

RESTITUTION

« Regards croisés : Santé x Social » :

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

-

A Saint-Malo le 15/10/2024



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

**REGARDS
CROISÉS**

SANTÉ
& SOCIAL

PROJECTION DÉBAT & DÉJEUNER
Évènement Gratuit – Inscription Obligatoire

Maison de quartier de Rocabey
7 rue Jules FERRY **St-MALO**

De 11h00 à 14h00 **15 OCTOBRE**

CONTACT : **Émilie Rey** – Chargée de mission santé
emilie.rey@federationsolidarite.org
www.federationsolidarite.org

Retrouvez ci-dessous le film sur la santé des femmes en situation de précarité à Saint-Malo réalisé pour cet évènement (15 minutes)

Réalisatrices : Séverine Walter & Marion Lionis

Participant·es : Fabienne, Clarisse, Sophie, Sarah et Pauline

Production : Fédération des acteurs de la solidarité Bretagne

Scénario, coordination, entretiens : Association Le Goéland (Séverine Bourgaut, Marion Lionis, Le centre Parental)

Musique : Erwan Roux



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

PROJECTION DÉBAT & DÉJEUNER
Évènement Gratuit – Inscription Obligatoire

REGARDS CROISÉS SANTÉ & SOCIAL

Maison de quartier de Rocabey
7 rue Jules FERRY **St-MALO**

CONTACT : Émilie Rey – Chargée de mission santé
emilie.rey@federationsolidarite.org
www.federationsolidarite.org

De 11h00 à 14h00 **15 OCTOBRE**

Fédération des acteurs de la solidarité BRETAGNE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Jules Ferry
Paris

ars
Agence Régionale de Santé
Bretagne

ASSOCIATION
Le Goéland

Vous pouvez également visionner cette vidéo sur la page You tube de la FAS Bretagne :

[Regards croisés Santé x Social – Saint-Malo](#)

TABLE DES MATIERES

I)	Contexte.....	4
II)	Méthodologie.....	5
III)	Quizz – l'accès aux soins des femmes en situation de précarité.....	6
IV)	Propositions issues des échanges.....	13
IV.1)	Les pistes de solutions.....	13
IV.1.1	Développer la médiation en santé.....	13
IV.1.2	Accompagner physiquement les personnes.....	14
IV.1.3	Développer les journées santé sur les territoires isolés.....	15
IV.1.4	Développer et entretenir une interconnaissance fine entre secteurs du social et de la santé à l'échelle du territoire – vers des liens partenariaux.....	15
IV.1.5	Développer un outil pour répertorier les ressources en santé du territoire.....	15
IV.1.6	Développer des structures spécifiques pour les femmes en situation de précarité.....	16
IV.1.7	Inclure des professionnels de la santé dans les structures et équipes sociales.....	16
IV.2)	Les ressources mobilisables actuellement sur le territoire.....	17

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 participants ; 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 Bretagne - 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 35 » est le manque d'interconnaissance entre les professionnels du secteur social, qui accompagnent les personnes en situation de précarité ; et les professionnels du secteur de la santé, qui les soignent. Nous avons donc souhaité organiser ce temps d'échange entre professionnels du territoire Malouins afin de favoriser l'interconnaissance entre ces deux secteurs ; pour que Santé et Social arrivent à travailler ensemble au profit des personnes concernées.

Cet évènement s'inscrit dans une série d'évènements « regards croisés : Santé x social » organisé dans deux départements Bretons.

Cependant, celui organisé à Saint-Malo a une couleur particulière. Coorganisé avec l'association Le Goéland qui se mobilise sur les questions des accompagnements de femmes en situation de précarité sur le territoire, nous avons souhaité mettre en lumière les difficultés rencontrées par un public encore trop invisible : **les femmes en situation de précarité.**

Il s'agissait alors, à cette occasion, de mobiliser les différents acteurs du territoire sur le sujet de l'accès aux soins des femmes en situation de précarité ; ainsi que sur le rapport qu'elles peuvent avoir à leur corps ; au soin, qu'il soit somatique ou psychique ; ainsi que leur rapport aux institutions soignantes.

II) METHODOLOGIE

Un film a été réalisé avec la participation de 5 femmes ayant été accompagnées par le passé ou étant actuellement accompagnées par divers services de l'association Le Goéland.

Nous avons ensuite échangé sur le film, et sur les problématiques d'accès aux soins soulevées par celui-ci. Puis nous avons clôturé la séance de travail par un quizz par équipe.

