

## RESTITUTION

### « REGARDS CROISÉS : SANTE X SOCIAL » :

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

-

A Carhaix le 19/11/2024



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

WORK-CAFÉ et COCKTAIL

REGARDS CROISÉS SANTÉ  
& SOCIAL

KARAEZ PARK CARHAIX  
Rue ar Piti Guéguen – 29270 Carhaix-Plouguer

Évènement Gratuit  
Inscription Obligatoire

De 18h00  
à 21h00 **19 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
Constats des participants.....	6
Propositions des participants .....	7
1/ Diminuer les pratiques de blacklisting des publics en situation de précarité et faciliter l'obtention des RDV médicaux .....	7
2/ Développer la médiation en santé et accompagner physiquement les personnes à leurs RDV médicaux .....	8
3/ Agir sur la formation des professionnels de la santé .....	8
4/ Faciliter l'accès aux soins en jouant sur les déterminants de la santé .....	9
5/ Faciliter l'accès aux soins de santé mentale et d'addictologie .....	9
6/ Développer et intensifier l' <i>aller vers</i> , avec de nouveaux outils .....	9
7/ Développer des structures adaptées au public .....	10
8/ Renforcer les effectifs des professionnels du secteur social, médicosocial et du secteur sanitaire .....	10
III.2) SITUATION 2 : « SEKOU » .....	10
<i>Présentation de la situation fictive de Sékou</i> .....	10
<i>Travail des participant·e·s</i> .....	12
Propositions des participants .....	13
1/ Faciliter et systématiser l'usage de l'interprétariat dans les entretiens individuels et consultations .....	13
2/ Faciliter l'accessibilité des formations Français langue étrangère (FLE) ou autre type de formation pour apprendre à maîtriser la langue française .....	13
3/ Faciliter les déplacements pour se rendre à ses RDV médicaux ou entretiens sociaux .....	13
4/ Développer la médiation en santé et l' <i>aller vers</i> .....	14
5/ Mieux doter le territoire en professionnels du soin .....	14
6/ Renforcer les droits associés à l'obtention de l'AME (Aide médicale d'Etat) .....	14
Ressources sur le territoire .....	15
Outils pour parler santé avec les personnes allophones .....	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/ Travailler l'insertion professionnelle dès la suite d'un licenciement .....	19
2/ Travailler au décloisonnement des secteurs pour coordonner un parcours de soins (pensée dans une approche globale) .....	19
3/ Améliorer le repérage des situations de vulnérabilités et leurs prises en charge .....	20
4/ Améliorer la santé des femmes, et la prise en compte de leurs différents déterminants sociaux de la santé .....	20
5/ Lever les freins financiers et les freins liés à la mobilité à l'accès aux soins .....	20
6/ Développer la médiation en santé .....	21
7/ Former les professionnels du soin .....	21
8/ Faciliter la prise de RDV et prioriser les publics .....	21
9/ Réaliser une prise en charge des personnes dans une approche de santé globale au sein des hôpitaux .....	21
10/ Faire évoluer le système de soin .....	22
Ressources sur le territoire .....	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 Carhaisien 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 : 11 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 pousse la porte du CCAS. Il obtient assez rapidement une place en hébergement d'urgence, qui lui permet d'être à l'abri et de travailler – 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 le CCAS (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 Carhaix depuis début 2023, pour ses problématiques d'addiction. Il oublie régulièrement ses RDV, l'équipe sociale des ACT essaie 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 qui l'accompagnent suspectent un syndrome de Wernicke-Korsakoff<sup>1</sup> 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 à son appartement qui lui permettent d'aller de la terrasse où il fume ses cigarettes à sa chambre. 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 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 sur une commune à 20 km de son domicile.

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 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 10 minutes, le médecin s'adresse à l'infirmière, sans même regarder Richard : « Bon, son problème en fait... c'est juste que Monsieur, il faut simplement qu'il arrête réellement de boire, c'est tout ! ».

A force de persuasion, l'infirmière décroche tout de même une orientation pour un bilan gastrointestinal et un bilan neurologique. Ni une ni deux, l'équipe qui l'accompagne décroche son téléphone pour prendre RDV à l'hôpital pour ces deux bilans. Au bout du fil, une

---

<sup>1</sup> 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.

secrétaire d'un des deux services explique qu'ils ne vont pas le recevoir : « ah non ! on connaît bien monsieur, il ne va pas venir, on ne souhaite plus le recevoir ».

## Travail des participant-e-s

**Monde Réel**

- Suivi addicto & Médecine gale en m temps, & + globalement ts types de pathologies.
- Arrêt des secrétaires de "Black listées" les personnes
- Aller directement voir les secrétaires, en face à face pour négocier les RDV.
- Accompagner les personnes à leurs RDV médicaux
- Se faire un réseau de cabinets libéraux accessibles
- Éviter les échanges de mails pour la prise de RDV.
- Organiser des visites dans des structures : Pension famille
- Créer une pension de famille sur Carhaix, car la résidence autonome accueille des personnes de +60 ans autonomes et n'a pas d'accueil médical
- Des maraudeurs sur Carhaix pour détecter les pers. en situat° plus vite... - Équipe Mobile Précarité sur Carhaix...
- Prise de RDV anonymes
- Plus de communication santé, social + Média social
- Cartographie des patientèles
- Développer des ACT addicto en psy.
- Avoir du confort dans certains services en améliorant les conditions d'intervention des professionnels en poste...
- Contracter plus les CMP.
- Créer une pension animale sociale
- Des créneaux de RDV gardés pour des pers. sur les agendas accessibles 24h/24.
- Plus de temps pour l'accompagnement et accès aux soins... Projet de médico psy sur territoire en zones... (consultat, examens) (désignation accordée)

**Monde idéal**

Sans contrainte financière...

