

RESTITUTION

« REGARDS CROISÉS : SANTE X SOCIAL » :

Comment améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de
précarité ?

-

A Quimper le 07/11/2024



Améliorer l'accès aux soins
des personnes en situation
de grande précarité

WORK-CAFÉ et COCKTAIL

REGARDS CROISÉS SANTÉ & SOCIAL

LES HALLES SAINT-FRANÇOIS
16 quai du Steir QUIMPER

Évènement Gratuit
Inscription Obligatoire

De 18h00
à 21h00 **07 NOVEMBRE**

TABLE DES MATIERES

I) CONTEXTE.....	3
II) METHODOLOGIE	4
III) RESTITUTION DES ECHANGES	4
III.1) SITUATION 1 : « RICHARD »	4
<i>Présentation de la situation fictive de Richard</i>	4
<i>Travail des participant-e-s</i>	6
<i>Constats des participants</i>	6
<i>Propositions des participants</i>	7
<i>Ressources présentes sur le territoire</i>	8
III.2) SITUATION 2 : « SEKOU »	9
<i>Présentation de la situation fictive de Sékou</i>	9
<i>Travail des participant-e-s</i>	10
Propositions des participants	11
1/ Faciliter et systématiser l'usage de l'interprétariat dans les entretiens individuels et consultations	11
2/ Faciliter l'accessibilité des formations Français langue étrangère (FLE) ou autre type de formation pour apprendre à maîtriser la langue française	12
3/ Proposer des outils inclusifs présentant des solutions de traduction.....	12
4/ Décloisonner les secteurs du social et de la santé	13
5/ Favoriser l'interconnaissance entre secteur social et secteur de la santé	13
6/ Développer différents outils <i>d'aller-vers</i>	13
7/ Développer la médiation interculturelle	14
8/ Faciliter l'inclusion dans la ville	14
9/ Développer les moyens des PASS	15
10/ Prendre en compte les parcours migratoires et les différences culturelles dans la prise en charge de la santé mentale .	15
11/ Réhabiliter les principes fondamentaux des services publics	15
Ressources sur le territoire	15
III.3) SITUATION 3 : « SOPHIE »	16
<i>Présentation de la situation fictive de Sophie</i>	16
<i>Travail des participant-e-s</i>	18
Propositions des participants	19
1/ Faciliter l'accès aux professionnels de santé	19
2/ Prévenir et repérer les situations de fragilité, autant sur le volet social que sanitaire	19
3/ Améliorer la prise en charge et le repérage de la dépression post-partum.....	20
Ressources sur le territoire	21
III.4) RECAPITULATIF DES RESSOURCES MOBILISABLES ACTUELLEMENT SUR LE TERRITOIRE AINSI QUE DES OUTILS NUMERIQUES POUVANT AIDER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS ET PROFESSIONNELLES	21
<i>Ressources du territoire</i>	21
<i>Outils</i>	22

I) Contexte

En 2023, à la suite de la « Journée Régionale Santé x précarité » organisée par la FAS Bretagne à Brest, réunissant près de 450 participant·e·s ; nous avons mis en place des groupes de travail dans chaque département. Ces groupes réunissaient des adhérent·e·s de la FAS Bretagne et portaient tous sur « l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ».

Dans ces groupes de travail, les différents freins à l'accès aux soins que rencontrent les personnes accompagnées par les structures adhérentes à la FAS - c'est-à-dire des personnes en situation de grande précarité et d'exclusion – ont été évoqués.

Ces personnes sont parfois victimes de refus de soin pour différentes raisons : parfois, il leur est réservé un plus mauvais accueil qu'à une personne lambda ; pour certaines, c'est l'ouverture de leurs droits à la santé qui est entravée ; pour d'autres l'utilisation de l'interprétariat lors d'une consultation leur est refusé ; ou encore, entre autres exemples, elles sont parfois blacklistées des cabinets médicaux ou dentaires à la suite de RDV non honorés.

Parfois ce sont les personnes elles-mêmes qui renoncent aux soins : par peur de la blouse blanche, par manque de solution de garde pour les enfants, par manque de ressources financières, ou encore par manque de confiance dans les institutions soignantes.

Chacun de ses freins sont multifactoriels. Ils viennent d'un manque de souplesse du secteur sanitaire lié à l'organisation du système de soins ; d'un manque de connaissance des particularités du public en situation de grande précarité ; de délais de RDV extrêmement longs qui eux-mêmes viennent du manque d'effectifs médicaux sur le territoire ; et ainsi de suite. Ces fils pourraient être déroulés à l'infini, ils nous amèneraient tous à des facteurs structurels et systémiques. La FAS Bretagne et ses adhérent·e·s ont bien conscience que ces deux secteurs, celui du sanitaire et celui du social, sont tous deux en crise ; du fait d'un manque d'attractivité de ces professions ; du fait de coupes budgétaires répétitives ; de contraintes temporelles toujours plus pressantes et enfin d'une injonction à la rentabilité.

L'un des freins à l'accès aux soins des personnes en situations de précarité repéré par le groupe de travail « accès aux soins – département 29 » est le manque d'interconnaissance entre les professionnel·le·s du secteur social, qui accompagnent les personnes en situation de précarité ; et les professionnel·le·s du secteur de la santé, qui les soignent. Nous avons donc souhaité organiser ce temps d'échange entre professionnel·le·s du territoire Quimpérois afin de favoriser l'interconnaissance entre ces deux secteurs ; pour que Santé et Social arrivent à travailler ensemble au profit des personnes concernées.

II) METHODOLOGIE

Des témoignages ont été recueillis auprès de professionnel-le-s, à la fois du social et de la santé, salarié-e-s dans des structures adhérentes à la FAS Bretagne.

Trois situations fictives de personnes accompagnées ont été construites à partir de ces témoignages : celles de Richard, Sékou et Sophie.

Les participants et participantes ont été préalablement répartis en 3 équipes, selon leurs fonctions et structures d'exercice. Un work-café a ensuite organisé, dans lequel chaque équipe, tour à tour, a travaillé sur chacune des situations pour réfléchir à différents types de solutions, dans un monde idéal, débarrassé de toute contraintes ainsi que dans un monde réel.

Nombre de participant-e-s : 16 participants et participantes

III) RESTITUTION DES ECHANGES

III.1) Situation 1 : « Richard »

Présentation de la situation fictive de Richard

Désert médical – oublis de RDV / RDV non honorés – Addictions – vieillissement prématuré – refus de soin

Richard est un homme de 52 ans qui parle le français.

Parcours biographique :

Richard a un long parcours d'errance à son actif. Suite à un licenciement en 2005, il commence à développer des troubles d'addiction à l'alcool. En 2010, il se sépare de sa compagne. Ne pouvant plus régler son loyer, il contracte des dettes (loyers impayés) et est contraint de quitter son logement. Il vit d'abord quelques temps dans sa voiture, qui finit, en 2013, par être enlevée par la fourrière. N'ayant pas les moyens de régler les frais de fourrière, il abandonne sa voiture et se retrouve à la rue. Tout ce temps, c'est la consommation d'alcool qui lui permet de tenir le coup. En 2021, Richard est repéré par une équipe de maraude qui crée petit à petit un lien de confiance avec lui. Les travailleurs sociaux réussissent à l'amener vers un accueil de jour, au sein duquel il travaille – avec l'aide des professionnel-le-s - sa situation administrative. En 1 an et demi, il refait sa pièce d'identité, il fait sa demande de RSA, il fait une demande d'hébergement, ouvre ses droits à la santé. Une chose après l'autre, petit à petit, à son rythme.

En 2023, bonne nouvelle, Richard obtient une place d'hébergement en CHRS !

Parcours de santé :

Lorsque Richard commence à fréquenter l'accueil de jour (2021), il réalise assez rapidement une demande, celle de faire une cure de désintoxication alcool. « Si je continue à boire, je vais crever. Il faut que j'aie en cure ». A ce moment-là, ses droits de santé ne sont pas encore ouverts. Richard doit d'abord régulariser sa situation administrative avant de pouvoir accéder à une cure.