Un temps d'échange informel autour d'un déjeuner clôturait l'évènement.

Nombre de participant·e·s : 64 participants et participantes.

III) QUIZZ – L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE

VRAI ou FAUX :

Il y a plus de femmes en situation de précarité que d'hommes ?

VRAI



FAUX

VRAI

- Les femmes représentent **53% des personnes précaires**
- Elles représentent **57% des bénéficiaires du revenu social d'activité (RSA)**
- Elles constituent **70 % des travailleurs pauvres**, 75 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés
- 74 % des personnes en situation de non-recours au minimum vieillesse sont des femmes
- **4,9 millions de femmes vivent sous le seuil de pauvreté** (Vs 4,3 millions d'hommes)

QUIZZ

Combien de personnes rencontrent en France des difficultés pour accéder aux soins?

Moins de 20%

Entre 20 et 40% ✓

Entre 40 et 60%

Plus de 60%

Entre 20 et 40 %

- **1 assuré.e sur 4** a renoncé ou reporté un soin au cours des 12 derniers mois.
- Parmi eux, **64% sont des femmes**,
- Soit près de **9,5 millions de femmes** qui, chaque année, renoncent aux soins

QUIZZ

Quelles sont les **principales raisons** pour lesquelles les femmes renoncent aux soins en France (plusieurs réponses)

Des ressources financières insuffisantes ✓

Des délais de RDV trop longs ✓

Des refus de soin et discriminations ✓

N'ont pas le temps de consulter un professionnel de santé ✓

La première cause de renoncement aux soins est le **manque de ressources financières suffisantes**

De, plus les femmes en situation de précarité :

- **Ne sollicitent pas les aides financières trop complexes** (un tiers des potentiels bénéficiaires de la CMU-C ne la demande pas)
- Font face à des **délais d'attente** trop importants, voire à des discriminations et des refus de soin
- **Ne peuvent se permettre de prendre le temps de consulter** un professionnel de santé ; le quotidien de ces femmes étant une course permanente, dans laquelle leur santé passe après leurs enfants, leur compagnon et la gestion des difficultés financières.

VRAI ou FAUX :

Les femmes en précarité ont une espérance de vie plus courte
que la moyenne des femmes en France

VRAI



FAUX

VRAI

L'espérance de vie des femmes en situation de précarité est souvent inférieure de plusieurs années par rapport à la moyenne nationale en raison des conditions de vie difficiles, de l'accès limité aux soins et du stress prolongé.

QUIZZ

Parmi les personnes sans domicile en France, combien sont des femmes?

5 %

17 %

25 %

38 % ✓

54 %

76 %

38 %

En 2023, Selon un rapport de la fondation Abbé Pierre, **38 % des 330 000 personnes sans domicile fixe sont des femmes.**

Malgré un chiffre en constante augmentation, les femmes sans-abris restent largement invisibles, cachées pour échapper aux violences de la rue.

QUIZZ

Côté santé gynécologique, la ou lesquelles de ces affirmations sont vraies (comparé à l'ensemble des femmes) ?

Les femmes en situation de précarité...

Ont moins recours à une contraception



Ont plus souvent des grossesses à risque



Font moins souvent des dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus



Ont plus de temps que l'ensemble des femmes pour s'en occuper

Les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique :

- **elles ont moins recours à une contraception** (6,5 % des ouvrières sont sans aucune contraception contre 1,6 % des femmes cadres),
- **elles ont plus souvent de grossesses à risque,**
- **elles ont moins souvent recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes** (31 % des femmes vivant au sein d'un ménage ayant des revenus inférieurs à 2000 € par mois n'ont pas réalisé de frottis dans les 3 dernières années, contre 19 % pour les femmes appartenant à un ménage ayant des revenus compris entre 2000 et 4000 €).

QUIZZ

La ou lesquelles de ces phrases sont des préjugés courants concernant la santé des femmes en précarité en France ?

Les femmes en situation de précarité...

Ne vont pas chez le médecin parce qu'elles ne le veulent pas ✓

Ont suffisamment d'aides sociales pour couvrir leurs besoins de santé ✓

Sont en mauvaise santé principalement à cause de leurs modes de vies

N'ont pas besoin de soin de prévention, comme les dépistages

Les préjugés les plus courants sont :

- l'idée qu'elles ne vont pas chez le médecin parce qu'elles ne veulent pas,
- ou qu'elles ont suffisamment d'aides sociales pour couvrir les frais de santé ; alors qu'en réalité, de nombreuses femmes précaires renoncent aux soins pour des raisons financières.

