

RESTITUTION

« REGARDS CROISES : SANTE X SOCIAL » :

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

-

A Lorient le 04/12/2025



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

THÉÂTRE, DÉBAT et DÉJEUNER

REGARDS CROISÉS SANTÉ & SOCIAL

KERGUELEN SPORT OCÉAN **LORIENT**
Parc Océanique Kerguelen, 56260 Larmor-Plage

Évènement Gratuit
Inscription Obligatoire

De 11h00
à 14h00 **04 DÉCEMBRE**

TABLE DES MATIERES

I)	CONTEXTE.....	3
II)	METHODOLOGIE	4
III)	RESTITUTION DES ECHANGES	4
III.1)	SCENE 1 : « LES ACRONYMES »	4
I.1)	SCENE 2 : « LE MONOPOLY »	5
	<i>Travail des participant·e·s</i>	6
	1/ Faciliter la transmission d'information	8
	2/ Faire évoluer les postures professionnelles	8
	3/ Faciliter l'accès aux professionnels de santé	9
	4/ Faciliter et systématiser l'usage de l'interprétariat dans les entretiens individuels et consultations	9
	5/ Décloisonner les secteurs du social et de la santé	9
	6/ Développer la médiation en santé et la pair-aidance	10
	6/ Alerter collectivement sur la faiblesse de la démographie médicale	11
	7/ Favoriser la participation des personnes concernées	11
I.2)	RESSOURCES ET OUTILS EXISTANTS	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

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·es ; nous avons mis en place des groupes de travail dans chaque département. Ces groupes réunissaient des adhérent·es 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·es 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 dans chaque groupe de travail départementaux « accès aux soins » est le manque d'interconnaissance entre les professionnel·les du secteur social, qui accompagnent les personnes en situation de précarité ; et les professionnel·les du secteur de la santé, qui les soignent.

Nous avons donc souhaité organiser ce temps d'échange entre professionnel·les du territoire Lorientais 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·les, à la fois du social et de la santé, salarié·es dans des structures adhérentes à la FAS Bretagne ou non.

Deux comédiennes ont réalisé à partir de ces matériaux différentes saynètes. Après chaque saynète un temps de travail collectif était réalisé.

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

Nombre de participant·es : 37 participant.es

III) RESTITUTION DES ECHANGES

III.1) Scène 1 : « Les acronymes »

ASLD ; CATTP ; CSAPA ; ELIPPs ; MDPH ; CMP ; ADL ; RE (pour réussite éducative) ; RQTH ; OQTF ; SRA ; DEETS ; CMU ; CSS ; AMI ; RMI ; RSA ; LAM ; AME ; FSE (Feuille de soin électronique ou Fonds social européen) ; PCH ; AAH ; CAARUD ; LHSS ; EMIL ; AMELI ; ...

Cette scène a été l'occasion de se rendre compte dans un premier temps de l'impact de l'utilisation du « jargon professionnel » sur la compréhension des patient·es et personnes accompagnées, qui peut rendre le discours du ou de la professionnelle confus, inaudible et incompréhensible, voire « angoissant » pour la personne concernée. Selon des participant.es, l'utilisation des sigles acronymes, en rendant le discours et les termes employés « inaccessibles », revient à déposséder les personnes accompagnées/patient.es, mais également les professionnels.

La scène a ainsi permis de se rappeler l'importance **d'adapter son discours et de prendre le temps d'expliquer autant les acronymes que les notions que ces derniers traduisent.**

Cette scène a permis aux participant·es de se questionner et d'échanger sur leurs postures professionnelles : l'utilisation d'acronymes et sigles – jargon professionnel – instaurent une distance entre le professionnel et la personne accompagnée donnant l'impression aux participant·es d'une distance hiérarchique et verticale pouvant traduire des rapports de domination. Cependant, ces acronymes sont également propres à chaque secteur. Ils constituent une identité professionnelle. Ainsi, les professionnel·les d'un secteur sont également confronté·es à l'incompréhension des sigles utilisés dans le jargon d'un autre secteur.