Lorsque ses droits de santé sont enfin ouverts, Richard n'a plus envie de se sevrer de l'alcool. C'est une chose régulière sur ses publics, qui (sur)vivent au jour le jour, ils « vivent dans l'immédiateté ». Une demande peut être formulée, mais, si aucune réponse n'est apportée rapidement, d'autres préoccupations deviennent alors prioritaires.

Richard est suivi au CSAPA de Quimper depuis début 2023, pour ses problématiques d'addiction. Il oublie régulièrement ses RDV, l'équipe sociale du CHRS essaye de lui rappeler ses RDV la veille et le jour même.

L'état de santé de Richard est très dégradé.

Ses capacités cognitives sont diminuées, probablement du fait de ses consommations d'alcool ses 19 dernières années. Il oublie facilement du jour pour le lendemain ses rendez-vous, les activités qu'il a faites la veille, les personnes qu'il a rencontrées, il a du mal à raconter ce qu'il a fait dans sa journée, etc... Les professionnels du CHRS sur lequel il est actuellement accompagné, suspectent un syndrome de Wernicke-Korsakoff¹ et parlent, au sujet de Richard d'un vieillissement prématuré.

En 2019, amené en urgence par les pompiers à l'hôpital, un stent lui a été posé pour pallier son athérosclérose. Il est diabétique et fait de l'hypertension. Richard aurait besoin de vivre dans une structure adaptée, ayant au moins une surveillance médicale.

Richard a du mal à se déplacer et chute régulièrement dans les escaliers du CHRS qui lui permettent d'aller de la terrasse où il fume ses cigarettes à sa chambre. Le bâti du CHRS n'est pas adapté à ses difficultés de mobilité. Lors de sa dernière chute il s'est fait une rupture des ligaments croisés (mai 2024). Il a été pris en charge à l'hôpital.

Problématique de Richard :

Richard n'a pas de médecin traitant. C'est très difficile pour lui d'aller vers le soin. Lorsqu'il obtient un RDV, une fois sur deux il oublie de s'y rendre. Il a vu plusieurs médecins différents, toujours dans des situations d'urgence. Aucune n'a pour l'instant abouti sur une déclaration de médecin traitant.

La semaine dernière, à force de persuasion et d'insistance de la part de l'équipe sociale, il a enfin obtenu un premier RDV de suivi avec un médecin libéral installé à Quimper.

L'équipe sociale était très contente. Enfin, Richard va pouvoir entamer un vrai suivi médical, pour compléter son suivi addicto réalisé par le CSAPA. Enfin, Richard va pouvoir avoir un suivi pour ses ligaments croisés. Il va peut-être être diagnostiqué pour le syndrome de Korsakoff. L'équipe sociale entrevoit déjà une orientation logement plus adaptée à ses problématiques de santé qu'elle attribue au vieillissement prématuré (diminution des capacités cognitives, pathologies chroniques).

Pour l'occasion, une travailleuse sociale accompagne Richard à son RDV, « celui-ci, il ne faut pas le louper ! ». Richard a son dossier médical avec lui, ou du moins tous les documents que l'équipe a réussi à récupérer pour retracer son parcours d'errance médicale.

A l'issue d'une consultation de 15 minutes, le médecin indique à Richard que c'est une bonne chose d'entreprendre un suivi médical avec un médecin ; qu'en effet, ses problématiques de santé nécessitent des visites régulières et un suivi au long court.

Seulement, lui, ce médecin-là, n'est pas en capacité de le prendre comme patient. Ses problématiques sont trop complexes, trop lourdes.

¹ Dans le manuel MSD, le syndrome de Wernicke-Korsakoff est défini comme « une forme inhabituelle d'amnésie qui associe deux troubles : un état confusionnel aigu (encéphalopathie de Wernicke) et un type d'amnésie à long terme appelé syndrome de Korsakoff ».

« L'**encéphalopathie de Wernicke** provoque une perte d'équilibre, une instabilité à la marche, des problèmes de mouvements oculaires, une confusion et une somnolence ».

« Le **syndrome de Korsakoff** peut initialement provoquer une perte sévère de la mémoire des événements récents. La mémoire d'événements plus lointains dans le passé semble moins altérée. Les personnes peuvent avoir une vie sociale et s'entretenir avec les autres de façon cohérente, même ils ne se souviennent pas ce qui s'est passé dans les jours, mois, années ou même dans les quelques minutes précédentes ». Ce syndrome, d'origine multifactorielle, est en partie causé par une carence en vitamine B1 et peut donc apparaître suite à un trouble de la consommation d'alcool ainsi que des formes sévères de malnutrition.

Les participants constatent également que les cures ne sont pas suffisamment accessibles pour les personnes en situation de précarité et souffrant de troubles d'addiction, publics nécessitant une réponse « dans l'immédiateté », du fait de délais d'attentes très longs qui peuvent ainsi les décourager.

Un autre constat posé par les participants est la difficulté qu'ont les professionnels de deux secteurs différents : social et santé, voire à l'intérieur d'un même secteur (spécialités différentes) à travailler ensemble du fait de l'organisation du système de soin en silo, qui, selon les participants, provoquent le désengagement des personnes de leurs parcours de soin. Il manquerait alors un système simple de partage d'information et d'accès aux données.

Propositions des participants

Les participants et participantes ont réalisé un certain nombre de propositions qui pourraient améliorer l'accès aux soins de Richard (personnage fictif) mais également d'autres personnes dans des situations plus ou moins similaires.

La première est l'ouverture de **cabinets médicaux sans RDV**.

La problématique du logement a été longuement discutée, et a donné lieu à plusieurs préconisations :

- Les participants ont proposé le **déploiement massif du programme un chez soi d'abord**.
- Ils ont également proposé que toute personne faisant l'objet d'une expulsion de son logement **se voit proposer une autre solution de logement** afin de respecter le droit au logement opposable (DALO)
- Ils ont également proposer la mise en place d'un inventaire des logements vacants et vides, et de développer une politique **obligeant les propriétaires de logements vides à les mettre à disposition du logement social voire du logement d'abord**.
- Comme les besoins de chaque personne peuvent être différents, il a été proposé de **développer autant de logements collectifs que de logements individuels** afin de pouvoir proposer différentes solutions de logement aux personnes en fonction de leurs besoins. Il a également été proposé que l'attribution de ces logements soit réalisée **en fonction des besoins des personnes et non plus en fonction de leurs possibilités de financements**.
- Les participants ont également préconisé le **déploiement en masse de structures** permettant d'offrir une possibilité de **logement**, couplée à un **accompagnement social ET un accompagnement médical**.

Enfin, pour les participants, proposer des solutions de logement adaptés aux personnes dépourvue de logement relève d'un choix politique fort de lutter contre les exclusions.

Afin de prendre en compte l'accompagnement nécessaires pour les personnes présentant un trouble de **Wernicke-Korsakoff**, les participants et participantes préconisent de **développer des structures spécialisées** dans cet accompagnement, de type foyers d'accueil médicalisés spécialisés dans la prise en charge de ce public ou d'autres type de structures adaptées.

Pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de vieillissement prématuré, les participants préconisent l'ouverture des « **foyers logement** » **et des EHPAD avant l'âge de 60 ans**. Actuellement il existe des dérogations, mais qui ne sont que très peu attribuées. Si tel était le cas, il faudrait cependant veiller à former et

sensibiliser les professionnels de ces établissements aux spécificités de ces publics afin qu'ils et elles puissent adapter leurs pratiques ainsi qu'adapter les règles de fonctionnement de leurs établissements.

Pour mieux prendre en compte ce public, les participants préconise **d'adapter le bâti** des différentes structures d'hébergement aux problématiques des personnes vieillissantes (suppression des escaliers, mise à disposition d'ascenseurs, etc.).

Pour faciliter l'accès aux soins des personnes concernées, faciliter la (re)création d'un lien de confiance entre personnes et institutions soignantes, faciliter la coordination du parcours de soin des personnes, les participants préconisent **l'intégration de médecins ou de professionnels soignants dans les structures d'hébergement de type CHR**.

