

La santé des Gens du Voyage rencontrés sur le territoire Costarmoricain

Rapport de diagnostic



L'association itinérance présente un diagnostic-santé des gens du voyage rencontrés sur le territoire costarmoricain et un plan d'action en conséquence.

Auteur.e.s :

- FAINDT Serge (directeur d'Itinérance jusqu'en 07/2021) : élaboration du projet et des questionnaires
- CILLARD Gwenaëlle (médiatrice en santé de 09/2020 à 10/2022) : enquête de terrain, récoltes des données.
- DUPE Sandrine (chargée de projets et d'ingénierie – IREPS) : appui méthodologique, analyse des données et rédaction
- DUVAL Erella (directrice d'Itinérance depuis 09/2021) : rédaction.

Remerciements :

L'ARS et la conférence des financeurs des côtes d'Armor pour leur soutien financier et méthodologique.

L'ensemble des voyageurs et voyageuses qui se sont prêtés à l'enquête en répondant au questionnaire avec confiance et intérêt.

Madame ABGRALL (responsable du pôle prévention et promotion de la santé ARS 22) et Madame GILLIOT (coordinatrice du schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage) pour leur accompagnement, relecture et soutien tout au long de la démarche de diagnostic.

Madame DUPE Sandrine (IREPS) pour ses conseils méthodologiques, le croisement et l'analyse des données, la rédaction de ces analyses.

Table des matières

Glossaire des sigles et acronymes	4
1. Introduction	5
1. Contexte du diagnostic départemental (financement + constats professionnels initiaux)	5
2. La COVID – 19 : affirmation du rôle de la médiation en santé et reconfiguration du périmètre du diagnostic 10	
2. Méthodologie	11
1. Questionnaires	11
2. Recueil sur la perception de la santé des gens du voyage	15
3. Recensement des conditions de vie	15
3. Résultats	16
1. La perception de la santé par les voyageurs	16
2. Caractéristiques socio-économiques des enquêtés	17
3. Les conditions de vie sur les aires de stationnement.....	21
4. Accès aux droits de santé	26
5. Recours aux soins	28
6. Etat de santé.....	32
7. Santé sexuelle.....	37
8. Qualité de vie.....	39
9. Prévention	47
10. Santé au travail	48
11. Personnes de plus de 65 ans :	49
4. Conclusion	52
5. Promouvoir la santé auprès des Gens du Voyage – Synthèse du plan d’actions	54
6. Annexes :	56
1. Le questionnaire	56
2. Localisation des aires permanentes d’accueil – prises de vue aériennes	63

Glossaire des sigles et acronymes

ARS : Agence Régionale de Santé

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CES : Centre d'Examen de Santé

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CLPS : Centre de formation pour adultes

CLS : Contrat Local de Santé

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail

MDPH : Maison Départemental pour les Personnes Handicapées.

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

1. Introduction

1. Contexte du diagnostic départemental (financement + constats professionnels initiaux)

a. L'association Itinérance

Itinérance est une association de loi 1901 qui est née en 1979 de la volonté altruiste de bénévoles d'accompagner la **scolarité des enfants de voyageurs** et d'agir pour l'égalité.

Connaître pour comprendre et exiger l'égalité

Les Gens du voyage constituent une composante de la population française inscrite en droit par un habitat traditionnel composé de résidences mobiles, sans référence à aucune forme d'appartenance ethnique mais plutôt à une culture ancestrale liée au nomadisme. Son mode d'habitat emprunte aujourd'hui la caravane, définie dans la loi comme « résidence mobile », même lorsque la famille se fixe dans un lieu donné.

Les « voyageurs » sont généralement attachés aux localités où sont enterrés leurs aïeux. Cet attachement territorial s'accompagne de liens familiaux très forts qui l'emportent sur toute autre nécessité.

Les Gens du Voyage ont longtemps fait l'objet d'une législation qui résulte de la méfiance envers l'itinérant dont il conviendrait de prévenir les agissements par un ensemble de contrôles. Ils vivent encore aujourd'hui dans un sentiment d'exclusion fondé sur les réalités de leur quotidien.

Les Gens du Voyage ont vu disparaître la quasi-totalité de leurs métiers traditionnels qui leur conféraient un rôle économique, essentiellement en milieu rural. Ils ont dû s'adapter à des activités nouvelles qui exigent une meilleure scolarisation, formation et qualification. Fortement attachés au travail indépendant, ils aspirent aujourd'hui à l'habitat privé pour des séjours durables et une plus grande liberté dans la gestion de leurs déplacements.

Il résulte de ces données :

- Une difficulté à faire cohabiter sur un même territoire, avec les mêmes règles, les mêmes comportements, population sédentaire et Gens du Voyage.
- Une difficulté du fait des idées reçues et d'une méfiance réciproque, à établir des relations sociales entre voyageurs et sédentaires.

ITINERANCE se veut être un espace d'accompagnement et de médiation pour une meilleure intégration et un respect mutuel, l'association ayant intégré en son sein, dès son origine, des Gens du Voyage. Accompagnement et médiation se doivent de concilier droit commun et actions adaptées pour une population qui présente, du fait de son histoire, de son mode de vie et du contexte socio-économique, une forte exposition à la précarité. L'association se veut créatrice de liens entre les institutions et acteurs sociaux, la société civile et les voyageurs par une action quotidienne auprès des familles.