- Les troubles Korsakoff soient réversibles, l'alcool n'est pas d'impact sur la santé...  
Accès à un médecin au MS sous 48h - Un logement / pers
- Médecins formés aux addictions, + sensibilisés
- Visite à domicile : en vélo électrique
- Un accès aux spécialistes sans délai, de proximité, qui réalisent un diagnostic précis
- Sans conditions de droits ouverts, sans contraintes administratives avec son animal
- Les usages accessibles à toute personne avec ou sans logement avec un suivi post addicto, quotidien sur le lieu de vie, sans aucune condition, sans délai
- Infirmiers libéraux psy. ⊕ de prévention.
- Plus de structures adaptées : pension de famille, résidence, ...
- Renforcer certains dans les équipes SNS, SMI, SAH, foyer de vie
- Des logements avec des spécialistes / suivi médical en dorsus (RDC)
- Aller vers plus tôt: Remboursement professionnel chat avec surcharge... Adapter au rythme des pers. de leur réseau Le Bilan psy, Praticien plus Global...
- Plus de médecins, pour des RDV sans délais.
- Coordination entre les profs libéraux, les services pour ne plus avoir de refus d'examen
- Des cabinets itinérants (ex: Mansouin) (soins et prévention)
- Après le diagnostic : Un accès aux soins systématiques (atelier mémoire alim, ETP, ...)
- Un monde sans jugement, avec un accès à l'oubli... Pas de stigmatisation...

## Constats des participants

Le public en situation de précarité est un public « dans l'immédiateté », qui agit au jour le jour et dont les priorités sont travaillées avec les professionnels qui les accompagnent au grès des nombreuses problématiques qu'ils rencontrent. Dans ce contexte, des délais de RDV à long terme peuvent entrer en contradiction avec le mode de vie des personnes et leurs priorités en termes d'insertion sociale. Ainsi, il est alors facile d'oublier un RDV lorsque celui-ci est « descendu » dans l'échelle des priorités face à une problématique plus urgente au regard de la survie sociale de la personne.

Le territoire de Carhaix présente aussi des freins propres à la ruralité. Le public en situation de précarité est peu mobile au regard des transports : il ne bénéficie souvent pas d'un véhicule personnel et ou de ressources suffisantes pour utiliser les transports en commun pour se rendre sur des RDV médicaux éloignés de leurs lieux d'habitation.

Les modalités de prises en charge de ces publics dans le secteur sanitaire s'avèrent parfois inadaptées, trop courtes ou parfois maladroites/discriminantes, et ne permettent pas à ces patients déjà fragilisés d'établir une relation de confiance dans l'institution soignante pour s'insérer dans un parcours de soins.

### *Propositions des participants*

## **1/ Diminuer les pratiques de blacklistage des publics en situation de précarité et faciliter l'obtention des RDV médicaux**

Outre la pratique du blacklistage des patients jugés comme complexes (cumulant vulnérabilités sociales, (poly)pathologies et parfois troubles psychiatriques et/ou d'addiction), les participants constatent, qu'il existe un premier filtre à l'accès aux soins, constitué par les secrétaires médicales des cabinets. Les participants suggèrent d'éviter d'essayer d'obtenir des RDV par mail et d'aller directement **négoier les RDV auprès des secrétaires médicales en face à face**. Les participants proposent de créer un système de **prise de RDV anonyme** afin de lutter contre la stigmatisation des publics concernés et d'éviter les pratiques de blacklistage. Cependant, ce système de prise de RDV anonyme ne pourrait être efficace que sur des créneaux dits d'urgence, pour des soins immédiats, et pas pour des RDV de suivis médicaux. En effet, pour des consultations de suivi médical, par exemple réalisées par le médecin traitant, le fait de connaître à l'avance l'identité du patient permet au médecin de préparer sa consultation.

Les participants et participantes préconisent de se créer **un réseau de professionnels de la santé libéraux jugés comme accessibles**, ainsi que la création d'une **cartographie des partenaires accessibles sur le territoire**, que les professionnels libéraux jugés comme accueillants, ouverts, accessibles et bienveillants pourraient intégrer.

Ils préconisent également la **création de créneaux dans les cabinets médicaux libéraux, réservés pour les publics en situation de précarité**, qui soient accessibles 24h sur 24. La création de tels créneaux réservés permettrait 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 patients fragiles, qui s'en retrouvent alors black-listés et ne peuvent plus obtenir de RDV. Cela permettrait 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 générale et ayant parfois besoin d'un temps de mise en confiance. Cela permettrait également que des professionnels en qui les personnes ont déjà confiance puissent les accompagner si ces dernières le demandent. Tout cela permettrait de faciliter le suivi du parcours de soin et la mise en confiance des patients.

