'un travail en réseau ?
- Selon vous, comment peut-on arriver à se constituer en réseau ? (= démarche/méthode) Existe-t-il selon vous une méthode et des outils indispensables ?
- Selon vous, comment peut-on arriver à pérenniser un travail en réseau ? Existe-t-il selon les outils et méthodes nécessaires ? Selon vous les actions développées dans les réseaux santé-précarité permettent-elles une prise en compte des phénomènes de « non-recours » aux soins ?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous avez envie d'ajouter sur votre expérience de participation à un réseau ?

Thème 3. Connaissance d'expériences de travail en réseau « santé et précarité »

But : Connaître des expériences de travail en réseau ainsi que les méthodes et les outils utilisés pour travailler en réseau

- Pouvez-vous nommer les réseaux interprofessionnels favorisant la prévention et/ou l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité que vous connaissez ?
- Connaissez-vous les objectifs et les missions de ce(s) réseau(x) ?
- Quels sont les acteurs impliqués dans ce réseau ?
- Savez-vous si des outils et/ou des méthodes spécifiques ont été mobilisés pour constituer le(s) réseau(x) ? Si oui, lesquels ?
- Selon vous, en quoi ces outils/méthodes seraient-ils innovants ?
- Quelle est votre évaluation des outils utilisés par le réseau (points forts, difficultés et limites, phase de mobilisation ou de pérennisation ...) ?
- Pourriez-vous m'indiquer le nom d'une personne –ou plusieurs – à contacter ?

FICHE RESEAU

Localisation	
Durée d'existence	
Origine	
Objectifs	
Public(s) visé(s)	
Méthode de travail	
Moyens financiers et humains	
Actions/réalisations du réseau	
Spécificités	

GRILLES D'ANALYSE

Grille 1 : Données objectives

	Questions	Descriptif des résultats	Noms des réseaux – personnes interrogées
Constitution des réseaux <i>But : comprendre la genèse des réseaux</i>	Quel est l'origine du réseau ? (et/ou depuis quand existe t'il ?)	Est-ce qu'un réseau fait suite aux besoins repérer sur le terrain ? Fait-il suite à l'affichage d'une volonté institutionnelle- politique ? Les deux ? => Mise en exergue des tendances de constitution des réseaux.	
Les objectifs du réseau <i>But : mesurer la diversité des objectifs des réseaux santé précarité</i>	Quels sont les objectifs et les missions du réseau ?	=> Mise en avant des objectifs les plus prégnants des réseaux	
La structuration des réseaux <i>But : comprendre les différentes structurations possibles des réseaux</i>	Comment est financé le réseau ?	=> Descriptif des sources de financements possibles.	
	Quelle est la structure juridique du réseau ?	=>	
	Quels sont les couts engendrés par le réseau ?	Analyse qualitative Est-ce que les couts du réseau sont importants ? s'agit-il de couts liés à un financement de poste et/ ou d'actions ?	
	Qui sont les membres du réseau ?	Analyse qualitative : => Les membres du réseau sont-ils des professionnels de terrain, des usagers et/ ou des responsables de structures.	
	Les usagers/patients sont-ils intégrés dans le réseau ?	Analyse qualitative : => Si oui, de quelle manière ?	
Le fonctionnement <i>But : comprendre les méthodes et les</i>	Comment les membres du réseau sont-ils intégrés au réseau ?	Analyse qualitative et qualitative : => Combien de réseaux ont une charte ? La charte doit-	

<i>outils mobilisés par les réseaux.</i>	Existe-t-il une charte ?	elle être obligatoirement signée ? Qui la signe ?	
	Existe-il des réunions entre les membres du réseau ?	Analyse qualitative : => modalités de rencontres et objets de rencontres.	
	Quels sont les outils (de communications) mobilisés par le réseau pour son fonctionnement ?	Analyse quantitatives et qualitative	
	Le réseau est-il coordonné ? Si oui, par qui ?	Analyse qualitative et quantitative ? => comment de réseaux sont coordonnées ? => Si ils sont coordonnées, qui coordonne ? Un membre tiers du réseau ? Une personne définie ? Une personne extérieure du réseau ?	
	Quelles sont les évolutions du réseau ? (changement de statut, changement de membres....)	Analyse qualitative : => Combien de réseaux estiment avoir évolué ?	
Les activités des réseaux <i>But : comprendre les actions mises en œuvre par les réseaux</i>	Quelles sont les activités/actions du réseau ? Les actions s'adressent-elles aux professionnels et/ou au public précaire ? (description des actions)	Analyse qualitative (et quantitative) concernant les productions => définition des différents types de productions des réseaux : s'agit-il de productions matérielles/immatérielles ? Les productions du réseau se résument-elles aux outils mis en place par le réseau (à savoir, la coordination, les formations, la communication ...)	
	Quelles sont les conséquences de ses actions/activités ?	Analyse qualitative : les conséquences sont-elles avant tout pour les professionnels et/ou pour les usagers. Est-ce que les conséquences des productions répondent-elles ou non aux objectifs du réseau ?	
	Les actions permettent-elles une prise en compte du non-recours ?	Analyse qualitative et quantitative : => Est-ce que les personnes interrogées connaissent la notion de non-recours ? => mise en avant des tendances des productions du réseau (schématisation sous la forme d'une échelle)	