L'association itinérance est fédérée par la **FNASAT (Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les gens du voyage)**, un atout en termes de mutualisation des connaissances, d'échanges de pratiques, de recherche, de veille documentaire, de formation.

Objectifs généraux de l'association

I. Rendre le département accueillant aux Gens du Voyage

L'association est particulièrement attachée au **droit au logement**, sous toutes ses formes. Elle revendique, avec les voyageurs la **reconnaissance juridique de la caravane en tant que logement**, avec l'ensemble des droits sociaux qui s'y rattachent.

L'association réunit dans la notion d'HABITAT, tous les lieux de séjour et de vie :

- **Equipements collectifs**

- **Aires d'accueil**, avec gestion socio-éducative et projet social.
- Accueil sur des terrains provisoires des grands rassemblements et passages estivaux.
- Accueil des groupes familiaux dans des « aires de petites capacité ».

- **Habitat privé**

De nombreuses familles souhaitent vivement accéder à une forme d'habitat privé, adaptée au voyage, répondant à un besoin légitime d'autonomie et d'intimité. L'habitat privé permet aussi une meilleure scolarisation, une meilleure adéquation entre voyage et activité économique.

ITINERANCE considère qu'il convient de diversifier les réponses, de les adapter à chaque situation familiale et d'apporter des solutions pour régulariser des situations anciennes.

Pour toutes les formes d'habitat, dans toutes les situations, ITINERANCE apporte sa compétence dans les instances départementales et locales, dans le but d'évaluer les besoins, de proposer des solutions. Elle alerte les autorités compétentes sur d'éventuelles mauvaises conditions d'accueil et d'habitat constatées localement. Elle informe les voyageurs et les aide dans leurs démarches.

ITINERANCE combat les idées reçues, dénonce leur banalisation, rassure les voyageurs, les aide à corriger certains réflexes et comportements liés à un sentiment de rejet et susceptibles d'entretenir des situations conflictuelles préjudiciables. Un territoire accueillant serait celui où la population sédentaire aurait vaincu ses peurs et ses préjugés et où les voyageurs ne se replieraient pas dans le doute de voir un jour leurs droits reconnus et respectés.

II. Travailler avec les familles et les institutions à l'instruction et à la formation des jeunes du voyage

Lien avec l'école l'éducation la formation, l'association se donne pour objectif fondamental de travailler au respect de l'obligation scolaire, à l'assiduité et à la réussite des jeunes du voyage, l'accès au savoir et aux formations qualifiantes nécessaires à la construction de leur avenir visant à terme l'éradication de l'analphabétisme et de l'illettrisme.

III. Accompagner l'insertion, l'autonomie et promouvoir la citoyenneté des Gens du Voyage

- Soutien et accompagnement des voyageurs dans leur parcours d'insertion économique, professionnelle et sociale pour leur permettre d'accéder à une plus grande autonomie dans la gestion de leur activité, la grande majorité d'entre eux ayant fait le choix du travail indépendant : artisan, commerçant ou prestataire de service.
Cette action s'inscrit dans la délégation de compétence conférée à l'association par le Conseil Départemental des Côtes d'Armor associant l'accompagnement dans les dispositifs d'insertion à celui de la micro-entreprise. Elle se donne pour objectif, l'information, la formation, la conquête d'une totale autonomie par la sortie des bénéficiaires des dispositifs.
L'association se propose aussi d'accompagner l'accès à l'activité salariée pour les voyageurs qui en font le choix.
- Sensibilisation à la question des discriminations et action pour leur élimination y compris dans la législation encore en vigueur.
- Faire connaître la culture tsigane et favoriser sa diffusion,

Faire connaître l'histoire occultée des populations itinérantes, dans un souci de partage et d'échange.

Pour atteindre ces objectifs, l'association développera à tous les niveaux, le partenariat avec les collectivités, les services de l'Etat, les institutions, les associations citoyennes, culturelles...

Nos atouts sont les **deux agréments de centres sociaux** qui nous procurent des possibilités d'intervention sur l'ensemble du département des Côtes d'Armor, mais aussi notre réflexion et notre **pratique intensive de l'« aller vers »** qui nous offrent une possibilité d'accompagnement de la majorité des voyageurs présents sur notre territoire.

Nous intervenons dans des domaines diversifiés qui touchent à la vie quotidienne des gens du voyage : **l'accès aux droits** et le **soutien dans les démarches administratives**, **l'insertion professionnelle**, la **famille** et les questions **d'éducation et de parentalité**, la **scolarisation** des enfants et des adolescents, **l'habitat** et le **cadre de vie**, l'accès à la **citoyenneté**. **L'association Itinérance agit donc sur de multiples déterminants de la santé.**

b. La mission santé d'itinérance

En 2000, une étude de Médecin du Monde donne un repère pour considérer la santé des voyageurs : ils ont en moyenne **une espérance de vie inférieure de 15 ans à la population générale en France**. A quoi cela est-il dû ? Est-ce toujours le cas aujourd'hui ?