Pour les participants, **un accès aux spécialistes, qui soit sans délai et de proximité**, paraît capital pour la bonne prise en soin des personnes en situation de précarité. Il apparaît alors important **d'augmenter la démographie médicale (médecine généraliste et de spécialités)** sur ce territoire.

Les participants préconisent également d'effectuer une **coordination entre les professionnels libéraux du territoire pour éviter les refus d'examen et les refus de soins**. Dans cette même idée, les participants suggère de mettre en place

des instances afin de **favoriser la communication entre le secteur sanitaire, le secteur social et le secteur médicosocial.**

## **2/ Développer la médiation en santé et accompagner physiquement les personnes à leurs RDV médicaux**

### 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.

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.

## **3/ Agir sur la formation des professionnels de la santé**

Les participants repèrent un manque de sensibilisation/formation des professionnels de la santé, aux addictions, aux spécificités, contraintes et besoins des publics en situation de précarité. Ainsi, pour s'assurer d'une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé et de leur influence sur l'état de santé des populations, et de s'assurer d'une prise en charge adéquate, il paraît important de **former et sensibiliser les professionnels de la santé aux spécificités du public en situation de précarité ainsi qu'aux addictions.**



#### **4/ Faciliter l'accès aux soins en jouant sur les déterminants de la santé**

Les participants et participantes préconisent de prendre en compte les déterminants de la santé pour organiser un accès facilité aux soins. Par exemple, ils préconisent de permettre **l'accès à des soins effectifs de manière inconditionnelle, c'est à dire sans conditions d'ouverture des droits de santé, sans contrainte administrative.** Certaines personnes de ces publics sont accompagnées d'animaux de compagnie, qui peuvent être un frein à l'accès aux soins des personnes. Les participants préconisent de travailler des solutions à la prise en compte de ce frein, par exemple **en acceptant les animaux dans certains lieux de soin**, en prévoyant un **espace de garde des animaux non loin des lieux de soin**, ou en **créant des pensions animales sociales** dans lesquels les animaux pourraient être choyés lorsque leurs propriétaires effectueraient un séjour hospitalier par exemple.

Les participants proposent également la mise en place de soins, immédiatement après un diagnostic, de manière systématique, tels que de l'éducation thérapeutique du patient, des ateliers mémoire, des ateliers alimentation, etc.

#### **5/ Faciliter l'accès aux soins de santé mentale et d'addictologie**

Les participants proposent la **création de postes d'infirmiers en psychiatrie libéraux sur le territoire.**

Les participants recommandent **de rendre les cures de désintoxication plus accessibles, en les ouvrant à toute personne en éprouvant le besoin, qu'elle ait ou non un logement.** Ils préconisent également la mise en place, après une telle cure, **d'un suivi addicto en postcure qui soit quotidien, sur le lieu de vie de la personne**, sans condition et immédiatement mis en place en sortie de cure.

#### **6/ Développer et intensifier l'aller vers, avec de nouveaux outils**

Les participants proposent de développer **l'aller vers, plus tôt** qu'il ne l'est déjà, afin 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.

Ils proposent de développer des **passages d'équipes mobiles psychiatrie-précarité et d'équipes mobiles santé-précarité sur le territoire. Des maraudes pourraient également être organisées sur le territoire** afin de repérer les situations de vulnérabilités (au regard de la situation sociale et de l'état de santé des personnes) plus rapidement. Ils préconisent également la création de **cabinets médicaux itinérants**, sur le modèle des Marsoins, mais qui effectueraient, **au-delà des actions de prévention, également des actions de soins.** Un projet de médico-bus offrant consultations et examens de santé est en construction sur le territoire.

Les participants proposent également de **créer des logements permettant un suivi médical très en proximité** : des logements (à l'étage) au-dessus des cabinets médicaux généralistes ou spécialistes (rez-de chaussée).

Enfin, les participants préconisent d'organiser des **visites à domicile de professionnels de la santé dans les structures de logement (pension de famille) et d'hébergement (CHRS, etc).**

## 7/ Développer des structures adaptées au public

Les participants proposent de **créer différentes structures adaptées aux diverses problématiques rencontrées par les personnes en situation de précarité sur le territoire**, telles que des pensions de famille, des foyers de vie, ou des résidence autonomie à Carhaix.

Ils proposent également la **création de structures d'hébergement/logement possédant un service médical, ou intégrant dans les équipes d'accompagnement des professionnels du soin**.

Les participants proposent également de **développer des ACT** (appartements de coordination thérapeutique) **spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles des addictions**.

## 8/ Renforcer les effectifs des professionnels du secteur social, médicosocial et du secteur sanitaire

Enfin, pour permettre **d'augmenter le temps d'accompagnement social et le temps d'accompagnement vers les soins**, nécessaires pour les personnes en situation de précarité, les participants proposent d'augmenter les effectifs des professionnels des différents services et secteurs.

Enfin, pour les participants il était important de rappeler que pour un meilleur accompagnement vers le soin des personnes concernées, sans discrimination, il faudrait **construire un monde sans jugement dans lequel les personnes auraient le droit à l'oubli**.

## III.2) Situation 2 : « Sékou »

### Présentation de la situation fictive de Sékou

Santé mentale – interprétariat – délais de RDV - dentaire

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

#### **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 Carhaix.

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 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<sup>ème</sup> arrondissement de Paris lorsqu'il avait un problème de santé.