Cette scène a également permis de mettre en évidence l'évolution des sigles au cours du temps : comme le RMI qui est devenu le RSA, la CMU devenue la CSS, les Assedic devenues Pôle emploi puis France travail, etc. Cette évolution pouvant s'accompagner d'une perte de sens ou de valeurs auxquelles les professionnel·les pouvaient potentiellement

tenir. Ainsi, si spécifier la signification d'un sigle ou acronyme permet, pour certain-es, de redonner leurs sens aux termes, il permet également pour d'autre de questionner la perte de sens des différents dispositifs/aides/prestations, etc.

Enfin, cette scène a été l'occasion de discuter de **l'injonction à l'innovation**, que ce soit dans le secteur social, médico-social ou sanitaire, poussant à la création de nouveaux dispositifs – et donc de nouveaux acronymes – afin de réaliser des missions déjà existantes, avec autant voire moins de moyens humains et financiers.

I.1) Scène 2 : « Le Monopoly »

Cette scène a été l'occasion d'échanger sur :

- **La frustration des professionnel·les** de ne pas pouvoir accompagner correctement les personnes selon leurs besoins
- **Le détachement et l'attachement** nécessaires à l'accompagnement des personnes : attachement pour s'impliquer dans cet accompagnement, et dans les projets des personnes ; et détachement pour se protéger. La scène révélait ainsi l'ambiguïté du travail d'accompagnement qu'il se réalise sur un plan médical ou social.
- **La résignation des professionnel·les** face à l'absence de solution adaptée aux besoins des personnes
- **La toute-puissance du/de la professionnel·le** sur les personnes accompagnées, qui se retrouve à « jouer » avec les différentes orientations possibles.
- **La place de la personne dans son propre parcours**, la question de la co-construction des projets (qu'ils soient social ou de soins) avec la personne
- **La dérive des financements d'actions spécifiques et innovantes au détriment du financement de fonctionnement** qui poussent les professionnel·les à réaliser des actions en fonction des financements disponibles fléchés sur certaines actions spécifiques et ponctuelles, et non pas en fonction des besoins des personnes concernées.

Après ce bref échange, les participant-es ont constitué des groupes de travail pour proposer des pistes d'actions sur 3 sujets :

- Deux groupes ont travaillé sur « Comment faciliter l'accompagnement et la communication entre accompagnant-es et personnes accompagnées » ?
- Un troisième groupe s'est questionné sur « pourquoi, malgré la multitude d'outils et de dispositif existants, il est si difficile, pour les personnes accompagnées, d'obtenir des RDV avec des professionnel·les de santé » ?
- Enfin, les deux derniers groupes ont travaillé sur la question de « comment créer le lien entre professionnel·les et personnes accompagnées » ?

Travail des participant·es

CRÉATION OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT
+ COMMUNICATION

NO TEL / plateforme → Référent

⊗ SOLIGUIDE (site / répertoire actualisé / traduction)
(Shantiers Sociaux et Santé)

⊗ BUS d'information // ⇒ BUS type "VIRSOIN"
(ex: Ce Gidol) → Sans RDV

⊗ CARTOGRAPHIE

TEMPS pour des rencontres entre partenaires. / Relais de "Thématique"

↳ CONVIVIAUX

SOIRÉE ⇒ pour les médecins → ex: Shantiers pour Théma

↳ (un médecin parle aux médecins)

Médiation en Santé (Accomp physique)

PAIR-AIDANCE

INTERPRETARIAT

Accomp

REJEU

Developper la médiation humaine

Accepter la présence d'un tiers à un RDV

Création de Plateforme

↳ Chaque pro peut avoir accès et mettre à jour ses données (version imprimable pour le public)

Soliguide

↳ Version Soins

↳ Version Sociale

→ Démocratiser pour le public

Difficultés Administratives et Accès aux droits

Répertoire qui cible par problématique ou par thématique

Pictogrammes Traduction

VASCO

Posture Pro

COMMENT CRÉER LE LIEN ENTRE LES PROFESSIONNEL-LES et LES PERSONNES Accompagné-es

Conseil Régional de Personnes Accompagnées
↳ FAIRE CONNAÎTRE.