Les **spécificités liées au mode de vie** des voyageurs tant en termes d'habitat, d'organisation du groupe familial, de la faible alphabétisation, de l'itinérance, des écarts entre ce mode de vie et l'environnement administratif français, sans oublier la prise en compte du prisme religieux, obligent à interroger nos pratiques professionnelles d'accompagnement en santé.

Au sein d'Itinérance, l'équipe fait les **constats** suivants :

- Des difficultés de santé fréquentes et récurrentes pour beaucoup de personnes accompagnées par l'association,
- Un accès complexe au droit commun de santé.
- De nouveaux enjeux liés au vieillissement et la dépendance

La question de la santé des voyageurs est assez peu caractérisée : il y a peu de travaux de recherche qui existent sur la santé des voyageurs (voir la revue de littérature ci-dessous). Quelques **diagnostics** locaux offrent des éclairages sur des problématiques de santé rencontrées par les gens du voyage, en particulier des difficultés en santé liées à la grande précarité. Enfin, si de **nombreuses initiatives** en faveur de la santé des voyageurs sont mises en œuvre sur le terrain, menées par des acteurs divers (institutionnels, territoriaux ou associatifs) elles restent souvent confidentielles (Acker, 2021 : 2010-2011).

Aujourd'hui, il n'existe pas de **politique de santé spécifique dédiée aux gens du voyage**. Pour ce qui concerne les **Côtes d'Armor**, elle est prise en considération à travers plusieurs dispositifs :

- Les politiques publiques de lutte contre la pauvreté (notamment le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, ou **Praps**)
- Des politiques locales volontaristes établies entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) par quelques Etablissements publics de coopération intercommunale (**EPCI**) comme les Contrats Locaux de Santé (CLS) et se santé mentale (CLSM)

- L'axe stratégique santé du **Schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage**¹ dans les Côtes d'Armor 2019-2025 pour
 - Renforcer l'accompagnement social et l'insertion des voyageurs dans la cité, dont l'insertion par la protection de la santé
 - Mettre en place un diagnostic et une démarche de médiation en santé.

L'Agence régionale de santé Bretagne et la Conférence des financeurs ont lancé un appel à projets en 2020 pour financer un **poste de médiatrice en santé**, porté par **Itinérance** dans le cadre d'une Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens pour 3 ans.

La médiation en santé a pour objectif de réduire les inégalités à l'accès à la prévention et aux soins. Elle désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- D'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables
- D'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

La médiation en santé s'appuie sur des principes éthiques, à savoir la confidentialité, le respect du secret professionnel, le non jugement et le respect de la volonté de la personne. Ce dispositif est inscrit dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Un guide des bonnes pratiques, publié par la Haute autorité de santé, précise le cadre d'intervention des médiateurs en santé².

La mission de médiation en santé à Itinérance démarre autour de deux axes de travail :

1. La réalisation auprès des voyageurs stationnant sur le département des Côtes d'Armor d'un **diagnostic départemental** permettant de mieux identifier :
 - Les problématiques de santé des voyageurs stationnant dans le département ;
 - Les **difficultés**, les **freins** et les **blocages d'accès aux dispositifs de droit commun** sur la santé, l'accès aux soins et à la prévention tous âges confondus.
 - L'impact et les difficultés liées au vieillissement pour les personnes et leurs aidants.
2. La mise en œuvre d'une **démarche de médiation en santé** avec une attention particulière sur le **vieillessement et du handicap** à partir du diagnostic réalisé dans une **logique « d'aller vers » et « de faire avec »**, selon les axes suivants :
 - La formation, la sensibilisation et la collaboration des différents acteurs de droit commun en matière de santé et de vieillissement des voyageurs dans une approche territoriale (EPCI).
 - L'accompagnement de situations individuelles spécifiques et problématiques dans une démarche de médiation avec le droit commun.

⇒ Ces deux démarches sont **complémentaires et interreliées**

Cette mission est a été portée par **Gwenaëlle Cillard de septembre 2020 à octobre 2022, Infirmière diplômée d'Etat.**

¹ Schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage 2019 – 2025. Préfecture des Côtes d'Armor, Côtes d'Armor, le Département. Voir page 76 pour les actions en lien avec la santé

² Haute autorité de santé (2017) : « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques » HAS. 70 p. [En ligne](#)

c. La santé des gens du voyage, une question peu traitée en France : revue de la littérature

La santé des voyageurs a été assez peu traitée dans la littérature, et encore moins comme objet de recherche à part entière. Quelques études ont été réalisées depuis la fin des années 1990³, souvent pensées pour orienter l'action publique, avec une entrée très ciblée sur les risques auxquels sont exposés les voyageurs :