Mais ici, maintenant, à Carhaix, 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 Carhaix ? A Corlay, il n'y en avait pas.

Ici, à Carhaix, il a rencontré une association qui vient en aide aux migrants. D'après les professionnels ou bénévoles (pour Sékou, c'est difficile de comprendre qui est qui et qui fait quoi, à cause de la barrière de la langue) de cette association qui l'accompagnent, « 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 Belle-Île-en-Terre ! Même si les personnes qui le rassurent « il n'y a pas besoin d'un bateau pour se rendre à Belle-Île-en-Terre » ; Sékou se demande comment il va pouvoir se rendre au RDV... c'est tout de même à presque 40 km de Carhaix... et il n'a même plus de vélo !

## Travail des participant·e·s

Dans le monde réel

- le CTP peut gérer son traitement (pilulier journalier avec livraison possible)
- Entretien régulier avec le CTP
- Le CTP peut faire une demande d'ACT
- Taxi.com pourrait l'emmener à l'aéroport de Carhaix pour consulter un médecin (2€ la course)
- Equipe mobile de précarité qui peut assurer des déplacements ponctuels
- Appel à une association d'aide aux migrants
- Don d'agenda papier
- Google Traduction
- Demande de logement
- Révision de son traitement
- Prendre un "vrai" temps long pour mettre à plat son traitement et lui en expliquer l'intérêt
- Chercher par le bouche à oreille des personnes parlant sa langue
- Plateformes de traduction
- Passage journalier d'une infirmière libérale
- Livret d'explication des démarches traduit en plusieurs langues

Dans un monde idéal

- Il a un logement + passage IDE
- 1 PASS à Carhaix opérationnelle
- Accompagnement physique (traducteur présent aux consultations, suivi des prescriptions, prises des RDV et rappels ...)
- Il dispose d'un téléphone et d'un accès internet
- Il obtient un titre de séjour
- Peut accéder à des cours de français
- Taxi pour se rendre aux RDV / peu d'argent pour prendre les transports
- Dentiste à Carhaix, RDV rapide
- Il serait compris, prise en compte de son parcours
- Accès à un médecin traitant
- Pas d'attente
- Dans un monde idéal il parle déjà français
- Il a une voiture autonome (qui se déplace toute seule)
- Il ne serait pas sous traitements antibiotiques
- Le médecin a compris son mal-être et lui a prescrit un traitement + adéquat
- Annuaire d'interprètes
- Audio-guide qui traduit en direct
- Bons de transport pour accéder à n'importe quel professionnel de son
- Coupler l'AME avec un suivi psy
- Accompagnement global

- Santé  
- Culture  
- Social

## *Propositions des participants*

### **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.

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.**

Il existe actuellement des outils qui ont déjà été traduits dans différentes langues par différentes organisations (associations, organisations publiques, etc.) pour tenter de rendre accessibles les informations en santé aux personnes allophones (voir la section « outils pour parler santé avec les personnes allophones »). Il convient alors de faire la **promotion de ces outils auprès des différents professionnels**, notamment des professionnels du soin.

D'autres types d'outils pourraient être construits selon les participants tels que :

- **Un annuaire des interprètes disponibles sur le territoire** (et les langues parlées)
- **Un audio-guide qui permettent de traduire en direct les propos des personnes allophones et des professionnels**
- **Une plateforme dédiée à l'usage de l'interprétariat en santé et dans le secteur social**
- **Des livrets, traduits en plusieurs langues des différentes démarches sociales et de santé**

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

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/ Faciliter les déplacements pour se rendre à ses RDV médicaux ou entretiens sociaux**

Particulièrement dans un territoire rural comme celui de Carhaix, il apparaît important de faciliter les déplacements des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilités en vue de se rendre à leurs RDV, qu'ils soient sociaux ou médicaux. Pour cela, les participants ont proposé plusieurs pistes d'actions :

- **Attribuer une enveloppe monétaire aux personnes pour qu'elles puissent utiliser les transports en communs ou réserver des taxis**
- **Prendre en charge les frais relatifs aux réservations de taxis**
- **Développer et créer des voitures autonomes, qui se déplacent seules d'un point A à un point B**

- **Ouvrir les droits aux bons de transport pour des raisons liées à la situation sociale, et/ou raisons médicales en dehors des raisons couvertes par l'ALD, pour pouvoir honorer un RDV avec tout type de professionnels** (secteur sanitaire dont généralistes, médicosocial et social).

L'institut Breton d'Education Permanent (IBEP) propose des formations FLE (le site de Carhaix n'apparaît pas sur le site internet ms fonctionne à ce jour même si la pérennité est interrogée en raison du peu de stagiaires accueillis)

#### **4/ Développer la médiation en santé et l'aller vers**

*Pour une définition de ce qu'est la médiation en santé – voir préconisation 2 du travail sur la situation de Richard.*

Développer des postes de médiateurs en santé 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 professionnels 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 en santé permet d'adapter le soin aux besoins et contraintes des patients.**

Enfin, le médiateur en santé peut prendre le temps d'expliquer aux personnes les propos des professionnels, d'expliquer l'intérêt des traitements et comment faciliter leur observance.

Enfin, les participants préconisent d'ouvrir la possibilité aux IDE (infirmier diplômé d'Etat) de faire des « visites à domicile » sur le lieu de vie des patients, que ce soient des sites d'hébergement (par exemple CADA, HUDA), ou de logement, voire sur leurs lieux de vie à la rue.