Grille 2 : Données subjectives

	Descriptif	Résultats	Réseaux
<p>La plus value des réseaux ? <i>But : essayer de mesurer les éventuelles difficultés des réseaux et les avantages des réseaux</i></p>	<p>Quels sont les avantages et les inconvénients des réseaux ?</p>	<p>=) mise en avant des difficultés des réseaux</p>	
<p>Constitution des réseaux <i>But : Comprendre la perception des acteurs sur les méthodes et les outils utilisés pour se constituer en réseau</i></p>	<p>Quelle est la méthode de constitution d'un réseau ? Quels sont les outils nécessaires au fonctionnement du réseau ? Quelles sont les méthodes liées à la structuration d'un réseau ?</p>	<p>=) Est-ce que les personnes estiment qu'il est possible de décrire une seule et même méthode ?</p>	
<p>Pérennisation des réseaux <i>But : comprendre la perception des acteurs sur la pérennisation des réseaux et les méthodes/outils utilisés.</i></p>	<p>Quelles sont les méthodes et les outils nécessaires au processus de pérennisation d'un réseau ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les personnes estiment que la pérennisation est nécessaire ? - Quelles méthodes (structuration ?) quels outils ? 	
<p>Prise en compte du non-recours ? <i>But : comprendre si selon les acteurs, les réseaux prennent en compte ce phénomène de non-recours aux soins.</i></p>	<p>Les actions développées par les réseaux santé-précarité permettent-elles une prise en compte des phénomènes de non-recours aux soins ?</p>	<p>Description des explications</p>	

ENTRETIENS RETENUS POUR L'ETUDE

ACTEURS RESSOURCES

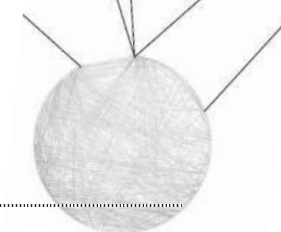
- Le Mener Erwan : Sociologue
- Ménard Didier : Membre fondateur de la Coordination Nationale des Réseaux,
- Poulizac Morgan : Responsable communication et responsable de la cellule santé au commissariat des solidarités actives.
- Tessier Stéphane : président de l'association Regard, consultant pour le réseau de santé Créteil solidarité.
- Tuleu Fabien : Directeur de l'Institut de formation de Travail Social à Pau

ACTEURS RESEAUX

- Bussadori, Carole réseau santé-précarité 48
- Calvet Anne-Laure Calvet, groupe santé-social du Roussillon
- Chesneau Carl, réseau de santé de proximité de Créteil
- Cottain Claudine, réseau d'accès à la santé pour tout (St Nazaire)
- Dantel C(prénom oublié), réseau médico-social de Lorient
- De Goer Bruno, réseau santé-précarité du bassin Chambérien
- Dubois Sophie, Pôle santé primaire
- Ely Carole, plateforme santé-précarité du Bas-Rhin
- Estecahandy Pascale, réseau santé-précarité de Toulouse
- Lazzari Marina, réseau santé solidarité Lille Agglomération
- Liber Annie, groupe santé St Marcellin
- Lionet Laurence, réseau Adoma
- Meyer Géraldine, Groupe réseau santé social sans abris Avignon
- Ledernez Isabelle, réseau médico-social (Antibes Juan les Pins)
- Pezon Jean, réseau médico-social biterrois

Certains entretiens ont été réalisés mais n'ont pas été retenus pour le rendu écrit.

BIBLIOGRAPHIE SUR LES RESEAUX SANTE PRECARITE



Cette bibliographie commentée n'est pas une liste de toutes les publications sur les réseaux et/ou sur les réseaux santé-précarité. Il s'agit d'un choix de références.