- En 2000, le **numéro spécial « Tsiganes et santé : de nouveaux risques⁴ »** paraît dans la revue *Etudes Tsiganes*, et aborde plusieurs thématiques spécifiques de la santé
- En 2000, **Médecins du Monde** souligne que l'espérance de vie des voyageurs est de 15 ans inférieure à la moyenne nationale. Bien que très repris, le résultat de cette étude est peu étayé⁵.
- En 2009, le **Réseau français des Villes-santé de l'OMS** publie un guide permettant de comprendre et d'agir en faveur de la santé des gens du voyage, dans une approche de promotion de la santé⁶.
- En 2010, **Santé publique France** communique sur la problématique du **saturnisme** infantile chez les gens du voyage (état des lieux et pistes d'action)⁷
- En 2010, la Communauté d'agglomération de Saint Quentin en Yvelines publie un l'acte du colloque *Santé et gens du voyage*, avec une approche assez orientée sur les risques, et une réflexion sur les actions à mener⁸ sur l'agglomération.
- En 2013, **l'Asav** publie un rapport qui reprend les **résultats d'une recherche-action** sur la médiation sanitaire, menée sur plusieurs territoires en France. Il met en évidence que les problématiques de santé des voyageurs sont avant tout celles liées à la grande précarité et aux difficultés d'accès aux soins (problématiques de littératie pour réaliser des démarches administratives, notamment), et à la surexposition au plomb⁹
- En 2017, **Lise Foisneau**¹⁰ écrit un article dans lequel elle souligne **les effets délétères des aires d'accueil sur la santé des voyageurs** (souvent situés dans des sites pollués et dégradés), alors même que l'existence des aires a pour vocation d'améliorer les conditions sanitaires précaires de voyageurs.
- *A paraître* : Une nouvelle étude est en cours, pilotée par **Santé publique France et la Fnasat**, sur la santé des gens du voyage en Nouvelle Aquitaine.
- En 2022, Anne Sizaret réalise un dossier documentaire présentant des actions de promotion de la santé réalisées auprès des voyageurs dans plusieurs régions (co-formation, ateliers participatifs...). Des voyageurs se sont également emparés de questions de santé les concernant.¹¹

³ Merci à W. Acker pour cette revue de littérature. Dans Acker W. (2021) : « Où sont les gens du voyage ? Inventaire critique des aires d'accueil ». Editions du commun. 449 p.

⁴ « Tsiganes et santé : de nouveaux risques ? » *Etudes Tsiganes*, n°14, 2000. 159 p.

⁵ Projet Romeurope « Roms, Sinté, Kalés - Tsiganes en Europe. Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse » - Actes du colloque européen des 19 et 20 octobre 2000 à Paris

⁶ Groupe de travail : Santé des Gens du voyage Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS (2009) « La santé des gens du voyage. Comprendre et agir. ». [En ligne](#)

⁷ Spanjers et al (2010) : « Saturnisme infantile chez les gens du voyage ». *Santé publique France*. [En ligne](#)

⁸ Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines (2010) : « Acte du colloque santé et gens du voyage 1^{er} avril 2010 ». [En ligne](#)

⁹ Association pour l'accueil des Voyageurs (2013) : « Etat des lieux des actions de santé menées auprès des Gens du voyage ». Ministère des affaires sociales et de la santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. [En ligne](#)

¹⁰ Foisneau L. (2017) : « Dedicated caravan sites for French Gens du voyage : Public health policy of construction of Health and environmental inequalities ? » *Health and Human Rights Journal*, vol 19, n°2.

¹¹ Sizaret A. (2022) : « Promouvoir la santé auprès des gens du voyage-élément de littérature ». Dossier documentaire. [En ligne](#).

Le diagnostic réalisé par **Itinérance** dans les Côtes d'Armor s'inscrit dans cette lignée de travaux, à l'interface entre connaissances et action.

Il s'appuie sur des données de santé individuelles, permettant de donner une **photographie à un temps T de l'état de santé des voyageurs** rencontrés sur le département au cours de l'enquête. Ces données sont mises en relation avec le **contexte de vie des personnes** (leurs activités, leurs revenus, leur composition familiale). Par ailleurs, ce diagnostic prend en compte **l'environnement de vie des voyageurs**.

Les comportements de santé sont donc pensés comme étant en partie déterminés par un ensemble de **facteurs socio-environnementaux**.

Les connaissances issues du diagnostic alimentent des **pistes d'action**.

2. La COVID – 19 : affirmation du rôle de la médiation en santé et reconfiguration du périmètre du diagnostic

L'épidémie de Covid-19 a permis à la médiation en santé de s'affirmer comme un outil identifié et mobilisé par les pouvoirs public.

La médiatrice en santé d'Itinérance a été sollicitée par l'ARS dès son arrivée à l'automne 2020 dans le cadre de la procédure spécifique à destination des publics vulnérables.

En effet bien que le circuit de soin des voyageurs soit identique à celui de la population générale, des mesures spécifiques ont été établies par l'ARS dans les hypothèses de contamination et de suspicion de contamination d'un voyageur sur une aire permanente d'accueil. Nous avons travaillé de concert avec la protection civile et des professionnels libéraux sous la directive des services de l'état (l'ARS et la préfecture des côtes d'Armor) afin de déployer un plan coordonné « d'aller vers ».

Ce plan a favorisé le contact tracing et le dépistage. Nous avons de ce fait participé à la gestion de deux clusters dits complexes, et à une vingtaine d'opérations de dépistage.

Au sein d'itinérance, notre objectif principal était de maintenir le lien avec le public pour traiter les problématiques de la crise COVID mais aussi mobiliser la médiation en santé pour éviter les complications en matière de droits à la santé et aux soins. Nous avons organisé un travail en binôme avec une veille hebdomadaire sur chaque aire et des veilles sanitaires supplémentaires en réponse aux besoins.