#### **5/ Mieux doter le territoire en professionnels du soin**

Les participants ont également mis en avant la nécessité de mieux doter le territoire en services et professionnels de soin afin de réduire les délais d'attente. Il préconise notamment de :

- Renforcer la PASS à l'hôpital de Carhaix (qui dépend du CH de Morlaix)
- Mieux doter le territoire en dentistes pour obtenir des RDV plus rapidement
- De mieux doter le territoire en médecins généralistes

#### **6/ Renforcer les droits associés à l'obtention de l'AME (Aide médicale d'Etat)**

Actuellement, les personnes bénéficiant de l'AME ne peuvent pas déclarer un médecin traitant. En effet, l'AME permet de couvrir les frais de santé pour les soins urgents et ne permet pas le parcours de soins coordonné : « Le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés n'est pas applicable aux bénéficiaires de l'AME »<sup>2</sup>. Les participants

---

<sup>2</sup> [https://www.ameli.fr/assure/remboursements/aide-medicale-etat-soins-urgents#:~:text=L'aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l,\(parcours%20de%20soins%20coordonn%C3%A9s\).](https://www.ameli.fr/assure/remboursements/aide-medicale-etat-soins-urgents#:~:text=L'aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l,(parcours%20de%20soins%20coordonn%C3%A9s).)

préconise de **permettre aux personnes bénéficiaires de l'AME de pouvoir bénéficier d'un suivi médical, d'un parcours de soins coordonnés, et donc d'ouvrir la possibilité d'entrer dans un dispositif médecin traitant.**

Les participants proposent également **d'offrir systématiquement un suivi psychologique à toute personne obtenant des droits AME.**

### *Ressources sur le territoire*

- Le CMP, qui peut prévoir des entretiens réguliers, peut aider Sékou à gérer son traitement en proposant des livraisons et distribuant un pilulier journalier. Et peut faire une demande d'ACT (Appartement de coordination thérapeutique).
- Taxicom : « est un service de transport à la demande, pour tous les habitants de Poher communauté, qui fonctionne sur le territoire intercommunal. Ce dispositif offre la possibilité à l'utilisateur d'être pris en charge à son domicile et amené où il le souhaite sur les onze communes du territoire ». Un trajet coûte 2 euros. Pour plus d'informations => [Brochure taxicom](#)
- L'équipe mobile de psychiatrie-précarité dépendant du CH de Morlaix peut se déplacer ponctuellement sur Carhaix
- Cabinet médical de Maël-Carhaix qui reçoit sans RDV
- L'institut Breton d'Education Permanent (IBEP) propose des formations FLE (le site de Carhaix n'apparaît pas sur le site internet mais fonctionne à ce jour même si la pérennité est interrogée en raison du peu de stagiaires accueillis) => [plus d'informations](#)

### *Outils pour parler santé avec les personnes allophones*

- 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 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 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/expliciter facilement des éléments de santé (traitements, examens cliniques, effets secondaires, etc.) : [SantéBD](#)

### III.3) Situation 3 : « Sophie »

#### Présentation de la situation fictive de Sophie

Blacklistage – délais de RDV auprès des spécialistes – dettes – Santé mentale – lien avec l'hôpital

**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 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 Carhaix. Elle commence donc une nouvelle vie, dans une usine de lait en poudre, à Carhaix. 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 2023<sup>3</sup>, l'usine de lait en poudre 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. Elle reste à Carhaix. 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 :**

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 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.

#### **Problématiques de Sophie :**

Depuis l'annonce de la fermeture de l'usine, 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...