Concernant la problématique des addictions, les participants ont également fait plusieurs propositions :

- Ils proposent de **développer des logements « tampons » pour permettre la mise en place de cures**
- Ils proposent également de **ne pas conditionner l'accès aux cures et postcures à des droits de santé ouverts**, que celles-ci soient accessibles pour tout un chacun, ayant ou non des droits de santé ouverts
- Ils préconisent de **prendre en compte les addictions autant dans l'accompagnement social, que dans l'accompagnement médical**, ce qui pourrait permettre aux professionnels d'adapter et de personnaliser leurs accompagnements pour répondre au mieux aux besoins des personnes et rendre d'autant plus efficaces les accompagnements
- Afin de mener une politique de prévention des addictions à l'alcool, les participants et participantes préconisent « **d'interdire la publicité alcool**, y compris sur les réseaux sociaux ». Il est à noter que la loi Evin, depuis sa promulgation en 1991, a subi des modifications successives aboutissant à son assouplissement. Pour plus d'informations : « [La loi Évin relative au contrôle de la publicité en faveur de l'alcool appliquée en France : contenu, efficacité et limites](#) » (Gallopel-Morvan et al., 2016)

Dans une optique de « prévention de la précarité », les participants proposent de mettre en place **un triple accompagnement systématique après un licenciement, composé d'un accompagnement psychologique, un accompagnement social et un accompagnement médical**.

Afin de faciliter l'accès aux soins, les participants préconisent de **déconcentrer les services d'accueil, les services sociaux et les services médicaux**, dans une optique de construire des services de proximité – plus exclusivement situés en « centre-ville » - pour faciliter leur accès et leur disponibilité.

Enfin, les participants préconisent, afin de faciliter l'accès aux soins des personnes qui en sont les plus éloignées, de définir **des enveloppes budgétaires plus importantes, tant pour le secteur social que pour le secteur du sanitaire**.

Ces enveloppes devront être ambitieuses afin de permettre la mise en place d'un panel de solutions permettant de s'adapter aux contraintes, besoins et particularités de chaque personne en situation de précarité.

[Ressources présentes sur le territoire](#)

Au cours des échanges, les participants et participantes ont mentionné différentes ressources actuellement présentes sur le territoire :

- Le café solidaire du Secours Catholique
- Les maraudes de la Croix-Rouge Française
- L'antenne Accueil santé social de la Croix-Rouge qui se tient à la « maison pour tous » Penhars. Cette antenne est composée d'un médecin, d'infirmiers et d'un accueil. Elle ne fait pas de suivi, mais permet des réorientations adaptées.
- Le point santé reçoit les personnes en situation de rue et/ou qui n'ont pas de médecin traitant. L'équipe est composée de professionnels de la santé et de professionnels social.
- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de Cornouailles. Il permet d'organiser et de coordonner les parcours de soins complexes pour éviter les ruptures de parcours.
- L'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)
- Le Centre médical de soins immédiats (CMSI) qui propose des consultations sans RDV du lundi au samedi
- L'épicerie sociale et solidaire au CCAS de Quimper. A noter que les participants ont proposé que les personnes puissent régler par carte bancaire dans cette épicerie.

III.2) Situation 2 : « Sékou »

Présentation de la situation fictive de Sékou

Santé mentale – interprétariat – délais de RDV

Sékou est un homme de 36 ans. Il est allophone et parle le bambara (langue non proposée par le RLG).

Parcours biographique :

Sékou est arrivé en France en 2020. Quand il est parti du Mali, il a traversé l'Algérie, puis la Lybie, puis la Méditerranée. Arrivé en Grèce, il a ensuite foulé le sol d'autres pays européens avant d'arriver en France.

Il a d'abord vécu à Paris. Il était chauffeur Deliveroo à vélo, dans les rues de la capitale.

Début 2024, en prévision des jeux olympiques de Paris, il a été déplacé dans les SAS régionaux d'accueil de migrants. Il ne savait pas dans quelle région le bus l'amenait. Les portes du bus se sont ouvertes, il était dans cette belle région qu'est la Bretagne, à Quimper.

Quelques jours suivants il obtient un hébergement dans un CADA de Quimper.

Il bénéficie de l'AME qui offre un panier de soin de plus en plus restreint.

Parcours de santé :

Un soir, à Paris, il avait reçu un coup de couteau dans le ventre. Les pompiers l'avaient amené aux urgences. Mais il n'est pas retourné à l'hôpital pour changer ses pansements, comme les médecins lui avaient indiqué. Du coup, il a eu une infection assez sérieuse qui a inquiété une équipe de maraudeurs. Sékou craint l'institution hospitalière ; tout comme toutes institutions d'ailleurs ; il craint qu'on le renvoie dans son pays. Les professionnels l'ont rassuré et accompagné dans un service, qui s'appelle « la PASS ». Sékou a alors pris l'habitude de se rendre à la PASS de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière dans le 13^{ème} arrondissement de Paris lorsqu'il avait un problème de santé.

Mais ici, à Quimper, il faut tout recommencer. Il faut de nouveau avoir confiance dans une nouvelle PASS. D'ailleurs est-ce qu'il y a le même genre de service à l'hôpital de Quimper ?

D'après les professionnels qui l'accompagnent sur le CADA, « c'est une bataille constante pour lui faire accepter la démarche de soin ». Ils doivent aller à son rythme, être patients et d'abord créer un lien de confiance avec lui. Et... ça prend du temps.

Côté dentition, Sékou n'a pas consulté de dentiste depuis de nombreuses années., il lui manque 7 dents.

Finalement, à défaut d'avoir un suivi médical pour les problèmes de santé somatiques, Sékou a pu être suivi au CMP, après 5 mois de longue attente.

Depuis, il est sous antidépresseurs, sous anxiolytiques et sous neuroleptiques.

Problématique de Sékou :

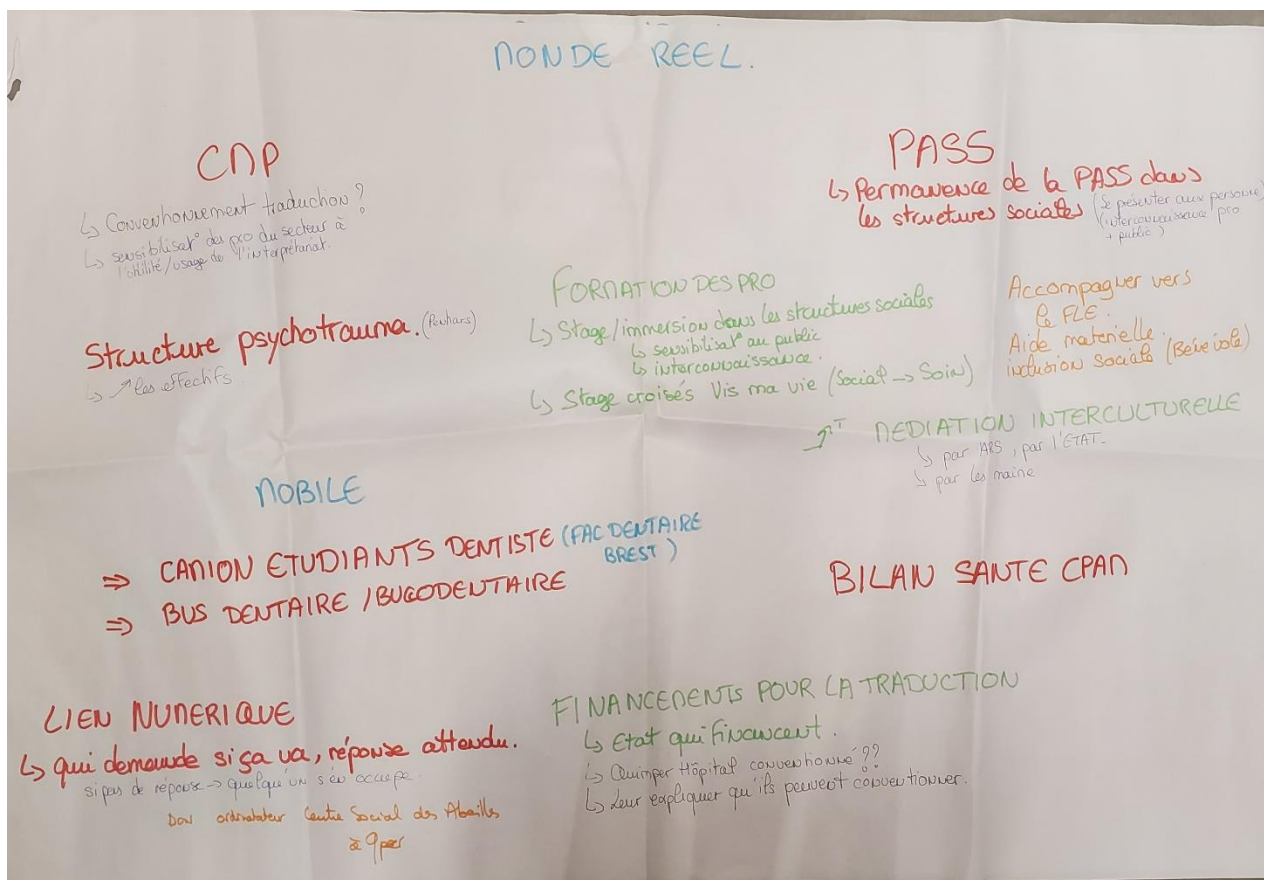
Sékou a du mal à gérer la prise de son traitement. Il faut dire que la barrière de la langue ne rend pas les choses plus faciles. Ce n'est pas évident de savoir à quel moment il faut prendre tel cachet, à quel autre moment on prend tel autre, etc. Alors en plus, si l'on ne comprend pas bien ce que les infirmiers nous expliquent !