QUIZZ

Existe-t-il des lieux à Saint Malo, où une femme en précarité
peut trouver des réponses à ses besoins ?

Oui, et c'est suffisant

Non, je n'en connais pas

Oui, beaucoup trop !

Trop peu pour pouvoir répondre aux besoins que
nous repérons 

IV) PROPOSITIONS ISSUES DES ECHANGES

IV.1) Les pistes de solutions

A la fin de la séance d'échange, chaque équipe à renseigner sur une feuille, les pistes d'actions prioritaires qu'elles renaient des échanges.

IV.1.1 Développer la médiation en santé

Définition : la médiation en santé par la Haute Autorité de Santé (Has)

La médiation est un processus temporaire de « **l'aller vers** » et du « **faire avec** » dont les objectifs sont de renforcer : l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ; le recours à la prévention et aux soins ; l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ; la prise en compte, par les acteurs de la santé des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

Elle désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès des publics les plus vulnérables ; et d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Ainsi, les médiateur.rice.s en santé créent du lien et participent à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.

Développer ainsi la médiation en santé dans les équipes sociales, médicosociales et/ou médicales permettrait en premier lieu la création d'un lien de confiance entre médiateur.rice.s en santé et personnes accompagnées. Ce lien permettrait ainsi de réassurer la personne ; de la soutenir ; de s'assurer de la continuité des soins ; d'éviter les RDV non honorés et alors assurer des soins de qualité ; ainsi que d'améliorer l'efficacité des soins. A force d'accompagnement, ce lien permet également de travailler l'autonomisation en santé des personnes accompagnées.

Les médiateur.rice.s en santé ont à leurs dispositions de nombreux outils et moyens d'action qui peuvent améliorer l'accès aux soins des personnes concernées. En effet, ils/elles peuvent, entre autres, constituer des dossiers en amont des RDV, se charger de réserver des VSL ou préparer le trajet avec les personnes, accompagner physiquement les personnes jusqu'à leur lieu de RDV, ou bien les accompagner durant le RDV (rassurant ainsi à la fois les personnes, mais également les professionnels du soin), orienter les personnes vers l'interlocuteur adéquate, sensibiliser les professionnels aux problématiques et contraintes de la personne, etc...

L'une des propositions ressorties de cet échange est de mettre en place un « référent en santé unique » pour la coordination de soin pour « éviter de perdre l'accroche » et ainsi éviter les ruptures de soins. Le médiateur ou la médiatrice en santé, si ces postes étaient développés, et présents en nombre suffisant pour un territoire pourrait constituer un « référent santé » pour les personnes et les aider en réalisant la coordination du parcours de soin.

A Saint-Malo, il existe un poste de médiateur.rice en santé (voir IV.2).

IV.1.2 Accompagner physiquement les personnes

Une proposition permettant d'améliorer l'accès aux soins des personnes, et particulièrement des femmes, en situation de précarité, est d'accompagner les personnes jusqu'à leur RDV. Si cet accompagnement peut faire partie des missions des médiateurs et médiatrices en santé, une autre solution a été proposée par les participants et participantes : que cet accompagnement soit réalisé par un réseau de bénévoles formés et ou sensibilisés aux publics en situation de précarité.

En effet, un **accompagnement physique aux RDV**, outre le fait de s'assurer que le RDV soit honoré, permet d'apporter un soutien à la personne.

IV.1.3 Développer les journées santé sur les territoires isolés

Chaque année, à Saint-Malo, une journée santé à destination des publics en situation de précarité est organisée par diverses institutions et associations. Elle permet de regrouper dans un même lieu différents professionnels du soin, et donc différentes spécialités, pour offrir un accès aux soins et aux droits aux personnes accompagnées. Un même lieu, un même jour, les personnes peuvent ainsi accéder à différentes spécialités et s'inscrire dans un parcours de soin. Ces journées pourraient être intensifiées et déployées sur des territoires proches.

IV.1.4 Développer et entretenir une interconnaissance fine entre secteurs du social et de la santé à l'échelle du territoire – vers des liens partenariaux

Dans ces échanges, outre le fait d'organiser des temps de rencontre réguliers afin de favoriser **l'interconnaissance entre professionnels des deux secteurs**, l'idée de **pérenniser** ces rencontres afin de développer des liens partenariaux a émergé. L'espoir de ces rencontres et de cette **création de partenariats** repose sur l'envie d'arriver à travailler ensemble.