---

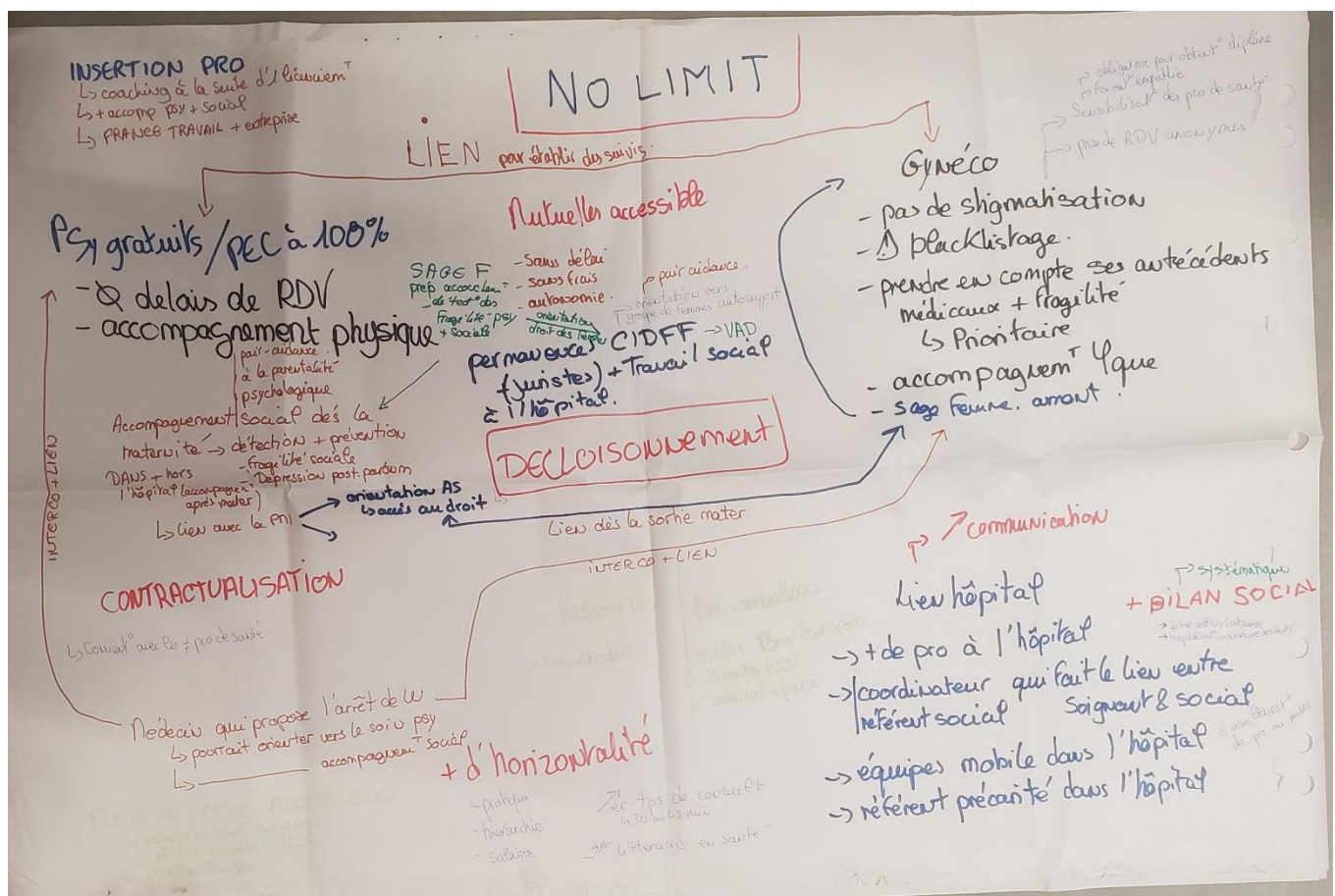
<sup>3</sup> L'usine de lait en poudre a subi des tensions en 2020, mais n'a en réalité pas fermé. La fermeture de l'usine est imaginaire, pour la crédibilité de l'histoire de Sophie

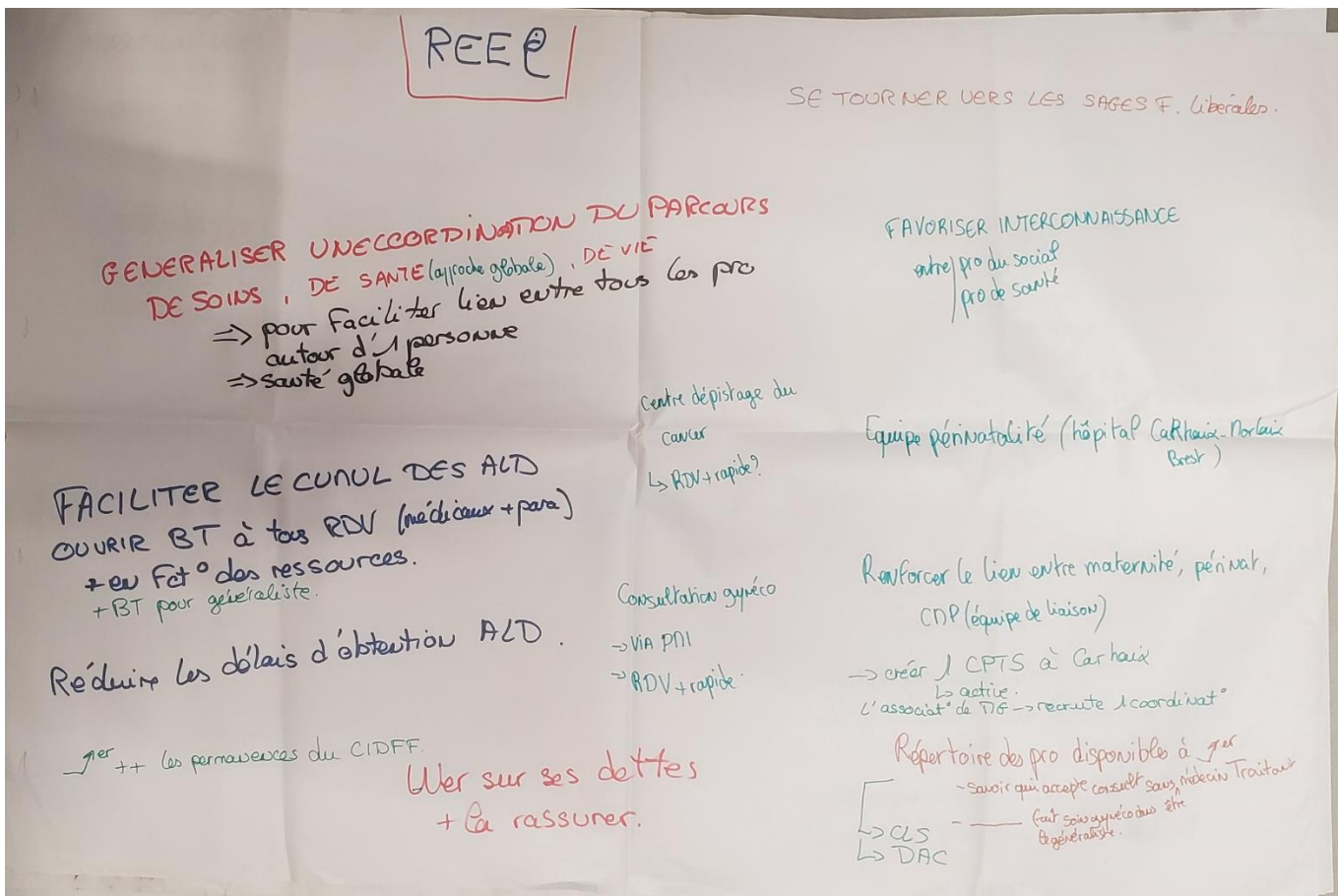
Le gynécologue à qui elle a posé « un lapin », ne veut pas lui donner un nouveau RDV. Il a déjà été « sympa » de lui proposer un RDV en urgence, elle n'avait qu'à saisir sa chance ! Sa référente a depuis appelé tous les gynécologues du territoire. Pas de RDV disponible avant 6 mois ! Il va falloir supporter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

