

RESTITUTION

« REGARDS CROISÉS : SANTE X SOCIAL » :

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

-

A Brest le 23/01/2025



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

WORK-CAFÉ et COCKTAIL
Évènement Gratuit - Inscription Obligatoire

REGARDS CROISÉS SANTÉ & SOCIAL

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

CENTRE SOCIAL DE KERANGOFF **BREST**
Rue Franchet d'Esperey – 29200 Brest

De 18h00 à 21h00 **23 JANVIER**

TABLE DES MATIERES

I) Contexte	3
II) METHODOLOGIE.....	4
III) RESTITUTION DES ECHANGES	4
III.1) Situation 1 : « Richard ».....	4
Présentation de la situation fictive de Richard	4
Travail des participant·e·s.....	6
Ressources et outils.....	10
III.2) Situation 2 : « Sékou »	10
Présentation de la situation fictive de Sékou	10
Travail des participant·e·s.....	11
Ressources et outils.....	15
III.3) Situation 3 : « Sophie »	17
Présentation de la situation fictive de Sophie.....	17
Travail des participant·e·s.....	19
Ressources du territoire	20
IV) Bibliographie	21

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 Brestois 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 : 23 participants et participantes

III) RESTITUTION DES ECHANGES

III.1) Situation 1 : « Richard »

Présentation de la situation fictive de Richard

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. Il a quelques temps été hébergé par des amis, mais on ne peut pas rester chez ses amis trop longtemps : il a dû partir et s'est retrouvé 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 appartement de coordination thérapeutique !

Parcours de santé :

Lorsque Richard commence à fréquenter un 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'aille 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 Brest depuis début 2023, pour ses problématiques d'addiction. Il oublie régulièrement ses RDV, l'équipe sociale des ACT essaye de lui rappeler ses RDV la veille et le jour même.

L'état de santé de Richard est très dégradé. Il a des problèmes de vue ; de l'arthrose et des douleurs aux genoux qui l'empêchent de se déplacer ; des problèmes cardiaque, Richard est très vite essoufflé ; il est diabétique, etc.

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 qui l'accompagnent 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 qui mènent de sa chambre à la terrasse où il fume ses cigarettes. 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 ou n'arrive pas jusqu'au lieu de RDV (ses douleurs aux genoux sont trop fortes). Il a vu plusieurs médecins différents, toujours dans des situations d'urgence. Aucune n'a pour l'instant aboutie sur une déclaration de médecin traitant.

Le mois dernier, 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 non loin de son lieu de résidence pour qu'il puisse facilement s'y rendre.

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).

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 ».

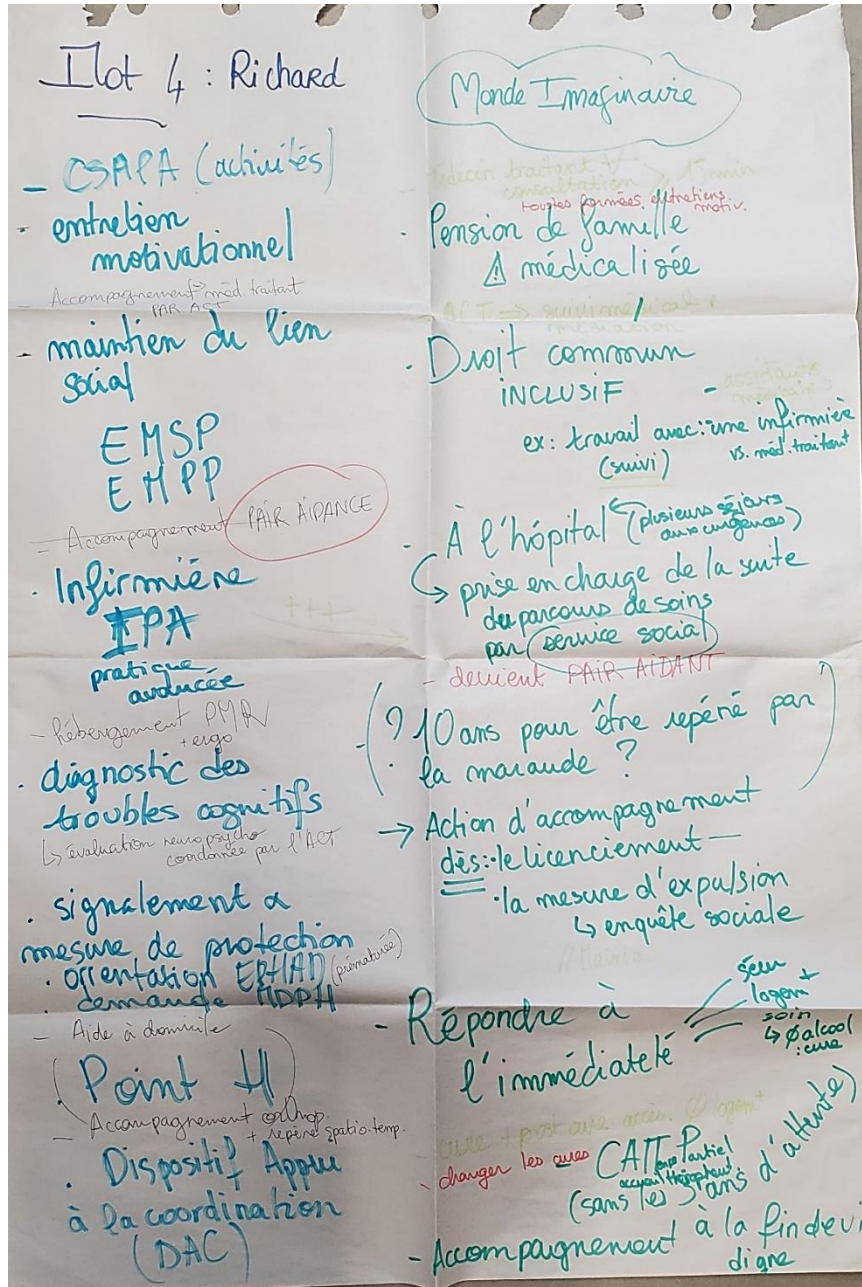
« Le **syndrome de Korsakoff** peut initialement provoquer une perte sévère de la mémoire des événements récents. La mémoire d'événements plus lointains dans le passé semble moins altérée. Les personnes peuvent avoir une vie sociale et s'entretenir avec les autres de façon cohérente, même ils ne se souviennent 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.