- **De septembre 2020 à décembre 2021**
- **86 actions** liées à l'épidémie sur les aires : contact tracing, éducation à la santé, soutien prise rdv vaccination...
- **68 veilles** sanitaires et sociales (binôme médiatrice et autre professionnel de l'association)
- **116 veilles** sanitaires (médiatrice seule).
- La santé devient un sujet de préoccupation central, et suscite plus d'intérêt
- Elaboration d'un réseau partenarial avec des professionnels de santé centré sur la gestion de la crise sanitaire

Nous avons également pensé avec les partenaires un système facilitateur concernant la vaccination ; une aide à la prise de rendez-vous, permettant de lever l'obstacle du numérique.

Malgré cette aide à la prise de rendez-vous accompagnée par la médiation en santé en collaboration avec les autres professionnels, le nombre de vaccinés chez les gens du voyage est resté timide (130 personnes) principalement par manque de confiance dans les vaccins.

Toutefois nous n'avons pas eu à déplorer de formes graves du COVID, ni de décès dans notre public.

- L'épidémie a étendu le diagnostic à l'échelle du département
- Le temps de prévention sanitaire a impacté l'avancée du diagnostic, mais favorisé la connaissance des voyageurs sur l'ensemble du département et l'identification de la médiatrice en santé nouvellement arrivée à l'itinérance.
- Le questionnaire à destination des professionnels de santé n'a pu se réaliser au regard de leur mobilisation sur la gestion de la crise sanitaire sans précédent.

2. Méthodologie

Le diagnostic a démarré en septembre 2020 avec l'arrivée de la médiatrice en santé dans l'équipe d'itinérance.

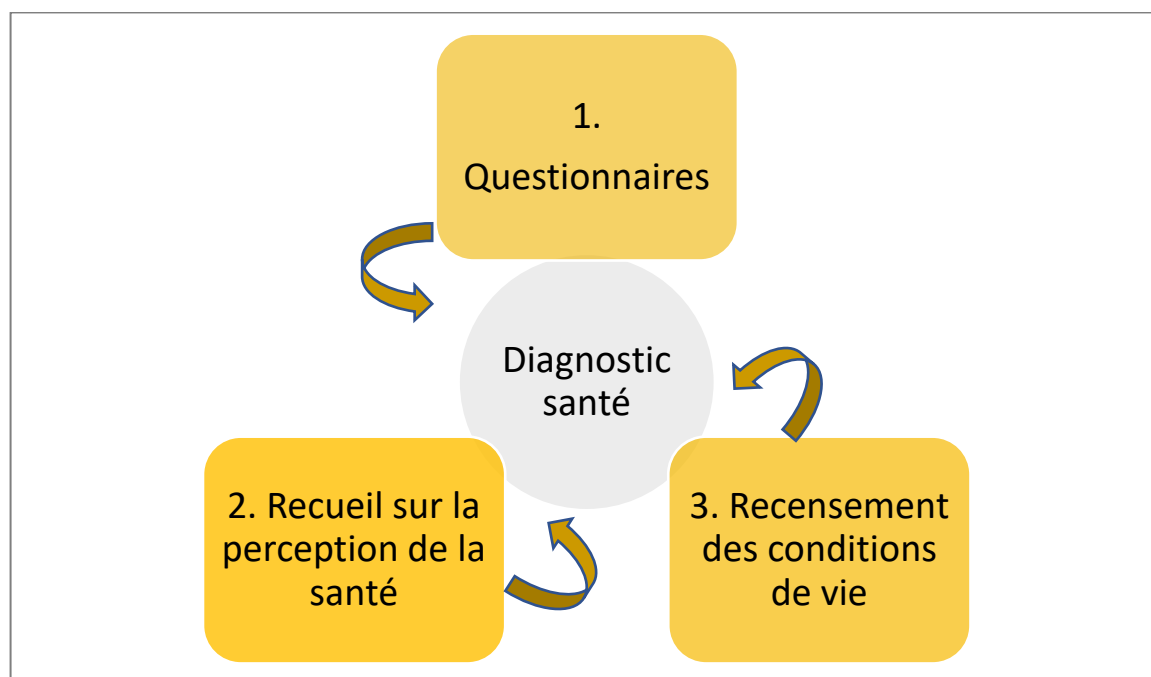


Figure 1 : Modes de recueil utilisés pour élaborer ce diagnostic

1. Questionnaires

a. Objectifs

- Faire un état des lieux aussi représentatif que possible (âge, genre, lieux de stationnement) de la santé et des conditions de vie des voyageurs présents dans les Côtes d'Armor
- Elaborer une base de données confidentielle retraçant l'état et les besoins de santé et les conditions de vie des voyageurs accompagnés par la médiatrice santé, dans une optique de médiation (accompagnement par éducation thérapeutique, orientation vers des professionnels, appui à l'accès aux droits de santé...)

b. Thématiques

Le questionnaire aborde 5 thématiques :

- La typologie du répondant, l'accès aux droits sociaux, la fourchette des revenus de la famille, l'autonomie dans les démarches liées aux soins

- L'accès aux droits spécifiques liés à une problématique de santé, les pathologies et l'accès aux soins
- La **prévention** avec focus sur la nutrition, l'IMC, et l'hygiène de vie
- Questionnaire complémentaire lié aux problématiques du **vieillessement**
- Focus sur le suivi des enfants

c. Conditions d'enquête

Le diagnostic a été réalisé par une **infirmière diplômée d'Etat** essentiellement sur les aires d'accueil, enrichi à l'occasion de demandes sur d'autres terrains de stationnement (terrains privés, terrains conventionnés).