- * Accompagner les pers aux Riv pour faire le lien avec les autres Pro
- * Actions collectives (Ex: Ateliers avec Partenaires...) Interséculaire à développer. ^{+ culture}
- * Dans l'entretien, discuter des besoins de la pers. et prioriser ensemble.
- * Prendre vraiment en considération la pers
- * Visite des structures, organiser des portes ouvertes avec les pers. Accompagnées.
- * ~~Re~~ ~~Trouver~~ Avoir un langage commun. Expliciter

Comment ^{créer} faire le lien entre les pro et les accompagnés?

- Quels types de lien parle-t-on ?
- Est-ce que le lien exige de la confiance ?
↳ si oui, comment on la crée ? Disponibilité
- Notion de coopération / pas de rapport de force.
- Notion de pouvoir / versus horizontalité.
- Intégrer le patient et le remettre au centre de sa vie. ^{accompagné} _{personne}
- patient partenaire / patient expert.
- Médiateur en santé paire
- Proposer des temps de convivialité et de partage. ✕
- Médiation par les activités culturelles, sportives, etc ...
- Création de groupes de pairs et de pro.
- Essayer la régularité des pro dans les accompagnements.
et vice-versa
- ~~mise~~ Timing - lieux adaptés - envie d'aller vers l'autre (partager)
Authenticité

Pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité sur le territoire différentes pistes d'actions sont ressorties des échanges.

1/ Faciliter la transmission d'information

L'accès à l'information est apparu comme un enjeu capital, tant pour les professionnel·les que pour les personnes accompagnées. Un des premiers enjeux qui ressortait des échanges était le besoin de trouver facilement l'information tant pour les professionnel·les que les personnes accompagnées. Pour faciliter l'accès à l'information, les professionnel·les préconisent la **création d'une plateforme ou d'un numéro de téléphone unique pour pouvoir poser des questions à une personne ressource** ainsi que la **création d'un répertoire qui, à l'aide de l'IA, pourrait indiquer de manière automatique les différents lieux ressources sur une problématique recherchée**. Les professionnel·les ont ensuite évoqué **Soliguide**, un répertoire de structures d'aides, numérique et disponible en 3 langues, dont les données sont régulièrement actualisées et mises à jour. Aussi, les professionnel·les préconisent, au-delà des structures sociales, **d'intégrer, dans ce guide, les structures sanitaires et de santé**. Les participant·es suggèrent également de **proposer une adaptation de ce guide** pour qu'il soit encore plus accessible aux personnes accompagnées, par exemple **avec des pictogrammes et traductions en différentes langues**.

Enfin, les participant·es préconisent de transmettre de l'information santé en utilisant la technique d'aller vers avec, par exemple, un **bus d'information qui irait au-devant des personnes et notamment sur les territoires ruraux**, comme peut le faire le bus-PIMMS (point information médiation multiservices) en Ile-et-Vilaine.

2/ Faire évoluer les postures professionnelles

Découlant des échanges sur l'accès à l'information, les professionnel·les se sont interrogés sur leurs propres postures professionnelles, notamment pour **laisser l'opportunité à la personne accompagnée de prendre la place afin de poser des questions**, ou encore de réussir à **transcrire de manière intelligible les informations transmises aux personnes, afin que celles-ci soient en possession de toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée**.

Les professionnel·les préconisent également que les **professionnel·les de santé acceptent, en consultation, la présence d'un tiers**, que celui-ci soit un·e proche, un·e voisin·e, un·e ami·e, un·e professionnel·le sociale pour pouvoir calmer les angoisses ou avoir une deuxième compréhension de ce qui s'est déroulé/dit dans la consultation, une fois celle-ci passée.