Pour l'occasion, une infirmière de l'équipe des ACT 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.

Travail des participant-e-s



1/ Développer la médiation en santé et accompagner physiquement les personnes à leurs RDV médicaux

Les participant·e·s proposent de **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 ou médicales permettrait en premier lieu la création d'un lien de confiance entre médiateur·rice·s et personnes accompagnées. Ce lien permettrait ainsi de réassurer la personne ; la soutenir ; s'assurer de la continuité des soins ; éviter les RDV non honorés et ainsi assurer des soins de qualité ; et enfin d'améliorer l'efficacité des soins. A force d'accompagnement, ce lien permet également de travailler l'autonomisation en santé des personnes accompagnées.

Parmi les nombreux outils et moyens d'action des médiateur·rice·s en santé, 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.

Enfin, les médiateurs et médiatrices en santé peuvent également assurer et coordonner le parcours de soin de la personne.

Un **accompagnement physique aux RDV**, outre le fait de s'assurer que le RDV soit honoré et d'apporter un soutien à la personne, permet de traduire/expliciter les propos du praticien à la personne ainsi que de reprendre les points essentiels du RDV, à distance de celui-ci. A défaut de médiateurs et médiatrices en santé dans leurs équipes, les travailleur·euse·s sociaux·ales peuvent actuellement accompagner physiquement les personnes à leur RDV médicaux. Cependant, cette activité est chronophage. Ainsi, pour permettre **d'augmenter le temps d'accompagnement social et notamment le temps d'accompagnement vers les soins**, nécessaires pour les personnes en situation de précarité, il paraît primordial d'augmenter les effectifs des professionnel·le·s des différents services et secteurs.

2/ Faciliter l'accès aux soins de santé mentale et d'addictologie

Les participant-e-s recommandent **de rendre les cures de désintoxication et postcures plus accessibles**, en les ouvrant à toute personne en éprouvant le besoin, qu'elle ait ou non un logement et **en assurant le maintien dans l'hébergement / le logement après la cure ou postcure** (pas de perte d'hébergement / logement durant la cure).

Les participant-e-s préconisent également de réduire le temps d'attente pour accéder au CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).

Ils et elles proposent également de **développer la pair-aidance sur le territoire**.

Enfin, les participant-e-s proposent que **les médecins libéraux soient formés à l'entretien motivationnel** pour pouvoir mieux accompagner les personnes présentant des troubles d'addiction.

3/ Développer et intensifier *l'aller vers*

Les participants et participantes proposent de développer des **passages d'équipes mobiles psychiatrie-précarité et d'équipes mobiles santé-précarité dans les structures d'hébergement et de logement, tels que les ACT**.

4/ Adapter les structures d'hébergement/logement et dispositifs sociaux et médicosociaux

Pour mieux prendre en compte ce public, les participant-e-s préconisent **d'adapter le bâti** des différentes structures d'hébergement aux problématiques des personnes vieillissantes (suppression des escaliers, mise à disposition d'ascenseurs, etc.), ainsi que de les adapter aux personnes à mobilité réduite.