DECOUVRIR LA NOTION DE « RESEAU D'ACTEURS »

FRANCO B. et BODEUX F., *présentation power point « Réseaux, vous avez dit réseaux », unité de sociologie de l'Université Catholique de Louvain, date non précisée.*

Lien internet : http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/reseaux/index_html

Apports sociologiques sur l'usage du mot « réseau », ses dimensions ainsi que sur les enjeux liés aux pratiques des réseaux

LEMIEUX F, *Les réseaux d'acteurs sociaux*, édition PUF, Paris, 1999.

Un réseau social est un ensemble de relations entre un ensemble d'acteurs. Cet ouvrage étudie l'interaction ou l'action réciproque entre les acteurs sociaux.

MATHIEU L. *Le réseau, sens et usages*, les cahiers de l'actif n°324-325, mai/juin 2003, pp.12-20

Réflexion sur la notion de réseau dans les sciences sociales contemporaines et sur le fonctionnement de ce type d'organisation.

NEUSCHWANDER C. *Les réseaux : singularité et légitimité*, revue prévenir, n°27, 2 semestres 1994, pp.5-10

Définition du terme réseau, explications sur ce que sont les réseaux d'acteurs et l'importance de la symbiose entre les acteurs.

REFLECHIR SUR LES PRATIQUES DES RESEAUX

ARWIDSON P, *Le réseau, réflexion critique*, Revue Prévenir, n° 27, 1994, pp.169-172.

Un réseau est une réponse à un problème complexe qu'aucune personne ou institution n'est capable de résoudre seule. Il est avant tout une affaire de communication et nécessite des financements et des compétences.

BRIXI O, *Les réseaux de santé de proximité : une pratique adaptative ou une pratique de changement ?*, Revue Prévenir, n°32, 1997, pp. 185-188.

Les pratiques en réseaux ne datent pas d'aujourd'hui. Elles ont traduit un effort de coordination palliative à l'éclatement et au dysfonctionnement des structures et des équipes face à des problématiques lourdes. Les réseaux apparaissent dans le champ médico-social sous l'effet de deux problématiques : l'aggravation des inégalités sociales avec des conséquences au plan de l'accès aux droits sociaux ainsi qu'aux blocages du système de protection sociale.

BERTOLOTTO F., *Le recours aux réseaux : un enjeu de santé publique*, Revue Prévenir n°27, 1994, pp. 157-163

L'intérêt pour le recours aux réseaux en tant qu'outil d'intervention susceptible de répondre à un certain nombre de questions posées aux acteurs de santé, interroge les politiques publiques de santé, tant ce modèle apparaît en opposition avec le mode de fonctionnement dominant dans le système de santé actuel

BERTOLOTTO F., *La difficulté d'évaluation des réseaux de « santé »*, la revue la santé de l'homme, n°369, janvier-février 2004, pp.21-22

Les réseaux peuvent être soumis à l'évaluation, depuis que les textes institutionnalisent les réseaux dans le domaine de la santé. L'évaluation bénéficie davantage aux réseaux qui ont des activités centrées sur la délivrance de prestations de santé, plutôt qu'à ceux centrés sur la promotion de santé.

BURNIER M-J, *Le travail en réseau : panacée ou danger pour la promotion de la santé ?* Le bulletin Partage, 2001

Lien interne : <http://www.refips.org/files/international/Partage%20Vol.9%20No.1%20%C9t%E9%202001.pdf>

Rappel sur les conditions préalables au travail en réseau, les aspects positifs ainsi que les aspects négatifs d'un travail en réseau.

CHOSSEGROS P., LAGUILLAUME C., *Soutenir davantage les réseaux sanitaires et sociaux*, la revue la santé de l'Homme n°369, janvier-février 2004, pp.17-18

La Coordination Nationale des Réseaux dresse un bilan de son action et souligne le chemin parcouru grâce à ce travail de proximité. Toutefois, le temps est venu de donner à ces réseaux davantage de moyens pour poursuivre leur travail.

COORDINATION NATIONALE DES RESEAUX : *Réseaux de santé : la qualité en pratique, contributions à une démarche collaborative d'amélioration de la qualité de santé*, volume 1, 2003

Explication des principes directeurs permettant à un réseau d'être de bonne qualité. Il s'agit de bien définir le projet, de prendre en compte le facteur « temps », d'être dans de la coopération non-hiérarchique, de mettre en œuvre une bonne coordination, être une instance d'innovation permanente, et de prendre en compte les affects.

DRAHI E., Comment s'amorce un réseau, revue TLM n°47, avril-juin 2002, pp.4-5

Mise en avant des obstacles et des solutions imaginées pour favoriser la coopération entre médecins et travailleurs sociaux.