Si les participant·es ont rappelé l'importance d'une **écoute bienveillante et empathique** et d'une **posture de non-jugement** lors des entretiens individuels ou consultations, ils et elles ont souhaité insister sur la nécessité **dans les entretiens, qu'ils soient sociaux ou médicaux, de discuter avec la personne de ses besoins pour pouvoir prioriser ensemble ses enjeux et ses priorités (sociales ou de soin)**.

Enfin, la relation soignant·e/soigné·e a été analysée par les participant·es comme une relation au sein de laquelle se jouent différents rapports de pouvoir voire rapports de domination. Il paraissait important, pour les participant·es, de

réduire au maximum ces rapports de pouvoir, par une **horizontalisation de la relation soignant·e/soigné·e, afin de tendre vers une coopération dans le soin.**

3/ Faciliter l'accès aux professionnel·les de santé

La difficulté d'accès aux soins s'illustre en partie par une difficulté d'accès aux professionnel·les de santé. Les participant·es préconisent dans un premier temps de **réaliser une cartographie des différents sites médicaux**. Ils et elles préconisent ensuite la création d'un **bus médical, du type Marsoins, mais qui permettent de réaliser des consultations médicales et dentaires, sans RDV, notamment dans les territoires ruraux ou sous-dotés en professionnel·les de soin.**

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

Pour faciliter l'accès aux soins des personnes allophones, les participant·es préconisent **d'intensifier la sensibilisation des professionnel·les 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. Ils et elles préconisent donc de **faciliter l'usage de l'interprétariat par les professionnel·les de santé libéraux et libérales** (voir ressources pour le développement de l'interprétariat en médecine de ville plus bas). Les participant·es se demandent cependant comment convaincre un·e professionnel·les de santé d'avoir recours à un interprète.

5/ Décloisonner les secteurs du social et de la santé

L'un des freins à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité est le travail en silo réalisé par les actrices de différents secteurs, mais également les actrices de différentes spécialités à l'intérieur d'un même secteur. Les participant·es ont alors proposé **d'organiser des temps conviviaux entre les différents partenaires du territoire, sur des temps de petit déjeuner ou en soirée, portant sur des thématiques spécifiques** (stress post-traumatique, vieillissement, etc.), permettant tout à la fois de développer l'interconnaissance entre professionnel·les et d'outiller ces dernière·s.

Les participant·es proposent également **d'organiser des actions collectives ouvertes aux partenaires du territoire ainsi qu'aux personnes accompagnées**. Ces actions pourraient être des visites de structures de soins, permettant aux professionnel·les de « faire réseau », mais également aux personnes accompagnées de repérer les actrices ressources du territoire. **Les structures sociales pourraient quant à elles organiser, avec les personnes accompagnées, des portes ouvertes et visites à destination des professionnel·les de la santé**, ce qui pourrait alors permettre de sensibiliser les professionnel·les aux spécificités des publics, aux conditions de vie des personnes, mais également et toujours de créer du lien entre secteur social, médicosocial et de la santé.

Les participant·es ont également noter **qu'accompagner les personnes dans leurs RDV, permet également de créer du lien avec les autres professionnel·les**, permettant ainsi de « faire réseau ».

L'objectif de toutes ces propositions est de réussir, à terme, à développer un réseau, mais également de développer un langage commun entre professionnel·les de différents secteurs.

6/ Développer la médiation en santé et la pair-aidance

Les participant·es préconisent de développer massivement la médiation en santé notamment pour accompagner les personnes dans l'ouverture de leurs droits, la recherche d'un·e professionnel·le de santé, ou même accompagner physiquement les personnes à leurs RDV 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 médiateurices 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 médiateurices et personnes accompagnées. Ce lien permet de réassurer la personne, la soutenir, s'assurer de la continuité des soins, éviter les RDV non honorés et alors assurer des soins de qualité ainsi que d'améliorer l'efficacité des soins. A force d'accompagnement, ce lien permet également de travailler l'autonomisation en santé des personnes accompagnées.

Parmi les nombreux outils et moyens d'action des médiateurices 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.