Les participant-e-s recommandent de **faciliter la mise en place d'aides à domicile** dans les structures d'hébergement et/ou logement du secteur de l'AHIL.

Pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de vieillissement prématuré, pour lequel il n'existe à l'heure actuelle, aucune solution, ils et elles préconisent également d'adapter certains dispositifs, tels que les pensions de famille à ce public. En effet, pour que celles-ci puissent prendre en charge de manière efficace et digne ces personnes, il faudrait **augmenter leurs moyens, autant RH que financiers** afin qu'elles puissent ainsi **recruter du personnel soignant**, et qu'elles aient, elles aussi, du **matériel et des locaux adaptés**. Ainsi médicalisées, elles pourraient non seulement assurer la prise en charge de ces publics mais également accompagner les personnes vers une fin de vie digne.

Actuellement des dérogations d'âge sont possibles pour que les personnes vieillissant prématurément puissent intégrer, si elles le souhaitent, des EHPA ou EHPAD. Les participant-e-s recommandent de faciliter l'obtention de telles dérogations. Cela nécessiterait également d'acculturer et de sensibiliser les professionnel-le-s de ce type d'établissement aux spécificités du public en situation de précarité.

Enfin, les participant-e-s proposent que **les équipes d'ACT (appartements de coordination thérapeutique), soient complétées par un médecin**, qui ne soit pas uniquement le médecin référent, mais qui puissent réaliser **des suivis médicaux des personnes accompagnées**.

5/ Faire évoluer, de concert, le système de santé et le système social

Afin de faciliter l'accès aux soins de qualité, et de prévenir les situations de ruptures de soins, les participant-e-s ont proposé plusieurs pistes d'amélioration du système de soin. La première est **d'augmenter la durée des consultations médicales (>15 minutes)**. En effet, le public en situation de précarité est un public qui, du fait de ses différentes difficultés sociales, est éloigné du soin, et cumule parfois – si ce n'est souvent – différentes problématiques autant de santé que sociales. Ces patients sont donc souvent catégorisés de « complexes ». Allonger le temps de consultations permettrait non seulement de laisser le temps aux personnes d'évoquer leurs différentes problématiques ; de permettre une bonne compréhension mutuelle entre patient-e-s et soignant-e-s ; de créer un lien de confiance réciproque entre patient-e-s et soignant-e-s ; mais permettrait également au professionnel d'avoir le temps d'interroger les différents déterminants de la santé.

La deuxième proposition est **d'affilier, dès la naissance, à chaque personne, un médecin traitant**. Ceci pourrait permettre à la fois de créer un lien de confiance entre institutions soignantes et patient-e-s, mais également d'éviter les ruptures de parcours de soins.

Enfin, afin d'assurer et/ou d'intensifier la coordination des parcours de soins des personnes concernées, les participant-e-s préconisent **d'augmenter le nombre d'infirmiers et infirmières en pratiques avancées** sur le territoire.

Afin de prévenir les situations de vulnérabilité tant sociales et que médicales, participant-e-s dressent deux préconisations :

- **Instaurer un protocole de soutien et de détection des vulnérabilités systématiquement après chaque licenciement et mesure d'expulsion de logement**, permettant alors de mettre en place un double accompagnement systématique, constitué d'un **suivi psychologique** ET d'un **suivi social**, qui, s'il l'un d'entre eux – ou les deux – démontrent un besoin de suivi ou d'accompagnement aboutirait sur l'orientation de la personne et l'engagement d'acteurs locaux (institutionnels, associatifs, etc.),
- **La préparation systématique de la sortie d'hospitalisation par les services sociaux hospitaliers**, ainsi que le **suivi du parcours de soin**, là aussi systématique, par ces mêmes services en post-hospitalisation.

Ainsi, ces différentes adaptations des systèmes social et de soin permettront de pouvoir mieux répondre à l'immédiateté, que ce soit concernant les besoins en santé, les besoins en logement, en ouverture de droits ou tout autres besoins relevant des déterminants sociaux de la santé.

Ressources et outils

Les participant-e-s ont indiqué différentes ressources sur le territoire :

- Le point H est un point santé - centre d'accueil médicalisé de soins gratuits pour les personnes en difficulté sociale - dont l'équipe est composée d'une psychologue, d'une IDE et d'une médecin. Le point H peut permettre un accueil bienveillant, des orientations vers les professionnel-le-s adéquates et surtout de travailler avec la personne à lever les freins d'accès aux soins
- Le DAC, dispositif d'appui à la coordination : Il permet d'organiser et de coordonner les parcours de soins complexes pour éviter les ruptures de parcours – [pour plus d'informations](#)

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 Corlay. Après deux mois à Corlay, Sékou décide de gagner une ville un peu plus grande, dans l'espoir de pouvoir y trouver un travail. C'est comme cela qu'il arrive à Brest.