Les professionnels qui l'accompagnent, eux sont également inquiet d'une possible opération chirurgicale de Sophie, mais pour d'autres raisons. Sophie a une santé mentale fragile, 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. L'équipe n'arrive pas à créer du lien de partenariat avec l'hôpital. Lorsqu'une personne accompagnée est hospitalisée, l'hôpital oublie (refuse ?) de les tenir au courant des suites des opérations, malgré les multiples appels de demandes d'information. Souvent cela les met en difficultés car à la sortie de la personne, ils n'ont pas le temps d'adapter son logement aux nouvelles contraintes de la personne, mais une fois ils ont appris le transfert d'une personne dans un autre service, plusieurs jours après son transfert...alors même que la personne était déjà décédée dans le nouveau service

Travail des participant-e-s





## Propositions des participants

### 1/ Travailler l'insertion professionnelle dès la suite d'un licenciement

Les participants et participantes proposent de mettre en place une sorte de **protocole de prévention de la précarité et de santé mentale en cas de licenciement** qui s'articulerait par une prise en charge globale (santé mentale et sociale) systématique à la suite d'un licenciement. Elle proposerait un **accompagnement psychologique, un accompagnement social et un coaching emploi**. Il pourrait être porté à la fois par France Travail et l'entreprise qui licencie.

### 2/ Travailler au décloisonnement des secteurs pour coordonner un parcours de soins (pensée dans une approche globale)

Afin d'assurer le meilleur soin possible et d'assurer une personnalisation du parcours de soins ainsi que de l'accompagnement social, les participants préconisent un **travail collaboratif entre les différents professionnels qui accompagnent une même personne**, dans une approche de santé globale. Pour cela il est nécessaire de réaliser un **travail d'interconnaissance des différents professionnels des secteurs social, médicosocial et sanitaire du territoire**.

Un travail décloisonné permettrait ainsi au **médecin prescripteur d'un arrêt de travail d'orienter également la personne pour un suivi psychologique, ainsi qu'un accompagnement social.**

Des liens partenariaux entre médecins généralistes, médecins du travail, psychologues et travailleurs sociaux pourraient améliorer la prise en soin des personnes faisant face à une situation pouvant potentiellement induire une situation de précarité ou de vulnérabilités. Un même partenariat pourrait être construit avec les gynécologues et sage-femmes.

### **3/ Améliorer le repérage des situations de vulnérabilités et leurs prises en charge**

Les participants et participantes proposent qu'un repérage des difficultés sociales et/ou des vulnérabilités face à la dépression post-partum soit réalisé à différents moment du parcours d'une personne :

- Lors de la préparation à l'accouchement, par les sage-femmes
- A la maternité, par la mise en place d'un accompagnement social systématique qui pourrait se limiter au repérage des potentielles vulnérabilités (sociales ou vis-à-vis de la dépression post-partum) et déboucher, si certaines d'entre elles sont repérées, sur un accompagnement social prolongé (un accompagnement social DANS et HORS l'hôpital)
- A la sortie de la maternité, par exemple par la PMI (Protection maternelle et infantile)

### **4/ Améliorer la santé des femmes, et la prise en compte de leurs différents déterminants sociaux de la santé**

Les participants proposent de mettre en place différentes actions ayant pour objectifs de prendre en compte les spécificités des publics de femmes et donc d'améliorer la santé des femmes, telles que :

- Permettre un accès à des consultations sage-femme sans délai et sans frais
- Développer la pair-aidance en permettant la création de groupes d'autosupport sur différentes thématiques telles que la parentalité ou la dépression post-partum
- Mettre en place des permanences du CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles), et notamment de juristes, ainsi que de travailleurs sociaux dans les maternités et hôpitaux
- Développer des visites à domicile du CIDFF
- Renforcer les liens entre la maternité, les services de périnatalité et les CMP (dans une optique de décloisonnements des soins)

### **5/ Lever les freins financiers et les freins liés à la mobilité à l'accès aux soins**

Les participants préconisent la **prise en charge à 100% des soins psychologiques** (actuellement pris en charge uniquement via le dispositif « mon psy » c'est-à-dire 12 séances uniquement).