Les entretiens anonymes se sont déroulés entre novembre 2020 et mars 2022.

89 questionnaires ont été complétés à l'occasion de rendez-vous individuels, dans le lieu de vie des personnes, et généralement dans le cadre d'accompagnements approfondis, ce qui permet une connaissance fine des personnes interrogées (sur le plan de la santé, des conditions de vie, de l'accès aux droits, des ressources, des liens avec les professionnels de santé).

La médiatrice santé a rempli le questionnaire a posteriori, parfois en plusieurs temps, pour garantir le lien de confiance et rendre l'échange moins formel. Le temps relativement long de recueil des données conduit en parallèle de la démarche de médiation en santé a installé un lien dans la durée, permettant de recueillir les données sur plusieurs entretiens.

Les résultats ont été analysés par analyse croisée via Excel, et sont restitués sous formes de statistiques ou de graphiques.

Les analyses visent à la fois à caractériser l'état de santé des voyageurs, et à repérer des pistes d'action, en mettant en évidence les facteurs déterminants plus fortement la santé des voyageurs.

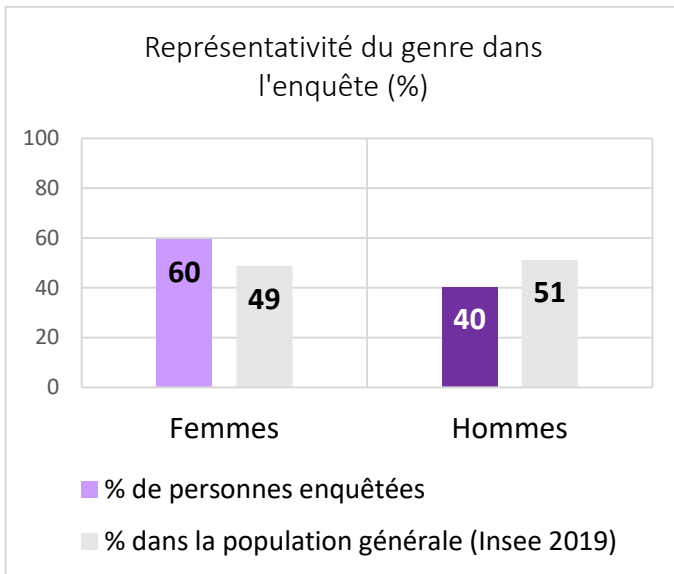
Le diagnostic a donc été réalisé dans un aller-retour constant avec la mission de médiation de santé permettant ainsi de contextualiser les données par une connaissance approfondie des voyageurs qui stationnent sur le département, de leur contexte et conditions de vie.

Du fait de son diplôme d'infirmière et de son entrée sur le terrain par la gestion de la crise sanitaire, la médiatrice en santé a pu facilement asseoir sa légitimité auprès des voyageurs pour aborder les questions de santé et avoir ainsi accès à des données de santé personnelles et précises.

Les personnes qui ont été rencontrées sur la première phase de recueil étaient majoritairement des personnes exprimant des besoins en matière de santé. Ce biais observé dès novembre 2021 après un premier croisement de données a été rectifié dans la seconde phase de recueil pour tendre vers davantage de représentativité.

d. Profil des répondants

Répondants : 36 hommes et 53 femmes, de toutes tranches d'âge, sur l'ensemble des EPCI du département.

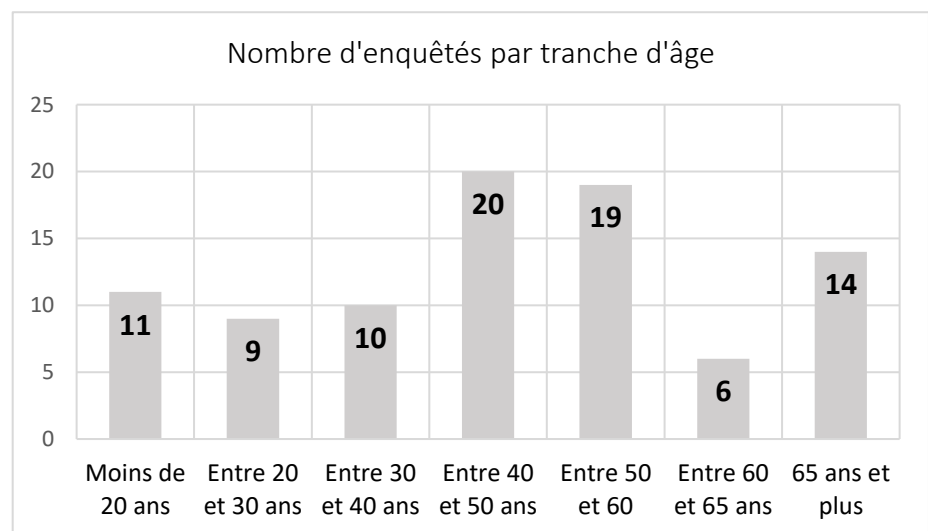


L'enquête est partiellement représentative sur le genre.