Dans les quelques jours suivants il obtient un hébergement dans un CADA de Brest.

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

Parcours de santé :

Un soir, lorsqu'il était encore à Paris, il a reçu un coup de couteau dans le ventre. Les pompiers l'ont 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 et maraudeuses qu'il avait l'habitude de retrouver les samedi après-midi au parc de Choisy. Sékou craint l'institution hospitalière ; tout comme toutes institutions d'ailleurs ; il a peur qu'on le renvoie dans son pays. Les maraudeurs 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, maintenant, à Brest, il faut tout recommencer. Il faut de nouveau avoir confiance dans une nouvelle PASS. Sékou se demande : « D'ailleurs est-ce qu'il y a le même genre de service à l'hôpital de Brest ? A Corlay, il n'y en avait pas ».

D'après les professionnels ou bénévoles de cette association qui l'accompagnent (pour Sékou, c'est difficile de comprendre qui est qui et qui fait quoi, à cause de la barrière de la langue), « 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.

Problématiques 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 !

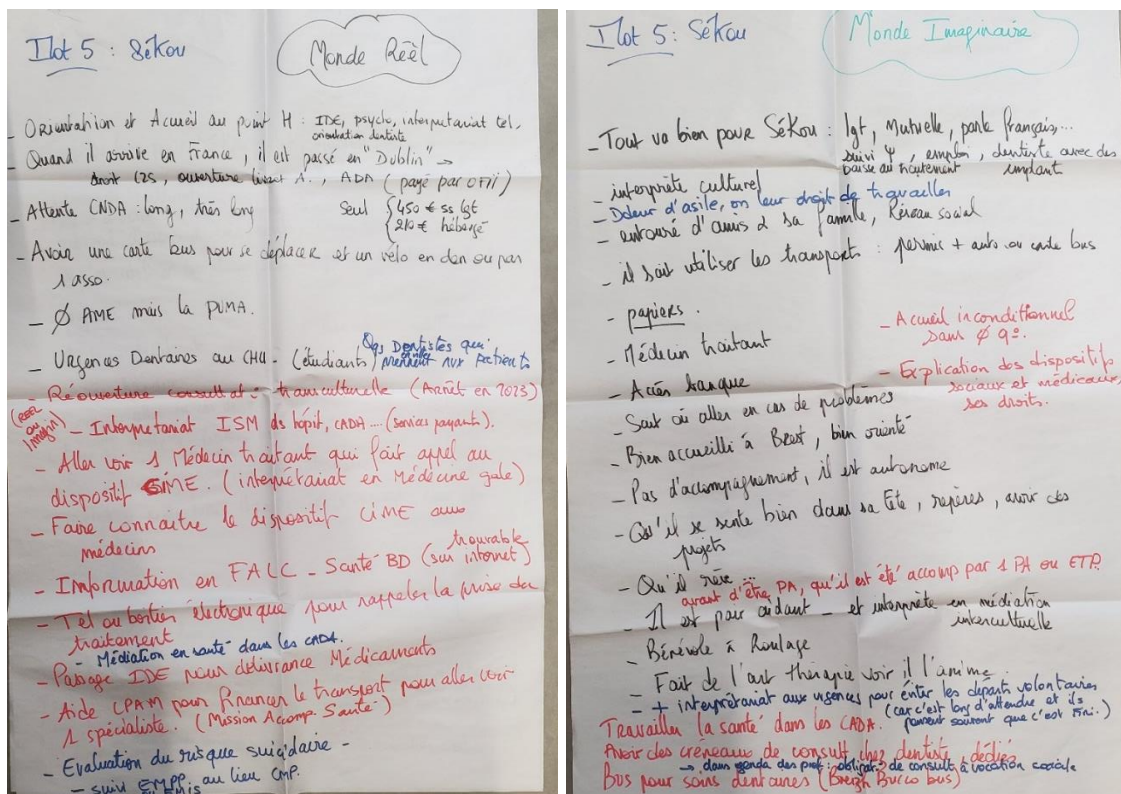
A plusieurs reprises, Sékou a été hospitalisé suite à des mauvaises prises de médicaments : cumul des traitements, oubli d'un médicament, surdosage, mélange...

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 !

Les professionnels ont réussi à obtenir un RDV pour Sékou chez un dentiste, dans 4 mois et 8 jours. Peut-être que cette nouvelle lui redonnera le sourire ! Mais voilà, le RDV est à Landivisiau ! Sékou se demande comment il va pouvoir se rendre au RDV... c'est tout de même à presque 40 km de Brest... et il n'a même plus de vélo !