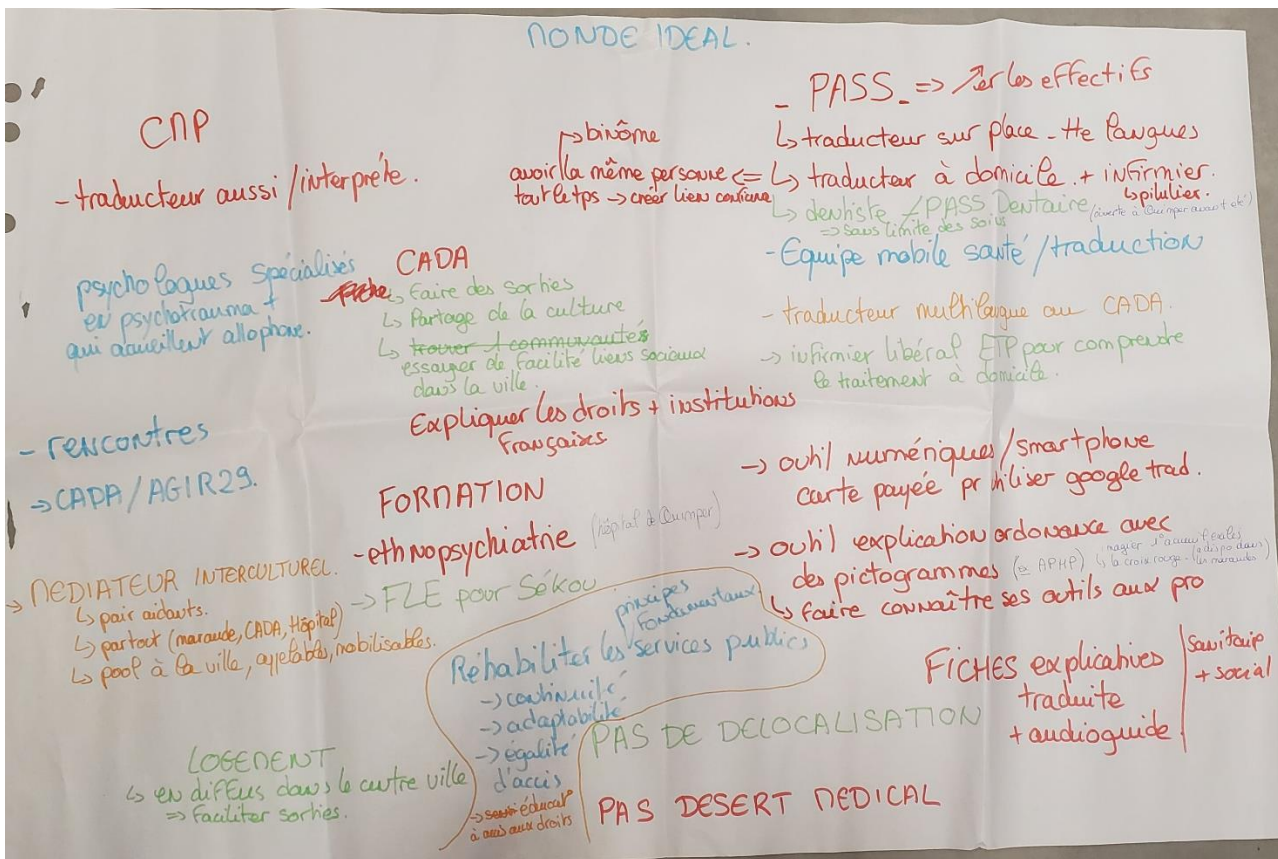
A plusieurs reprises, Sékou a été hospitalisé suite à des mauvaises prises de médicaments : cumul des traitements, oubli d'un médicament, surdosage, mélange...

Toujours pas franchement à l'aise dans un hôpital, Sékou quitte - pratiquement à chaque hospitalisation - l'hôpital contre l'avis médical.

Les professionnels qui l'accompagnent se demandent même si cette mauvaise observance du traitement n'est pas volontaire. Mais c'est si difficile de saisir tous les enjeux et toutes les problématiques de Sékou alors même qu'il est impossible de trouver un traducteur en Bambara en Bretagne !

Travail des participant-e-s





Propositions des participants

Pour améliorer l'accès aux soins de Sékou et de personnes présentant des problématiques similaires, les participants et participantes ont dégager différentes pistes d'action possibles.

1/ Faciliter et systématiser l'usage de l'interprétariat dans les entretiens individuels et consultations

Si les hôpitaux peuvent établir des conventions pour utiliser l'interprétariat lors des consultations avec des personnes allophones, l'utilisation de l'interprétariat dans ces conditions n'est encore pas systématique. Les participants préconisent donc **d'intensifier la sensibilisation des professionnels de santé à l'usage et aux bénéfices de l'usage de l'interprétariat** pour le bon déroulement des consultations, pour la prise en soin des personnes et pour leur bonne compréhension des soins et du système de soin. Aujourd'hui, le **réseau Louis Guilloux** propose cette sensibilisation. **Allouer plus de moyens** à cette association pour qu'elle puisse continuer ce travail de sensibilisation apparaît comme une possible piste d'action, mais des directives nationales pour les professionnels du soin pourraient permettre d'intensifier ce travail.

Les participants et participantes proposent également de **déployer l'usage de l'interprétariat dans tous les services de soin fréquentés par des personnes allophones mais également dans les services sociaux** : dans les PASS, dans les équipes mobiles, dans les CADA, dans les services de soin à domicile, dans les CMP, etc.

Les participants proposent également la **création d'équipes mobiles de soin bénéficiant d'interprétariat, des sortes « d'équipes mobiles santé-interprétariat »** composées de professionnels de santé et d'interprètes.

A défaut de développer massivement l'usage de l'interprétariat, les personnes allophones pourraient se voir proposer des **outils numériques pour pouvoir utiliser gratuitement « google traduction » ou tout autre service de traduction en ligne similaires**. Cela peut-être des smartphones avec des cartes prépayées.

2/ Faciliter l'accessibilité des formations Français langue étrangère (FLE) ou autre type de formation pour apprendre à maîtriser la langue française

Selon les participants, un accompagnement vers ces formations pourrait être fait, et une aide matérielle pourrait être proposée, par exemple pour se rendre sur les lieux de formation, ou pour permettre d'avoir à disposition le matériel nécessaire au bon suivi de la formation.