Cela permettrait également de réaliser des **RDV tripartites**, c'est-à-dire entre personne accompagnée ; professionnel du soin ; et référent social ; qui ont été présentés comme fonctionnant bien.

Une autre piste est d'entretenir un partenariat entre structures sociales et PASS (permanence d'accès aux soins de santé).

Afin de favoriser la coopération entre ces deux secteurs, une autre piste d'action proposée par les participants et participantes est de réaliser des **analyses de pratiques inter-institutionnelles**, et interdisciplinaires.

IV.1.5 Développer un outil pour répertorier les ressources en santé du territoire

Un outil numérique, sous forme par exemple d'application, qui permettrait d'outiller les professionnels vers les ressources en santé du territoire, à l'image de l'application Soliguide, développée par Solinum, qui existe sur d'autres communes est également apparu comme une piste d'action pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et particulièrement des femmes en situation de précarité. Cette application pourrait être pensée de deux manières : soit accessible au public, soit accessible uniquement aux professionnels.

IV.1.6 Développer des structures spécifiques pour les femmes en situation de précarité

Une autre proposition réalisée par les participants et participantes étaient de créer **des lieux spécifiques à l'accueil des femmes** tels qu'un « *accueil de jour réservé aux publics de femmes en situation de précarité* », qui pourrait être, pour elles, à la fois « *un lieu ressource et une porte d'entrée vers le soin* » ; ou une « *maison de santé de la femme* » qui permettrait de regrouper sur un même lieu, sécurisé et accueillant, tant des services sociaux, que des services médicaux.

La nécessité de développer des lieux d'accueil et de services en **non-mixité du point de vue du genre** n'est plus à démontrer ; en témoignent la multitude de dispositifs spécifiques à l'accompagnement des femmes existant sur le territoire national, tels que les haltes femmes, les CHRS et pensions de famille dédiées uniquement aux femmes, les maisons des femmes, etc.

IV.1.7 Inclure des professionnels de la santé dans les structures et équipes sociales

Afin de travailler la santé de manière globale, de faciliter l'accès aux soins et de profiter du lien de confiance déjà créé par les professionnels du social avec les personnes accompagnées pour rassurer les personnes et les réconcilier avec le soin ou les institutions soignantes, les participants proposent **d'intégrer des professionnels de la santé dans les structures sociales** fréquentées par les publics, notamment les structures d'hébergement.

Des **permanences de professionnels de la santé** peuvent actuellement être réalisées sur ce type de structures. Compte-tenu des spécificités du public, il est recommandé de tenir compte de ses contraintes pour rendre les permanences les plus efficaces possibles et faciliter la création de lien de confiance (tels que proposer des horaires de permanences adaptés à leur rythme de vie).

Une autre proposition a été faite par les participants et participantes : celle de créer **des lieux d'accueil uniques** regroupant à la fois des professionnels du social (accueil social), des professionnels de la santé somatique (accueil santé) et des professionnels de la santé mentale (accueil santé mentale) ; afin de faciliter le repérage par les personnes concernées du lieu dans lequel exercent les professionnels-ressources (qu'ils soient du social et/ou de la santé), sur le modèle de ce qui peut se faire dans les centres de santé communautaire.

De plus, l'exercice pluriprofessionnels, voire l'exercice coordonné, permet une prise en charge globale des personnes et facilite le parcours de soin.

Dans cette même idée de pluriprofessionnalité, les participants et participantes ont suggérer **d'intégrer des infirmiers et infirmières ASALEE dans les cabinets médicaux**, ainsi que **d'intégrer des professionnels sociaux dans cabinets médicaux de ville**.

IV.2) Les ressources mobilisables actuellement sur le territoire

Un certain nombre de ressources ont été évoqués par les participants et participantes.

- La médiatrice en santé

Il existe une médiatrice en santé qui exerce sur le territoire de Saint-Malo.



- Le CLSM : Contrat local de santé mentale
- Le DAC : Dispositif d'appui à la coordination – DAC Appui-Rance Emeraude

Vous trouverez le formulaire de demande d'appui téléchargeable, [ici](#)

« Le DAC apporte un soutien opérationnel à tous les professionnels de la santé, du social et du médico-social pour le suivi des parcours de santé complexes (perte d'autonomie et maladies chroniques) ».

Pour plus d'information : <https://appui-sante.bzh/>

- Les services sociaux hospitaliers qui fonctionnent à l'interface entre le secteur social et le secteur sanitaire
- Les « bilans de santé » de la CPAM