Travail des participant-e-s



- **Propositions des participant·e·s**

Pour améliorer l'accès aux soins de Sékou et des 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, en particulier dans les services d'urgence. Les participant·e·s proposent donc de **systématiser l'usage de l'interprétariat dans les services des urgences**, notamment pour éviter les départs volontaires et la bonne compréhension du fonctionnement du service. L'usage de l'interprétariat est encore moins systématique dans la médecine de ville.

Les participant·e·s préconisent donc **d'intensifier la sensibilisation des professionnel·le·s 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 professionnel·le·s du soin pourraient également permettre d'intensifier ce travail.

Si le dispositif CIME (3 consultations longues + interprétariat) n'existe malheureusement plus, **le dispositif D.I.S (Demande d'interprétariat en santé)** peut en revanche être mobilisé par les praticien·ne·s de ville pour mobiliser des ressources en interprétariat (voir dans les ressources pour la procédure).

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** tels que les CADA.

Les participant·e·s ont évoqué l'existence d'outils inclusifs pour aborder les sujets de santé, notamment en FALC (facile à lire et à comprendre), et traduites en plusieurs langues, à l'image de « La santé en BD » qui sont 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 existent (voir le chapitre ressources ci-dessous).

2/ Développer la médiation en santé et l'aller vers

Pour une définition de la médiation en santé, voir la proposition n°1 des participant·e·s sur la situation de Richard.

Développer des postes de médiateur·rice·s en santé dans les CADA pourrait permettre d'organiser la réservation d'un interprète, d'accompagner physiquement les personnes à leurs RDV, d'aider les personnes dans les prises de RDV et leur gestion, par exemple en réalisant des rappels des RDV, etc.

La médiation en santé permet également aux personnes d'être mieux comprises par les professionnel·le·s du soin, en facilitant la compréhension, par ces derniers, des freins à l'accès aux soins et des points de blocage, mais également de leurs besoins. En creux, **l'accompagnement par un médiateur ou une médiatrice en santé permet d'adapter le soin aux besoins et contraintes des patient·e·s.**

Enfin, le médiateur en santé peut prendre le temps d'expliquer aux personnes les propos des professionnel·le·s, d'expliquer l'intérêt des traitements et comment faciliter leur observance, mais également d'expliquer le fonctionnement des différents dispositifs sociaux et sanitaires aux personnes, ainsi que leurs droits.

Enfin, l'inclusion de médiateurs ou médiatrices en santé dans les équipes professionnelles de structures d'hébergement telles que les CADA, permettrait à celles-ci de travailler la santé au sein des ce dispositifs d'hébergement.

Les participant·e·s préconisent également **d'ouvrir la possibilité aux IDE (infirmiers diplômé d'Etat) de faire des « visites à domicile » sur le lieu de vie des patients et patientes**, que ce soient des sites d'hébergement (par exemple **CADA, HUDA**), ou de logement, voire sur leurs lieux de vie à la rue. Ces passages d'IDE pourraient par exemple permettre la délivrance et donc la bonne observance des traitements.

Afin de compléter le dispositif d'aller vers que représenterait le développement de postes de médiateur·rice·s en santé dans les structures d'hébergement et de passages infirmiers dans ces dernières, les participant·e·s préconisent de créer des dispositifs de soins dentaires mobiles, tels que **des bus buccodentaires**, sur le modèle du Breizh Bucco Bus. C'est un cabinet dentaire mobile qui sillonne les routes du Finistère pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qui vivent dans des établissements comme les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante), IME (institut médicoéducatif), IEM (institut d'éducation motrice), FAM (foyer d'accueil médicalisé), MAS (maison d'accueil spécialisée). Ainsi, il pourrait être imaginé le déploiement de ce type de cabinets dentaires mobiles dans les structures d'hébergement du secteur AHIL ou du secteur de l'asile. Pour plus d'information sur le [Breizh Bucco Bus, par ici](#).

3/ Rouvrir les consultations transculturelles

[La consultation transculturelle](#) intervient lorsque l'équipe soignante constate un point de blocage ou éprouve une difficulté à comprendre les représentations ou la situation familiale d'une personne (Quérueu & Amalini, 2022). Le but des consultations transculturelles « est de construire un récit commun, « entendable » par tous les acteurs réunis dans le cercle de l'entretien. Il s'agit de bâtir des ponts entre les langues, la culture d'origine et la culture française, entre le monde de la maison, de l'école, du soin, etc. » (Quérueu & Amalini, 2022). Pluridisciplinaire, « cette consultation se déroule d'une façon particulière, puisqu'elle fait intervenir un groupe de professionnels : psychologues, psychiatres, infirmiers, éducateurs spécialisés, traducteurs, médiateurs