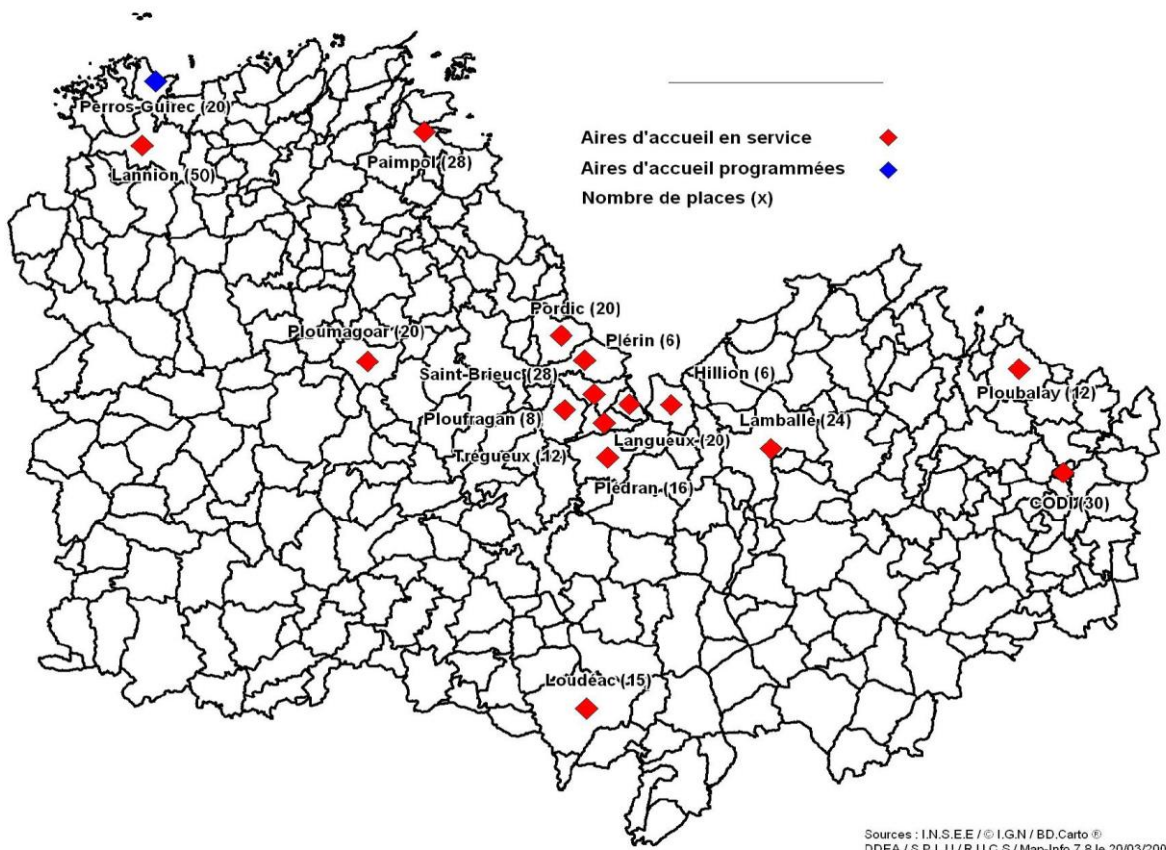
- 60 % des enquêtés sont des femmes, 40% des hommes. Cela s'explique par la disponibilité des femmes en journée sur les aires d'accueil.

Toutes les tranches d'âges sont représentées dans l'enquête.

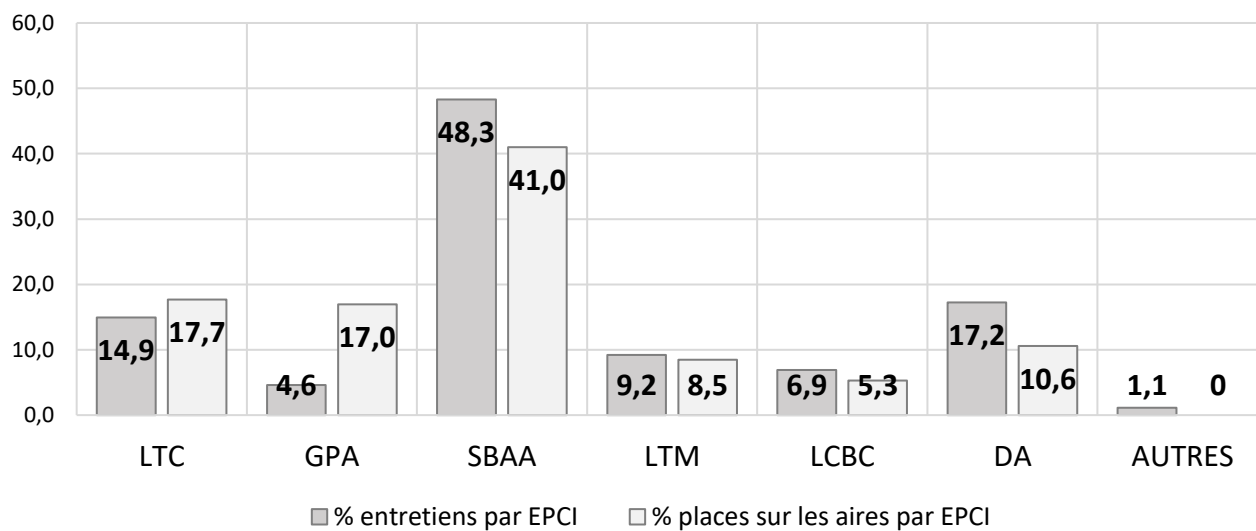
- Au vu des données disponibles, il n'est pas possible d'estimer la représentativité de l'échantillon des personnes enquêtées.