Les participants proposent également de faciliter l'accès aux soins des personnes, particulièrement résidant en zones rurales, via différentes mesures :

- La **mise en place de taxi-ambulance**, dont les frais de déplacement seraient pris en charge

- **Ouvrir les droits aux bons de transport à tous les RDV médicaux, y compris avec le médecin généraliste, et paramédicaux, indépendamment du fait d'être bénéficiaire d'une ALD, en fonction des ressources**
- **Réduire les délais d'obtention des ALD** (Affection Longue durée)
- **Faciliter le cumul des ALD** (cumul d'ALD pour différentes pathologies, chez les personnes présentant des polyopathologies chroniques)

## **6/ Développer la médiation en santé**

Les participants préconisent la création de postes de **coordinateurs en santé qui pourraient faire le lien entre professionnels du social et professionnels de la santé**. Ils proposent également que des professionnels en qui la personne a confiance puissent **l'accompagner, par exemple vers ou à ses RDV chez le gynécologue ou chez le psychologue**. Ces deux fonctions peuvent par exemple être réalisées par un ou une **médiatrice en santé**.

*Pour une définition de la médiation en santé, voir les préconisations de la situation de Richard.*

## **7/ Former les professionnels du soin**

Les participants proposent de **former ou à minima de sensibiliser les professionnels du soin aux spécificités, contraintes et besoins des publics en situation de précarité**. Afin de faire diminuer la pratique du blacklisting des publics et de faire régresser les discriminations et stigmatisations dans le soin, les participants préconisent d'intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé des « **formations à l'empathie** », qui seraient **obligatoires et conditionneraient le droit d'exercer**.

## **8/ Faciliter la prise de RDV et prioriser les publics**

Afin de diminuer le risque de blacklisting des publics et le risque de discriminations dans le soin, les participants préconisent de mettre en place un système **d'anonymisation des prises de RDV**. Cependant, ce système de prises de RDV anonymes ne pourrait être efficace que sur des créneaux dits d'urgence, pour des soins immédiats, et pas pour des RDV de suivis médicaux. En effet, pour des consultations de suivi médical, avec le médecin traitant par exemple, le fait de connaître à l'avance l'identité du patient permet à celui-ci de préparer sa consultation.

Les participants préconisent également de **prendre en compte les antécédents médicaux mais également les fragilités sociales des personnes afin de prioriser les RDV**.

Enfin, un répertoire des professionnels du territoire acceptant de nouveaux patients, et un répertoire de professionnels acceptant de prendre des personnes en consultation sans être pour autant leur médecin traitant, pourraient être créés par des organismes de santé, tels que les DAC, les CLS, les CPAM, etc.

## **9/ Réaliser une prise en charge des personnes dans une approche de santé globale au sein des hôpitaux**

Afin d'améliorer la prise en soin des personnes et de faciliter le repérage des diverses problématiques (psychiques, somatiques et sociales) des personnes, les participants préconisent que les hôpitaux travaillent dans une approche globale de la santé. Pour cela, il conviendrait dans un premier temps **d'augmenter les effectifs des hôpitaux**. Il

conviendrait également de **créer des postes de « référents précarité »** en leurs seins. Ceux-ci pourraient alors réaliser un bilan social systématique et réorienter les personnes vers des travailleurs sociaux de son territoire de résidence (ce qui nécessiterait un travail préalable d'interconnaissance entre les deux secteurs). Enfin, les différentes équipes mobiles existantes (EMPP, EMSP, etc) pourraient également intervenir au sein des hôpitaux, permettant ainsi une acculturation des professionnels aux différents publics accompagnés.

### **10/ Faire évoluer le système de soin**

Les participants proposent de faire évoluer le système de soin actuel, qui n'est plus adapté à la prise en charge d'un nombre croissant de personnes cumulant les vulnérabilités : polyopathologies, précarité, vulnérabilités psychologiques, troubles des addictions. Ainsi ils proposent **d'augmenter les temps de consultation et de le porter à 30 ou 45 minutes** afin de pouvoir prendre en compte tous les déterminants de santé des personnes, dans une approche globale de la santé. Ces temps de consultations augmentés doivent s'accompagner d'un décloisonnement des secteurs pour favoriser un travail coordonné et pluriprofessionnel, afin d'apporter des pistes de solutions et d'accompagnement aux fragilités repérées par les professionnels du soin – si ceux-ci s'intéressent aux différents déterminants sociaux de la santé.

Ils proposent également de **mettre en place des actions permettant aux personnes de travailler leur littéracie en santé**.

Enfin, les participants proposent de rendre le **système de soin plus horizontal et de penser plus d'horizontalité en termes de pratiques médicales, de hiérarchie des professions médicales et de salaires**.

#### *Ressources sur le territoire*

- Les sage-femmes libérales
- Equipe de périnatalité de l'hôpital (Carhaix, Brest, Quimper)
- Une future CPTS en création sur Carhaix
- Des consultations gynécologiques peuvent être réalisées via la PMI (protection maternelle et infantile) (obtention de RDV plus rapide)
- Les centres de dépistages des cancers (Brest)
- CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)
- PMI (Protection maternelle et infantile)
- [Soliguide](#)
- Le DAC