culturels. Un thérapeute principal mène l'entretien, avec le patient, sa famille et la première équipe soignante, donnant tour à tour la parole aux co-thérapeutes, afin que chacun exprime sa perception de la situation à partir de son champ disciplinaire et culturel » (Quéruef & Amalini, 2022). Elle est un outil d'aide pour les équipes médicales « pour faire face à un blocage thérapeutique ou une non-adhésion aux soins et notamment quand il apparaît que des éléments culturels [sont] un facteur déterminant de ceux-ci »². [La médiation transculturelle](#) est apparue dans le champ de la psychiatrie « pour améliorer la prise en charge clinique des personnes migrantes ». Le médiateur est alors « considéré comme un expert de la culture du patient ». Elle est ponctuelle et est, dans la majorité des cas, limitée à une unique intervention qui « permet de fournir de nouveaux éléments de compréhension sur le sens donné par le patient à sa pathologie » pour permettre une adaptation du projet de soin (Bouznah & Minassian, 2024).

Il existait auparavant à Brest des consultations transculturelles, qui ont été arrêtées en 2023. Les participants préconisent donc de **réouvrir ces consultations**.

4/ Faciliter les déplacements

Les participant·e·s préconisent de **fournir des cartes de bus aux personnes hébergées dans le secteur de l'asile pour faciliter leurs déplacements**, et ainsi, l'accès aux soins. Une autre manière de faciliter les déplacements des personnes, serait, selon les participant·e·s, de **mettre à disposition des vélos dans chaque structure d'hébergement**.

5/ Faciliter la bonne observance des traitements

Afin de faciliter une bonne observance des traitements, les participant·e·s préconisent, outre le passage infirmier sur la structure d'hébergement (voir supra), de **fournir aux personnes un boîtier ou un téléphone programmé pour rappeler la prise de médicaments**.

6/ Faciliter l'accès aux soins dentaires

Pour faciliter l'accès aux soins dentaires, les participant·e·s proposent de **dédier des créneaux de consultation dentaire chez les dentistes aux population vulnérables par une « obligation à vocation sociale »**. Des créneaux réservés présenteraient divers avantages : ils permettraient aux personnes d'accéder au droit commun ainsi que de raccourcir les délais d'obtention des RDV. En effet, les délais actuels sont si longs qu'ils sont générateurs d'oublis ou d'impossibilités d'honorer le RDV pour les patient·e·s fragiles, qui s'en retrouvent alors blacklisté·e·s et ne peuvent plus obtenir de RDV. Ils permettraient également de prévoir un mode d'accueil adapté, c'est-à-dire une souplesse en cas d'oubli de RDV ou de retard, ainsi qu'une durée de RDV adaptée à des personnes plus vulnérables que la population

² <https://centre-babel.fr/centre-babel-presentation/>

générale et ayant parfois besoin d'un temps de mise en confiance. Cela permettrait également que des professionnel-le-s en qui les personnes ont déjà confiance puissent les accompagner si ces dernières le demandent.

Ainsi, des créneaux spécifiques et réservés faciliteraient le suivi du parcours de soin et la mise en confiance des patients.

Ressources et outils

Sur le territoire

- Le Point H est un point santé - centre d'accueil médicalisé de soins gratuits pour les personnes en difficulté sociale - dont l'équipe est composée d'une psychologue, d'une IDE et d'une médecin. Le point H peut permettre un accueil bienveillant, des orientations vers les professionnel-le-s adéquates et surtout de travailler avec la personne à lever les freins d'accès aux soins
- Les urgences dentaires au CHU de Brest : les étudiants réalisent des soins dentaires
- La MiSaS (Mission accompagnement Santé) de la CPAM accompagne les personnes dans leur accès aux droits, ainsi que dans leur accès aux soins (prise de RDV, rappels téléphoniques des RDV, recherche d'un médecin traitant...). Attention : Service non ouvert aux bénéficiaires de l'AME (car les bénéficiaires de l'AME sont bénéficiaires d'une prestation sociale, et non assurés social). [Pour plus d'information](#)
- Dispositif D.I.S (Demande Interprétariat en Santé). Pour pouvoir faire appel à un interprète pour une consultation médicale chez un-e professionnel-le de santé libéral-e. [Pour plus d'information](#)
- L'équipe mobile intersectorielle de Brest (EMIS). L'équipe mobile de psychiatrie (EMIS) propose des visites à domicile médico-infirmières. Sa vocation est de prendre en charge dans leur milieu de vie, des patient-e-s âgé-e-s de 16 à 70 ans, qui justifient de soins soutenus. Les soins s'adressent à des patient-e-s présentant un état clinique aigu, mais ne nécessitant pas d'hospitalisation. L'équipe se compose d'un psychiatre, un interne de psychiatrie, quatre infirmiers, un cadre de santé, une assistante sociale et une secrétaire. [Pour plus d'informations](#)

Outils numériques

Les participants ont évoqués l'outil « la santé en BD » (voir ci-après) qui permet de diffuser de l'information en FALC (Facile à lire et à comprendre) et traduite en plusieurs langues. Dans cette restitution, sont également présentés d'autres outils numériques qui ont été évoqués lors des autres évènements Regards croisés Santé x Social finistériens.