Les participant·es ont également insisté sur l'intérêt **de développer la pair-aidance**, qu'elle soit bénévole ou salariée (médiateurices en santé pair·es), même s'ils et elles sont conscient·es qu'il est difficile d'avoir une pair-aidance généraliste en matière de précarité et de difficultés d'accès aux soins, tant celles-ci peuvent recouvrir de nombreuses situations différentes. Pour cela, les différentes structures peuvent **faire appel à des patient·es partenaires, des patient·es expert·es, et des médiateurices en santé pair·es.**

6/ Alerter collectivement sur la faiblesse de la démographie médicale

Enfin, les participant-es ont suggéré **de collectivement** (plusieurs professionnel·les, plusieurs associations, plusieurs secteurs d'activité) **alerter les services de l'Etat, sur les conséquences de la faible démographie médicale du territoire.**

7/ Favoriser la participation des personnes concernées

Enfin, pour les participant-es il paraissait capital de **redonner toute leur place aux personnes concernées, que ce soit dans leur propre parcours de soins, mais également dans la construction des politiques publiques qui les concernent.**

Pour cela, certains professionnel·les préconisaient de **faire connaître le CRPA, Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées**, afin d'inviter de nouvelles personnes accompagnées à participer aux plénières (4 par an) et de permettre aux professionnel·les qui les accompagnent de faire un pas de côté. Pour plus de renseignement sur le CRPA Bretagne, contacter Klervia Thomas à l'adresse suivante : participation-bretagne@federationsolidarite.org.

Afin de favoriser la participation des personnes concernées, mais également leur expression, les participant-es proposent également de **créer des groupes de pairs**, et d'instaurer **des plages de non-mixité sur les différents lieux d'accueil**, tels que les CAARUD ou accueils de jour pour permettre aux femmes de se saisir de ces dispositifs.

Enfin, même si la participation est un outil favorisant l'accès au sein, les participant-es ont rappelé l'intérêt de ne pas tomber dans le piège de l'injonction à la participation et de « faire de la participation pour les bonnes raisons ». Ainsi c'était l'occasion de rappeler que **la participation et l'engagement des personnes concernées prend du temps** et qu'il vaut mieux privilégier des ateliers/actions collectives répétitives et continues, afin de « **laisser le temps au collectif de se créer** ».

IV) RESSOURCES ET OUTILS

- **Soliguide** : plateforme numérique d'orientation qui recense les services solidaires et sociaux pour les personnes rencontrant des difficultés => [Soliguide](#)
- **Le dictionnaire santé** (des termes couramment utilisés dans le domaine de la santé) et le guide explicatif de ce qu'est une mutuelle – développé en FALC (Facile à lire et à comprendre) par la mutualité française – téléchargeable gratuitement : [Mutualité Française](#)
- Des mémos, rédigés également en FALC, sur différentes notions (telles que l'autonomie, la pair-aidance, le féminisme, LGBTQIA+, les numéros d'urgence, les directives anticipées, etc.) : [Le Pas de côté](#)
- **Application MediPicto** : Application gratuite développée par l'AP-HP, elle est « destinée à favoriser le dialogue entre les soignants et les patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension ». Elle permet d'utiliser des pictogrammes pour discuter lors de la consultation (douleur, prise de médicament, questions administrative), elle est traduite en 16 langues. Pour plus d'informations : [MediPicto](#).
- **Les ordonnances visuelles** : Elles 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/expliquer facilement des éléments de santé (traitements, examens cliniques, effets secondaires, etc.) : [SantéBD](#)
- **Traducteur de poche VASCO** : un petit boîtier qui permet de traduire instantanément la conversation. Pour plus d'information, [c'est par ici](#)
- En Bretagne, un nouveau dispositif financé par l'ARS et porté par l'URPS des médecins libéraux de Bretagne permet de mettre à disposition de **l'interprétariat pour les professionnels de santé libéraux** et coordinateurices de parcours des DAC. Le service est mis à disposition **gratuitement**, accessible **sans rendez-vous** et utilisable de façon autonome après inscription. Pour plus d'informations, [c'est par ici](#).