DUMOULIN P, DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale, éd. Dunod, Paris, 2006

Le réseau s'impose en force comme un outil susceptible de régler les difficultés liées aux problématiques nouvelles. Il est toutefois nécessaire de coordonner les actions entre les partenaires d'un réseau. Après une approche contextuelle autour de l'émergence des réseaux, les auteurs apportent des définitions de ces différentes formes organisationnelles.

ELGHOZI B. présentation power point d'une intervention au café réseau, Les réseaux de santé, bilan et perspectives, juin 2008

Lien internet : http://www.urml-idf.org/urml/cafe_2008/08061701.pdf

Rappel sur cadre législatif des réseaux dans le domaine de la santé, des méthodes de construction des réseaux et leurs perspectives

HUARD P, MOATTI J-P, Introduction à la notion de réseau, Revue Gestions Hospitalières, Décembre 1995, pp. 735-738.

Lien internet : <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/selection/huard.htm>

Description des différents types de réseaux et des mécanismes de coordination.

LARCHER P, Des réseaux dans tous leurs états à l'Etat dans tous ses réseaux, Revue Prévenir n°32, 1997, pp. 177-184.

Le fonctionnement en réseau n'a que rarement besoin d'explicité car il est dans la nature même des relations professionnelles, subvertis le fonctionnement institutionnel, par essence hiérarchique et cloisonnant. Pour autant, la reconnaissance juridique des réseaux

MICHEL J., Les réseaux : un mode de fonctionnement à définir, à caractériser et évaluer, revue prévenir, n°27, 1994, pp.11-18

Rappel sur les avantages et les inconvénients d'un travail en réseau, les temps de vie par lesquelles passent les réseaux ainsi que leurs caractéristiques fonctionnelles.

NADOT GHANEM N., Conjuguer les différentes logiques d'acteurs, revue KRANKENPFLEGE soins infirmiers, 2005, pp.41-43

L'interdisciplinarité est un élément indispensable au travail en réseau. Les professionnels doivent alors être suffisamment experts dans leur domaine d'intervention et doivent être en mesure de transférer leur expertise à d'autres professionnels.

NOCK F. *Et si l'on parlait efficacité des réseaux ?* , Dossier promotion de la santé, le temps des réseaux, revue de la santé de l'homme n°369, janvier-février 2004, pp.19-21.

Indispensables aux politiques de prévention et de promotion de la santé, les réseaux doivent partager réflexion et d'informations pour être efficaces. Leurs membres doivent être formés à partir d'une culture commune.

RITTER C, MAIMUNDO M. *les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre, rapport du service de planification sanitaire qualitative, Suisse, 2002*

Lien internet : http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/modalite/index_html

Ce rapport présente les conclusions issues d'un travail d'analyse de littérature sur les réseaux, de la réalité décrite par les acteurs de réseaux et de celle observée au contact de deux réseaux genevois.

SCHWEYER F-X, LAVASSEUR G., PAWLIKOWKA T., *créer et piloter un réseau de santé, un outil pour les équipes*, éd. ENSP, Rennes, 2002

Cet ouvrage validé par des professionnels reprend les étapes de création d'un réseau et les points clés de son management.

SOULIE A-M., *Le travail en réseau : une solution en matière de santé*, revue gestion hospitalière, 1995

Lien internet : http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/travaillenreseausolutionsante/index_html

Présentation des conditions nécessaires pour travailler en réseau (définir un fonctionnement, être centré sur un objet, comprendre tous les acteurs interpellés par un problème, aucune hiérarchie entre les membres, réfléchir au système d'information, organiser des formations et évaluer l'action). Il est également expliqué les conséquences du travail de réseau : rémunérations, financements.

DECOUVERTE D'EXPERIENCES ET DE PRATIQUES DE RESEAUX SANTE-PRECARITE

L'expérience du « Groupe Réseau Santé-Social des Sans Abris du grand Avignon » (GRSSAA)

Mémoire BOUTELOUP MAZURE Marion (inspecteur de l'action sanitaire et sociale, promotion 2007-2009), Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2009,

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/Iass/2009/bouteloup_mazure.pdf?19K84-6XK0D-KQX44-W08MG-X64G9

Réseau santé précarité Toulousain

Site internet du réseau : <http://sante.precarite.free.fr/>

Réseau Sanitaire et Social des Pratiques Coopératives de Créteil

Présentation power point de l'intervention d'ELGLOZI B. et de HAMMEL E. *Le réseau de Créteil, quinze années de pratiques*, conférence le développement des réseaux de santé, novembre 2004, Paris