- 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](#)

- 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 administratives), 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 médicaments, 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 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](#)

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.

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 Brest. Elle commence donc une nouvelle vie, dans l'usine de Tissage de la Lys, à Brest. 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 2023³, les tissages de la Lys ferment. 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. Elle reste à Brest. Des camarades du syndicat de l'usine lui indiquent qu'elle peut appeler le 115. Elle appelle, elle obtient une place en hébergement. Elle est au moins à l'abri, en attendant de reconstruire sa vie.

Parcours de santé :

³ L'entreprise tissage de la LYS a licencié des personnes en 2021. L'année de fermeture de l'usine est imaginaire, pour la crédibilité de l'histoire de Sophie

Avec le travail à la manufacture de tabac, 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 raisons d'aller se plaindre auprès d'une blouse blanche !

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 l'usine. 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 sociale 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.

Sophie a une santé mentale fragile (selon les professionnels qui l'accompagnent), elle a besoin de soutien. Elle a de lourdes difficultés sociales et est très isolée. Ces seules relations sociales sont presque uniquement celle qu'elle entretient avec l'équipe qui l'accompagne.

Problématiques de Sophie :

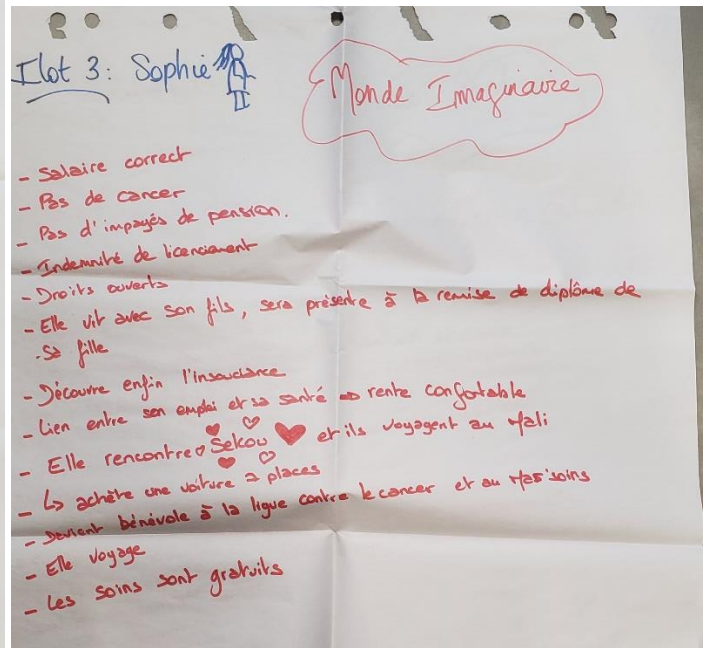
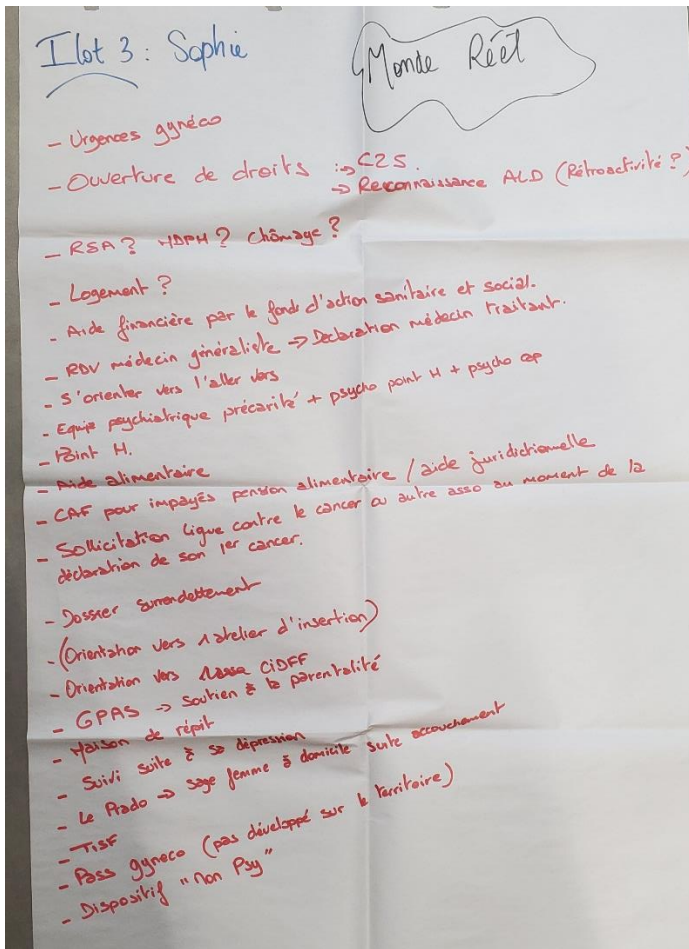
Depuis l'annonce de la fermeture de l'usine, ses douleurs au ventre ont repris. Sa référente sociale a tout de suite pensé à son cancer, mais Sophie ne voulait pas en entendre parler. Durant 3 mois elle a essayé de la motiver à consulter un gynécologue. Mais Sophie avait peur.