3/ Proposer des outils inclusifs présentant des solutions de traduction

Il existe actuellement des outils qui ont déjà été traduits dans différentes langues par différentes organisations (associations, organisations publiques, etc.). Il convient alors de faire la **promotion de ces outils auprès des différents professionnels**, notamment des professionnels du soin. D'autres outils adaptés pourraient être développés.

Exemple d'outils :

- Application MediPicto :

Application gratuite développée par l'AP-HP, elle est « destinée à favoriser le dialogue entre les soignants et les patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension ». Elle permet d'utiliser des pictogrammes pour discuter lors de la consultation (douleur, prise de médicament, questions administratives), elle est traduite en 16 langues. Pour plus d'information : [MediPicto](#).

- Les ordonnances visuelles :

Les ordonnances visuelles proposent un système de « traduction » par des pictogrammes des ordonnances afin de faciliter la compréhension des traitements, des modes de prise des traitements et ainsi de faciliter l'observance des traitements. « L'outil est composé d'un livret contenant 16 ordonnanciers détachables et plusieurs pages de vignettes autocollantes à positionner sur les calendriers permettant ainsi, à travers un aide-mémoire visuel pour le patient, le suivi de traitement en autonomie (type de médicament, nombre de prises par jour, durée du traitement...) ». Pour plus d'informations : [ordonnances visuelles](#).

- Traducmed :

C'est un site sur lequel un certain nombre de phrases type utilisées lors des consultations sont enregistrées en 44 langues différentes. Elles sont classées par thématiques : l'accueil ; l'entretien ; les antécédents ; examens cliniques ; examens complémentaires ; traitements ; conclusions ; résultats ; planning familial ; et ordonnances. Pour accéder à l'outil : [Traducmed](#)

Il existe également une version adaptée aux entretiens réalisés par les intervenants sociaux, disponible ici : [Accueil migrants](#)

- L'imagier santé développé par Fable-lab = [imagier santé](#).
- La bibliothèque numérique du DATASAM :

Elle propose un certain nombre d'outils traduits en plusieurs langues, tels que des carnets de santé, différentes fiches explicatives, et autres outils traduits. Pour en savoir plus : [bibliothèque DATASAM](#)

- « Idéordo » - outil développé par le Samu social de Paris, il permet d'expliquer simplement, de façon imagée, une ordonnance et les informations liées à la prise de médicaments par des publics vulnérables qui ont des difficultés avec la langue française – Sur le site vous trouverez gratuitement tous les éléments pour construire ces ordonnances imagées ainsi qu'un guide d'utilisation => [Ideordo](#)
- La santé en BD : des bandes dessinées téléchargeables en plusieurs langues pour comprendre/expliciter facilement des éléments de santé (traitements, examens cliniques, effets secondaires, etc.) : [SantéBD](#)

D'autres outils pourraient être construits, notamment des fiches explicatives du fonctionnement du système de soins et du système social en France, sur les droits des personnes étrangères ainsi que sur le fonctionnement des institutions ; et traduites en un maximum de langues. Celles-ci pourraient être accompagnées d'un audioguide.

4/ Décloisonner les secteurs du social et de la santé

L'un des freins à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité est le travail en silo réalisé par les acteurs de différents secteurs et les acteurs de différentes spécialités, à l'intérieur même d'un même secteur.

Les participants ont alors proposé de « faire entrer le médical dans le social ». Ainsi, à défaut de pouvoir intégrer des professionnels de la santé dans les structures sociales, ils ont proposé de **réaliser de permanences des PASS (permanences d'accès aux soins de santé) dans les structures sociales**. Cela permettrait de développer l'interconnaissance entre professionnels de deux secteurs différents, mais également de pouvoir faciliter la rencontre avec les publics accompagnés et les professionnels de santé. Cela permettrait également de centraliser les démarches et de rassurer les publics, qui pourraient alors accéder aux soins, ou, en tout cas, créer un lien avec les professionnels du soin, dans un lieu dans lequel ils se sentent à l'aise et qu'ils fréquentent régulièrement.

5/ Favoriser l'interconnaissance entre secteur social et secteur de la santé

Dans cette même idée de décloisonner les secteurs, les participants ont suggéré l'organisation de formations ou sensibilisations des professionnels d'un secteur aux contraintes et objectifs de l'autre – et vice-versa. Ainsi ils préconisent **l'organisation de stages ou d'immersions des professionnels de la santé dans des structures sociales**, ce qui permettrait, par la même occasion de les sensibiliser aux besoins, contraintes et spécificités des publics en situation de précarité. Ils préconisent également de réaliser des **stages croisés « vis ma vie »** dans lesquels des professionnels du social réaliseraient un stage dans une structure de santé et inversement.

6/ Développer différents outils d'aller-vers

Afin de compléter le dispositif d'aller vers que représenterait le développement de permanences des PASS dans les structures sociales, les participants préconisent le développement de dispositifs mobiles tels que :

- **Des camions de soins dentaires**, qui pourraient permettre par exemple des soins réalisés par des étudiants en dentaire
- Des bus buccodentaires, sur le modèle de camion des Marsoins, mais permettant d'offrir du soin dentaire et non pas uniquement de la prévention
- Des **équipes mobiles santé-interprétariat**, qui, si les professionnels sont les mêmes à chaque fois, pourraient permettre de créer un lien de confiance et, petit à petit orienter, les personnes vers le droit commun
- **Un infirmier libéral formé en ETP qui passerait au domicile**, ou au sein de la structure d'hébergement, afin de permettre une explication du traitement et de s'assurer de la bonne observance de celui-ci

7/ Développer la médiation interculturelle

« La médiation interculturelle est une démarche favorisant une bonne prise en charge médicale. Pour le soignant, c'est notamment la garantie d'un échange éclairé avec le patient. « Interculturel » signifie la capacité à décoder culturellement la communication non-verbale du patient, à soutenir son niveau de littératie en santé (c'est-à-dire lui permettre de comprendre pour pouvoir exercer son libre choix après avoir accédé à l'information), à donner sens à son vécu et à déconstruire sa position minoritaire face au soignant. La médiation interculturelle va par conséquent bien au-delà d'un simple interprétariat. Toutefois, elle n'intervient que très exceptionnellement en soutien à l'accès au droit commun, contrairement aux médiateurs en santé ou *community health workers*, qui justement, vont à la rencontre de la communauté pour identifier les personnes ayant des besoins en santé et/ou en droit commun » (Soleymani, 2022)².

Les participants ont proposés que des **médiateurs et médiatrices interculturels en santé soit inclus dans toutes les équipes accompagnant des publics étrangers** (au sein des maraudes, dans les CADA, au sein de l'hôpital, etc). Que parmi ces médiateurs et médiatrices, l'on retrouve des profils de pairs-aidants. Les participants ont également proposé que **les villes se dotent d'une équipe de médiateurs et médiatrices interculturelles, qui seraient disponibles et mobilisables par les équipes accompagnant les personnes en fonction des besoins.**

8/ Faciliter l'inclusion dans la ville

Un souci des participants était de faciliter l'inclusion dans la vie sociale de la ville dans lesquelles résident les personnes exilées. Pour cela, ils préconisent de proposer aux personnes des logements en diffus pour faciliter les sorties dans la ville, et proposent également que les CADA organisent des sorties et travaillent à la facilitation de liens sociaux entre personnes accompagnées et habitants de la ville.

² Soleymani, D., Hamel, E., & Bouchaud, O. (2022). Médiation en santé : Concepts, définitions, métiers. *La santé en action*, 460, 10-11.

9/ Développer les moyens des PASS

Les participants proposent de développer considérablement les moyens des permanences d'accès aux soins de santé. Ils proposent de déployer les PASS dentaires et de leur appliquer un principe de « non-limite des soins proposés », ainsi que d'augmenter les effectifs des PASS, qu'elles soient généralistes ou dentaires.