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/reseaux_sante/actes_doc/elhgozi.pps

Présentation power point de l'intervention d'ELGHOZI B., L'expérience de Créteil, conférence Régionale de Santé, Décembre 2009, Bobigny

<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/4-reseaux-sante-territoires.pdf>

Réseau santé solidarité Lille métropole

Site internet du réseau: <http://www.sante-solidarite.org/>

Réseau santé-précarité Antibes

Site internet du réseau : <http://www.ccas-antibes.fr/Services/reseau-sante-precarite.htm>

Réseau médico-social Biterrois

Site internet du réseau : <http://www.beziers-agglo.org/vivre/cohesion-sociale-habitat/sante.cfm>

Réseau santé précarité Lorient

Lien internet présentant le réseau : <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=507>

Plateforme santé-précarité du Bas-Rhin :

Communiqué présentant la plateforme : <http://alsace.sante.gouv.fr/dep1/actions/communiques/communiqu05.htm>

Réseau santé-précarité Belgique

Rapport les réseaux de santé, commission communautaire Française, 2004, pp. 25-34

<http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/reseausante2/>

ANNEXE 7. GRILLE DE COMPETENCES

Les compétences nécessaires à ce projet se distinguent entre : des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être.

Les savoirs

Objectifs	Critères	Indicateurs
Connaitre des réseaux interprofessionnels à l'œuvre dans les dispositifs de prévention à la santé et/ou d'accès aux soins	Existence	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de définir ce qu'est un réseau interprofessionnel. - Capable de citer plusieurs réseaux existants
	Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de différencier ce qui relève des réseaux interprofessionnel de ce qui n'est n'en est pas. - Capable de justifier pourquoi un réseau est interprofessionnel.
Identifier les différents acteurs intervenants dans le cadre de réseaux interprofessionnels	Existence	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de repérer des acteurs intervenants dans des réseaux interprofessionnels - Capable de différencier les missions des acteurs
	Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de justifier pourquoi un acteur intervient dans un réseau interprofessionnel.
Identifier les méthodes et outils constitutifs aux réseaux interprofessionnels	Existence	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de repérer les méthodes et outils nécessaires à la construction d'un réseau interprofessionnel - Capable de repérer les méthodes et outils nécessaires à la pérennisation du réseau interprofessionnel.
	Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de comprendre les méthodes et outils mobilisés dans un réseau

Savoir-faire

Objectifs	Critères	Indicateurs
Faire un choix d'outils pour mener l'enquête	Existence	<ul style="list-style-type: none">- Capable de faire un choix pour une méthodologie d'enquête- Capable de créer des outils et utiliser des logiciels (si nécessaire) pour mener l'enquête
	Pertinence	<ul style="list-style-type: none">- Capable de justifier de la pertinence (ou non) du choix de la méthodologie- Capable de justifier les choix des outils méthodologiques
Traiter les données recueillies	Existence	<ul style="list-style-type: none">- Choisir des indicateurs pour le traitement des données recueillies auprès des acteurs et dans des documents- Capable de traiter les données
	Pertinence	<ul style="list-style-type: none">- Etre capable de sélectionner les données (documents, expériences) les plus pertinentes
Faire une synthèse des données recueillies (auprès des acteurs et dans les documents consultés)	Existence	<ul style="list-style-type: none">- Capable de faire une fiche synthétique avec des documents/expériences concernant les réseaux interprofessionnels (acteurs, réseaux existants, méthodes/outils)- Capable de faire une fiche avec les difficultés exprimées par les acteurs rencontrés lors de la mise en place de réseaux.
	Cohérence	<ul style="list-style-type: none">- Capable de justifier les données choisies pour faire les fiches synthétiques- Capable de présenter des fiches pouvant être utilisables par les acteurs de terrain

Les savoir-être

Objectifs	Critères	Indicateurs
Etre en relation professionnelle, c'est à dire être en capacité d'élaborer, gérer et transmettre de l'information écrite et orale	Existence	<ul style="list-style-type: none">- Construire des outils de transmission de l'information- Savoir présenter et ajuster le projet- Présenter le bilan à la fin du stage
	Pertinence	<ul style="list-style-type: none">- Adapter mon mode de communication selon les personnes rencontrées- Echanger et construire des pistes de travail avec les personnes encadrant le stage
	Efficacité	<ul style="list-style-type: none">- Ajuster mes modes de communication en fonction des retours lors des rencontres avec les personnes encadrant le stage ainsi que les professionnels rencontrés (professionnels travaillant sur la question des réseaux)