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 4 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



Les participant·e·s ont proposé quelques pistes de solution pour améliorer la situation de Sophie, et un nombre important de ressources existant sur le territoire.

Propositions des participants

Les participants et participantes proposent de développer 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). Il existe actuellement des « maisons de répit ».

Ils et elles ont également préconiser de **créer une PASS (permanence d'accès aux soins de santé) gynécologique** sur le territoire de Brest.

Enfin, les participant·e·s ont proposé de **développer massivement « l'aller vers »** sur le territoire, qui pourrait, s'il est effectué au plus tôt, permettre de repérer les situations au plus tôt et d'intervenir le plus précocement possibles sur les problématiques des personnes, laissant ainsi le temps de s'adapter à leurs rythmes, et à leurs besoins. Aux vues de

la situation de Sophie, de « *l'aller vers* » spécialisé en gynécologie et/ou en psychiatrie sensible à la dépression post-partum pourrait être intéressante.

Enfin, pour assurer un soin de qualité et équitable à toutes, les participant-e-s ont proposé que **les soins deviennent réellement gratuits pour toutes et tous.**

Ressources du territoire

Un certain nombre de ressources déjà existantes sur le territoire ont été discutées par les participant-e-s au sein des différents échanges :

- Les urgences gynécologiques et de la femme enceinte au CHU de Brest
- Il est possible de solliciter une aide financière ponctuelle pour accéder aux soins par le Fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass). Celui-ci est destiné à faciliter l'accès aux soins des personnes en situation difficile, ils financent des aides ponctuelles à titre individuel ou en faveur d'associations. Il est mis en place par la Caisse nationale d'assurance maladie. [Pour plus d'informations](#)
- L'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)
- Le point H, qui a dans ses équipes une psychologue
- Le CAP, centre d'accueil et d'accompagnement psychologique qui permet des consultations psychologiques à des tarifs solidaires. [Pour plus d'informations](#)
- La CAF, notamment pour obtenir une aide juridictionnelle (pensions alimentaire impayées)
- La ligue contre le cancer qui proposent des accompagnements aux personnes atteintes d'un cancer. [Pour plus d'informations](#)
- Le CIDFF, centre d'information sur les droits des femmes et des familles. [Pour plus d'informations](#)
- Le GPAS, groupe de pédagogie et d'animation sociale, qui propose, à Brest du soutien à la parentalité. [Pour plus d'informations](#)
- Le PRADO, programme d'accompagnement au retour à domicile. C'est un dispositif créé par l'Assurance Maladie en 2010, pour anticiper les besoins liés au retour à domicile du patient hospitalisé et fluidifier le parcours hôpital-ville. Des professionnels de santé, dont des sages femmes peuvent faire, via ce dispositif des visites à domicile suite à un accouchement. [Pour plus d'informations](#)
- Dispositif « mon soutien psy » qui propose jusqu'à 12 séances d'accompagnement psychologique chez un psychologue partenaire. La séance coûte 50 euros. Elle est remboursée à 60 % par l'Assurance Maladie. Mon soutien psy s'adresse à toute personne, dès 3 ans, qui se sent angoissée, déprimée ou en souffrance psychique légère à modérée. [Pour plus d'information](#)

IV) Bibliographie

Bouznah, S., & Minassian, S. (2024). *Guide de médiation en santé : Approche transculturelle*.

<https://shs.cairn.info/guide-de-mediation-en-sante-approche-transculturelle--9782848358932>

Quéruef, N., & Amalini, S. (2022). Consultation transculturelle : « Bâtir des ponts entre les langues et cultures

d'origine pour la prise en charge la plus adaptée de l'enfant ». *La santé en action*, 460, 25-26.

Soleymani, D., Hamel, E., & Bouchaud, O. (2022). Médiation en santé : Concepts, définitions, métiers. *La santé en*

action, 460, 10-11.