10/ Prendre en compte les parcours migratoires et les différences culturelles dans la prise en charge de la santé mentale

Les participants proposent, pour une prise en charge des patients ayant vécu un parcours migratoire notamment, le recrutement, à minima à l'hôpital, de **psychologues spécialisés dans la prise en charge du psychotrauma qui accepteraient de recevoir des patients allophones** ; ainsi que le **développement d'unités spécialisées en ethnopsychiatrie** au sein des hôpitaux. « La consultation d'ethnopsychiatrie s'adresse aux patients adultes, de toutes origines, rencontrant des problèmes psychiatriques dans le cadre de la migration et/ou des problèmes de représentation culturelle de la maladie mentale »³.

Les participants préconisent également **d'augmenter les effectifs des structures spécialisées dans la prise en charge des psychotraumas**.

11/ Réhabiliter les principes fondamentaux des services publics

Enfin, les participants concluent sur la nécessité de réhabiliter les principes fondamentaux des services publics, à savoir **leur adaptabilité, leur continuité et leur égalité d'accès**.

Ressources sur le territoire

- Programme Agir 29 : programme d'accompagnement des personnes réfugiées sur les questions de logement et d'emploi
- Centre du psychotraumatisme dans le quartier de Penhars
- Des dons d'ordinateurs sont réalisés au centre social des Abeilles
- Les bilans santé de la CPAM

³ https://www.chsf.fr/portail/offre-de-soins-18-25.html?args=Y29tcF9pZD00NyZhY3Rpb249ZmljaGVfc2VydmJjZSZpZD00NCZjb21wb25lbnQ9Jm1vZHVzZT0mfA%3D%3D&offre_so_in_service_id=44

III.3) Situation 3 : « Sophie »

Présentation de la situation fictive de Sophie

Blacklistage – délais de RDV auprès des spécialistes – dettes – Santé mentale

Sophie est une femme de 45 ans qui parle français.

Parcours biographique :

Sophie est née à Morlaix. Comme sa mère, et sa grand-mère, elle travaillait dans la manufacture de tabac de Morlaix. Elle a 3 enfants : la plus grande est née en 2000, la deuxième en 2002 et le petit dernier en 2003.

Elle s'est séparée de son mari en 2004. Après la naissance du dernier, elle a fait une dépression post-partum. Elle ne se sentait pas à la hauteur, elle était fatiguée. Elle ne s'est pas fait suivre pour sa dépression. Tout son entourage lui disait que c'était normal d'être fatiguée lorsqu'on vient d'accoucher. Qu'un enfant ça change la vie. Lorsqu'elle a repris le travail à la manufacture, c'était très compliqué. Elle pleurait tous les soirs. Un jour, elle a fait un malaise vagal. Le médecin qui l'a ausculté lui a proposé un arrêt de travail. Hors de question ! Il fallait tenir, il fallait bien ramener de l'argent à la maison pour nourrir ces 3 petites bouches. Et le salaire de son mari, lui aussi employé à la manufacture, n'aurait pas suffi.

En février 2004, son mari ne supporte plus son état morose, ses pleurs le soir, son manque d'enthousiasme pour s'occuper des enfants qui sont encore petits, son manque d'énergie pour s'occuper des tâches domestiques. Ils se séparent. Sa mère l'aide à régler les loyers de la maison avec sa maigre retraite. Puis en fin d'année 2004, c'est le choc ! La manufacture de tabac de Morlaix ferme.

Après une période de chômage un peu longue, on lui propose un nouveau travail... à Quimper. Elle commence donc une nouvelle vie, à la conserverie de sardines et de maquereau Saupiquet de Quimper. Ses enfants grandissent, elle peine à finir les fins de mois. Parfois elle se prive de manger pour que ses enfants, eux, puissent manger à leur faim. Le père ne lui verse pas la pension alimentaire que les juges ont fixé. Mais elle n'a pas l'énergie pour la réclamer, d'ailleurs, elle ne saurait pas comment faire. Prendre un avocat ? c'est beaucoup trop cher.

Ses enfants continuent de grandir. En 2023, sa plus grande fait des études de psychologie à Rennes, elle est très fière d'elle. Il ne lui reste plus qu'une année d'étude et elle sera psychologue ! La deuxième, elle, elle travaille déjà, elle est vendeuse dans un magasin de parfum à Lorient ; une bouche de moins à nourrir. Le plus petit, lui, vit encore à la maison avec elle. Il est mécanicien. Les études de sa fille coûtent cher, elle doit encore se serrer la ceinture.

Deuxième choc, en cette année 2023⁴, l'usine Saupiquet ferme. Elle est licenciée. Elle ne peut plus payer son loyer, elle est expulsée. Son fils va vivre chez sa sœur à Lorient, pour y trouver un emploi. Mais, Sophie, elle, n'a pas la force de recommencer une nouvelle vie pour la troisième fois une. Elle reste à Quimper. Des camarades du syndicat de la conserverie lui indiquent qu'elle peut appeler le 115. Elle appelle, elle obtient une place en CHRS. Elle est au moins à l'abri, en attendant de reconstruire sa vie.

Parcours de santé :

Avec le travail à la manufacture, les 3 enfants, les déménagements, Sophie n'a jamais trop eu le temps de s'occuper de sa santé. D'ailleurs, dans sa famille, on ne consulte les médecins que lorsqu'il y a une urgence vitale. Elle voit bien passer les campagnes de prévention de l'ARS ou de la sécurité sociale. Mais la prévention, c'est pour ceux qui ont les moyens financiers de consulter des médecins alors qu'ils vont bien. La prévention, c'est pour ceux qui ont le temps de consulter des médecins, alors qu'ils arrivent encore à travailler. Pour Sophie, tant qu'elle peut travailler, il n'y a pas de raison d'aller se plaindre auprès d'une blouse blanche !

⁴ La date de fermeture de la conserverie est modifiée pour la crédibilité de l'histoire de Sophie

Le dernier gynécologue qu'elle a vu, c'était en 2010. C'est lui qui lui a diagnostiqué un cancer du col de l'utérus. Elle était allée le voir parce qu'elle avait des douleurs persistantes et puissantes dans le ventre qui l'empêchaient de tenir la station debout à la conserverie. Elle explique qu'à l'hôpital, « ils lui ont enlevé un morceau du col de l'utérus, celui qui était cancéreux ». A l'époque, les entreprises n'étaient pas obligées de fournir une mutuelle à leurs salariés. Sophie n'en avait pas. Lorsque l'hôpital a « réglé son problème », elle a donc contracté une dette.

Elle n'a pas revu de gynécologue depuis. Pas le temps, pas l'argent, pas la force, c'est difficile, et puis c'est impressionnant. Et puis, à quoi bon ? le problème « est réglé », le cancer est parti !

Sa référente aimerait bien qu'elle consulte un psychologue, car elle pense que Sophie est dépressive. Parler de son parcours de vie complexe, de ses problèmes, de ses difficultés pourrait lui faire du bien. Mais les psychologues, ça aussi c'est pour ceux qui ont le temps et les moyens ! Dans la famille de Sophie, on se débrouille.

Problématique de Sophie :

Depuis l'annonce de la fermeture de la conserverie, ses douleurs au ventre ont repris. Sa travailleuse sociale référente a tout de suite pensé à son cancer, mais Sophie ne voulait pas en entendre parler. Durant 3 mois elle a essayé de la motiver à consulter un gynécologue. Mais Sophie avait peur. Elle a finalement annoncé fièrement à sa référente, il y a un peu plus d'un mois, qu'elle acceptait de consulter un gynécologue : elle a trop mal et trop peur de rater la remise de diplôme de sa fille. Sa référente lui a trouvé un RDV en urgence, en utilisant ses contacts de partenaires. Mais, le jour du RDV, Sophie, prise de panique, ne s'est pas rendue au cabinet. Le lendemain, elle s'excuse auprès de sa référente, elle culpabilise, parce que, dans le fond, elle a quand même envie de savoir... Elle a quand même envie de voir sa fille s'installer comme psychologue...

Le gynécologue à qui elle a posé « un lapin », ne veut pas lui donner un nouveau RDV. Il a déjà été « sympa » de lui proposer un RDV en urgence, elle n'avait qu'à saisir sa chance ! Sa référente a depuis appelé tous les gynécologues du territoire. Pas de RDV disponible avant 6 mois ! Il va falloir supporter les douleurs pendant longtemps. Comment faire pour rester motivée ?

Et puis, si jamais elle doit de nouveau se faire opérer... il faudrait aussi régler la dette contractée auprès de l'hôpital il y a des années.

Travail des participant-e-s

MONDE REEL (Sophie)

Déclivonnement entre le milieu hospitalier et réseau ville et les acteurs sociaux.

SENSIBILISATION DANS LES ECOLES : interventions

- Accompagnement numérique : France Services, Acc. santé soc etc... Ecoute sociale P.M.M.S.
- Demande AOT ou dispositif type appui santé ...
- Possibilité de recevoir le médecin si RDV raté (peu importe le motif)
- demande de logt social. - Partenariat écoles de coiffure, esthétique - Réseau de psychologue à France Travail
- Consultation / sollicitation du CROUS, TS de l'université
- Conseil ses droits : la MISAS (Miss Acc santé de la CPA M)
- Point conseil budget. (ex: crépus).
- Agora justice (pour pension alimentaire)
- Equipe mobile Néo Nat / post Natal à l'hôpital pour le bébé et plus globalement la maman. (A domicile)
- Accompagnement CAF pour séparation.
- Action logement en cas de licenciement (+ salariés) orientation service RH.
- Centre de santé Enquie Galeric ouvert - Téléconsultations dans pharmacie.
- Prévention safe-fe, papillomanies, ...
- Multitude obligatoire pour les réfugiés

IDEAL (Sophie)

- Avoir un logement (habitat humanisme) pour tous.
- Avoir un médecin généraliste pour un suivi.
- Accompagnement POST PARTUM: (prise en charge des enfants par TS) par ex
- Prise de conscience, explication + Prévention éducation à la prépa à l'accouchement (Aut, post-partum) systématique
- Accompagnement par un travailleur social. Pluridisciplinaire
- ↳ Référent social dans chaque entreprise + Rôle Médecine du travail Renforcé
- Aller vers 100% (ex: aller dans les chambres à l'hôpital par ex...)
- Rehabiliter accessibilité des services publics (soins, alim, tt fondus, logt santé, ...)
- Maintien de salaire à 100% en cas arrêt de travail avec solutions: type Accompagnement (psy, soc, ...)
- Service d'accès aux droits de proximité.
- Consultations sans RDV, anonyme, avec salle de bain, accueil café. (mettre à l'aise la personne)
- Education et formation aux droits & aux services dès l'école
- Des Gynécologues, dentistes, ... en nombre suffisant.
- Liste énergie par CPA M, de médecins disponibles et qui prennent de nouveaux patients
- Accompagnement ≠ ; plus humain (bien soigné) - pas que social et santé - Apprendre à se faire plaisir, être valorisé - changer le prisme de vue - (ex: café solidaire par ex. Libé)

Appréhension par les TS des RDV ratés - lever les freins contraint par la contractualisation des actions d'Accomp.

Consultations sans RDV (santé sexuelle, ...)

Médecin commis d'office comme les avocats pour des soins d'urgence, de base, de 1er besoin

En cas de besoin de soins: existence d'un statut médical orientation par Travailleur social suffisant pour une méd. (notamment financière)

Avocat d'office pour les victimes et auteurs des faits pas uniquement les

Consultations sans RDV + + +

Propositions des participants

1/ Faciliter l'accès aux professionnels de santé

La difficulté d'accès aux soins passe par une difficulté d'accès aux professionnels de santé. Les participants proposent en premier lieu **d'augmenter la démographie médicale** particulièrement pour les spécialités manquantes sur le territoire telles que les gynécologues, les dentistes, les psychiatres, etc. Les participants notent qu'il est indispensable de faciliter l'accès à un médecin traitant pour que les personnes puissent bénéficier d'un réel suivi médical.

Les participants mentionnent **la mise en place de consultations ouvertes sans RDV** comme une solution pour faciliter l'accès aux soins et pouvoir répondre à une demande immédiate. Ces consultations sans RDV devraient, selon les participants, également concerner les consultations en santé sexuelle.

Ils proposent également de **créer des espaces pluriprofessionnels regroupant des professionnels, à la fois du secteur de la santé et du secteur du social, accessibles sans RDV**. Pour permettre aux personnes d'avoir confiance dans cet espace, les participants préconisent de garantir l'anonymat des personnes, et de créer un espace d'accueil convivial et chaleureux permettant également de répondre à d'autres besoins. Ainsi ces lieux pourraient disposer à la fois d'un espace « salle de bain », mais également d'un espace « accueil-café », etc... afin que toute personne s'y sentent à l'aise. Le fait d'avoir également des professionnels du social disponibles sans RDV dans ces lieux permettrait aux professionnels de santé de se sentir plus en confiance pour aborder et questionner les personnes sur les déterminants de santé (ils peuvent alors réorienter vers un professionnel du social de l'équipe en cas de repérage de problématiques sociales – principe de la pluriprofessionnalité et de l'exercice coordonné) ; et permettrait également de faciliter le repérage des personnes ressources pour les personnes (toutes dans un seul et même lieu).

Afin de faciliter l'accès aux différentes spécialités de médecine (y compris généraliste), les participants proposent que les services de la CPAM puissent tenir à jour **une liste de médecins acceptant de prendre des nouveaux patients sur les différents territoires**. Cette liste devrait être, à minima, accessible aux professionnels de la santé et professionnels du social. Cela permettrait d'accompagner les personnes dans leurs prises de RDV de manière plus efficace.

Enfin, pour faciliter l'accès aux soins, les participants proposent une solution innovante : celle **de développer des médecins commis d'office**, sur le même modèle que les avocats commis d'office, pour les personnes n'ayant pas de médecin traitant, notamment pour la prise en charge des soins d'urgence et de première nécessité. Ces médecins commis d'office pourraient être attribués sur orientation d'un travailleur social.

2/ Prévenir et repérer les situations de fragilité, autant sur le volet social que sanitaire

En partant de la situation fictive de Sophie, les participants préconisent d'agir sur l'inclusion dans un parcours de soin et un parcours d'accompagnement social, en amont de l'apparition des problématiques. En effet, ils préconisent de **renforcer le rôle de la médecine du travail**, qui, si cela avait été le cas, aurait pu dans le cas de Sophie, diagnostiquer, ou suspecter et orienter Sophie, après son accouchement, pour sa dépression post-partum.

Dans cette même idée, les participants proposent que soient **développés des référents sociaux et référents médicaux dans chaque entreprise** pour détecter les situations de potentielles vulnérabilités et accompagner les personnes concernées vers des solutions.

Les participants proposent de **maintenir les salaires à 100% des personnes en cas d'arrêt de travail**, afin de permettre aux personnes rencontrant des difficultés de santé de s'arrêter pour se reposer et d'éviter le non-recours à l'arrêt de travail pour raisons financières. Les arrêts de travail, pourraient dans ce cas de figure être proposés **avec une prise en charge d'accompagnement adaptés aux déterminants de santé influençant la raison de santé nécessitant l'arrêt**, par exemple un accompagnement psychologique, un accompagnement social. Cette orientation pourrait être faite par le médecin prescripteur de l'arrêt, ce qui supposerait au préalable un décloisonnement des secteurs et des spécialités.

Toujours dans une optique de prévention des situations de vulnérabilité, les participants recommandent la systématisation d'une **prise en charge d'un accompagnement social en vue de d'accompagner les personnes sur les questions de logement, en cas de licenciement** (et donc de perte brutale de ressources financières). Ils et elles préconisent que de telles actions soient systématiquement mises en place dans les entreprises de plus de 50 salariés. Les participants proposent de faire de la **sensibilisation et de la formation aux droits et au repérage dans les différents services d'accès aux droits, dans les écoles et tout au long de la vie** pour faciliter leur accès à la population.

Enfin, pour faciliter l'accès aux droits, les participants proposent également de **(re)mettre des services d'accès aux droits en proximité des habitants, de la population** (services de proximité disparus depuis la vague de dématérialisation de l'accès aux droits).

3/ Améliorer la prise en charge et le repérage de la dépression post-partum

Les participants et participantes proposent de trouver des solutions pour **offrir des moments de répit aux mères souffrant de dépression post-partum**, par exemple en permettant une prise en charge durant quelques heures des enfants à charge (par un ou une TISF – technicien de l'intervention sociale et familiale).

Afin de rendre le repérage des dépressions post-partum plus facile et systématique, les participants proposent de **réaliser de la prévention et de « l'éducation », soit donner de l'information de manière systématique sur la dépression post-partum à différents moments de la parentalité** : lors de la préparation à l'accouchement, ainsi qu'après l'accouchement. Ces actions de prévention pourront également permettre aux personnes concernées une prise de conscience de ce trouble, ainsi qu'une déstigmatisation de celui-ci. Afin d'œuvrer à la déstigmatisation de la dépression post-partum et de rendre son repérage plus facile, de la sensibilisation peut également être réalisée dans des campagnes d'information générales, voire à l'école.

Enfin, sur cet atelier également, les participants ont souhaité réaffirmer l'importance de la nécessité de réhabiliter les principes fondamentaux des services publics, à savoir **leur adaptabilité, leur continuité et leur égalité d'accès**.

Ressources sur le territoire

- Des accompagnements sur l'usage du numérique : PIMMS médiation, Frances services
- DAC (dispositif d'appui à la coordination) – peut être un appui aux professionnels pour les situations qualifiées de complexes => [Appui santé en Cornouaille](#)
- Les assistantes sociales du CROUS
- La Mission Accompagnement santé de la CPAM : pour plus d'information => [MisAS](#)
- Pour réaliser des accompagnements à la gestion budgétaire : [Crésus Bretagne](#)
- Pour un accompagnement sur les questions juridiques et d'accès aux droits : [Agora Justice](#)
- Le service néonatalogie du Centre hospitalier de Quimper Cornouaille dispose d'une équipe mobile pouvant se déplacer à domicile concernant la santé du nourrisson et de la mère
- La CAF
- Centre de santé de Ergué Gaberic reçoit sans RDV 7 jours sur 7
- Certaines pharmacies permettent des téléconsultations
- Les sage-femmes peuvent être de bonnes ressources concernant la santé gynécologique et sont parfois plus accessibles que les médecins gynécologues
- Information, formation et accompagnement à l'usage de l'outil « Mon Espace Santé versus citoyen » ou « Dossier Médical Partagé versus professionnel » => pour plus d'information sur ces formations et sensibilisation : contacter Jean Yves Mailfert - jy.mailfert@formaticsante.fr

III.4) Récapitulatif des ressources mobilisables actuellement sur le territoire ainsi que des outils numériques pouvant aider la pratique des professionnels et professionnelles

Ressources du territoire

- Le café solidaire du Secours Catholique
- Les maraudes de la Croix-Rouge Française
- L'antenne Accueil santé social de la Croix-Rouge qui se tient à la « maison pour tous » Penhars. Cette antenne est composée d'un médecin, d'infirmiers et d'un accueil. Elle ne fait pas de suivi, mais permet des réorientations adaptées.
- Le point santé reçoit les personnes en situation de rue et/ou qui n'ont pas de médecin traitant. L'équipe est composée de professionnel de la santé et de professionnels social.
- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de Cornouailles. Il permet d'organiser et de coordonner les parcours de soins complexes pour éviter les ruptures de parcours. => [Appui santé en Cornouaille](#)
- L'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)

- Le Centre médical de soins immédiats (CMSI) qui propose des consultations sans RDV du lundi au samedi
- L'épicerie sociale et solidaire au CCAS de Quimper. A noter que les participants ont proposé que les personnes puissent régler par carte bancaire dans cette épicerie.
- Programme Agir 29 : programme d'accompagnement des personnes réfugiées sur les questions de logement et d'emploi
- Centre du psychotraumatisme dans le quartier de Penhars
- Des dons d'ordinateurs sont réalisés au centre social des Abeilles
- Les bilans santé de la CPAM
- Des accompagnements sur l'usage du numérique : PIMMS médiation, Frances services
- Les assistantes sociales du CROUS
- La Mission Accompagnement santé de la CPAM : pour plus d'information => [MisAS](#)
- Pour réaliser des accompagnements à la gestion budgétaire : [Crésus Bretagne](#)
- Pour un accompagnement sur les questions juridiques et d'accès aux droits [Agora Justice](#)
- Le service néonatalogie du Centre hospitalier de Quimper Cornouaille dispose d'une équipe mobile pouvant se déplacer à domicile concernant la santé du nourrisson et de la mère
- La CAF
- Centre de santé de Ergué Gaberic reçoit sans RDV 7 jours sur 7
- Certaines pharmacies permettent des téléconsultations
- Les sage-femmes peuvent être de bonnes ressources concernant la santé gynécologique et sont parfois plus accessibles que les médecins gynécologues
- Information, formation et accompagnement à l'usage de l'outil « Mon Espace Santé versus citoyen » ou « Dossier Médical Partagé versus professionnel » => pour plus d'information sur ces formations et sensibilisations : contacter Jean Yves Mailfert - jy.mailfert@formaticssante.fr

Outils

- Le dictionnaire santé (des termes couramment utilisés dans le domaine de la santé) et le guide explicatif de ce qu'est une mutuelle – développé en FALC (Facile à lire et à comprendre) par la mutualité française – téléchargeable gratuitement : [Mutualité Française](#)
- Des mémos, rédigés également en FALC, sur différentes notions (telles que l'autonomie, la pair-aidance, le féminisme, LGBTQIA+, les numéros d'urgence, les directives anticipées, etc.) : [Le Pas de côté](#)
- Application MediPicto :

Application gratuite développée par l'AP-HP, elle est « destinée à favoriser le dialogue entre les soignants et les patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension ». Elle permet d'utiliser des pictogrammes pour discuter lors de la consultation (douleur, prise de médicament, questions administrative), elle est traduite en 16 langues. Pour plus d'informations : [MediPicto](#).

- Les ordonnances visuelles :

Les ordonnances visuelles proposent un système de « traduction » par des pictogrammes des ordonnances afin de faciliter la compréhension des traitements, des modes de prise de ceux-ci et ainsi de faciliter l'observance des traitements. « L'outil est composé d'un livret contenant 16 ordonnanciers détachables et plusieurs pages de vignettes autocollantes à positionner sur les calendriers permettant ainsi, à travers un aide-mémoire visuel pour le patient, le suivi de traitement en autonomie (type de médicament, nombre de prises par jour, durée du traitement...) ». Pour plus d'informations : [ordonnances visuelles](#).

- Traducmed :

C'est un site sur lequel un certain nombre de phrases type utilisées lors des consultations sont enregistrées en 44 langues différentes. Elles sont classées par thématiques : l'accueil ; l'entretien ; les antécédents ; examens cliniques ; examens complémentaires ; traitements ; conclusions ; résultats ; planning familial ; et ordonnances. Pour accéder à l'outil : [Traducmed](#)

Il existe également une version adaptée aux entretiens réalisés par les intervenants sociaux, disponible ici : [Accueil migrants](#)

- L'imagerie santé éditée par Fable-Lab : [Imagier santé](#)
- La bibliothèque numérique du DATASAM :

Elle propose un certain nombre d'outils traduits en plusieurs langues, tels que des carnets de santé, différentes fiches explicatives, et autres outils traduits. Pour en savoir plus : [bibliothèque DATASAM](#)

- « Idéordo » - outil développé par le Samu social de Paris, il permet d'expliquer simplement, de façon imagée, une ordonnance et les informations liées à la prise de médicaments par des publics vulnérables qui ont des difficultés avec la langue française – Sur le site vous trouverez gratuitement tous les éléments pour construire ces ordonnances imagées ainsi qu'un guide d'utilisation => [Ideordo](#)
- La santé en BD : des bandes dessinées téléchargeables en plusieurs langues pour comprendre/expliquer facilement des éléments de santé (traitements, examens cliniques, effets secondaires, etc.) : [SantéBD](#)