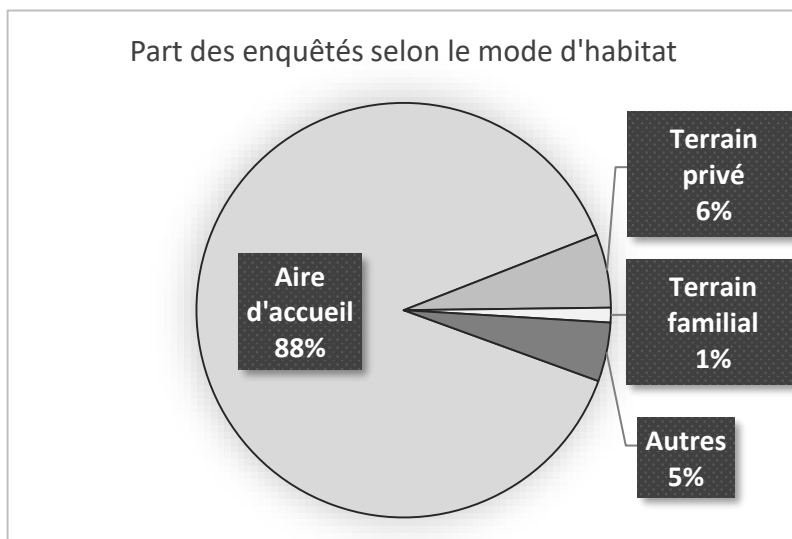


e. Les lieux de l'enquête



Représentativité des enquêtes par rapport au nombre de places présentes sur les aires par EPCI (en %)





La répartition des entretiens suit la distribution des places sur les aires d'accueil par EPCI sur le département.

➤ L'essentiel des personnes enquêtées vit sur une aire d'accueil au moment de l'entretien.

➤ Les aires de stationnement les moins représentées dans l'enquête sont celles de Guingamp Paimpol Agglomération. L'association Itinérance n'ayant pas d'accompagnement social sur ce territoire, les relations avec les voyageurs sont moins établies

2. Recueil sur la perception de la santé des gens du voyage

Un court questionnaire de recueil qualitatif a été effectué auprès de 30 voyageurs sur l'ensemble du territoire (10 hommes, 20 femmes), avec les questions suivantes :

- « Etes-vous en bonne santé ? »
- « Pour vous, que signifie être en bonne santé ? »
- « Qu'est-ce qu'il vous manquerait pour être en bonne santé ? »

3. Recensement des conditions de vie

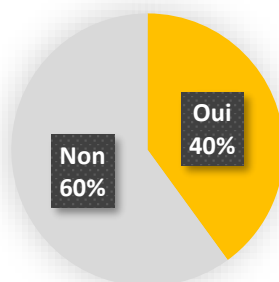
Des prises de vue aériennes et depuis la route de l'ensemble des aires d'accueil ont été élaborées à partir de GoogleMaps complétées par des photos prises par les salariés de l'association. Cela permet de mettre en évidence les conditions de vie environnementales des voyageurs : positionnement géographique dans les communes, infrastructures à proximité, végétalisation, connexion aux services publics, etc. (cf. en annexe)

3. Résultats

1. La perception de la santé par les voyageurs

Ces résultats sont issus de trois **questions ouvertes**, posées à 30 personnes (10 hommes, 20 femmes) suivis dans le cadre de la médiation pour des problèmes de santé.

a. Etes-vous en bonne santé ?



b. Pour vous que signifie être en bonne santé ?

Les éléments les plus cités sont :

- Ne pas avoir de douleurs
- Pouvoir travailler
- Être autonome, se débrouiller tout seul pour le quotidien
- Être capable de continuer à faire le ménage du camping
- Ne pas être inquiet tout le temps

➤ La santé est bien envisagée de manière globale par les voyageurs : santé physique, sociale et mentale.

Il est important d'envisager la santé au-delà de l'accès aux soins dans les actions de promotion de la santé auprès des voyageurs

c. Qu'est-ce qu'il vous manquerait pour être en bonne santé ?

Les réponses les plus fréquentes sont :

- Le sommeil
- Ne pas avoir de problèmes financiers au quotidien
- Avoir des rendez-vous médicaux plus facilement

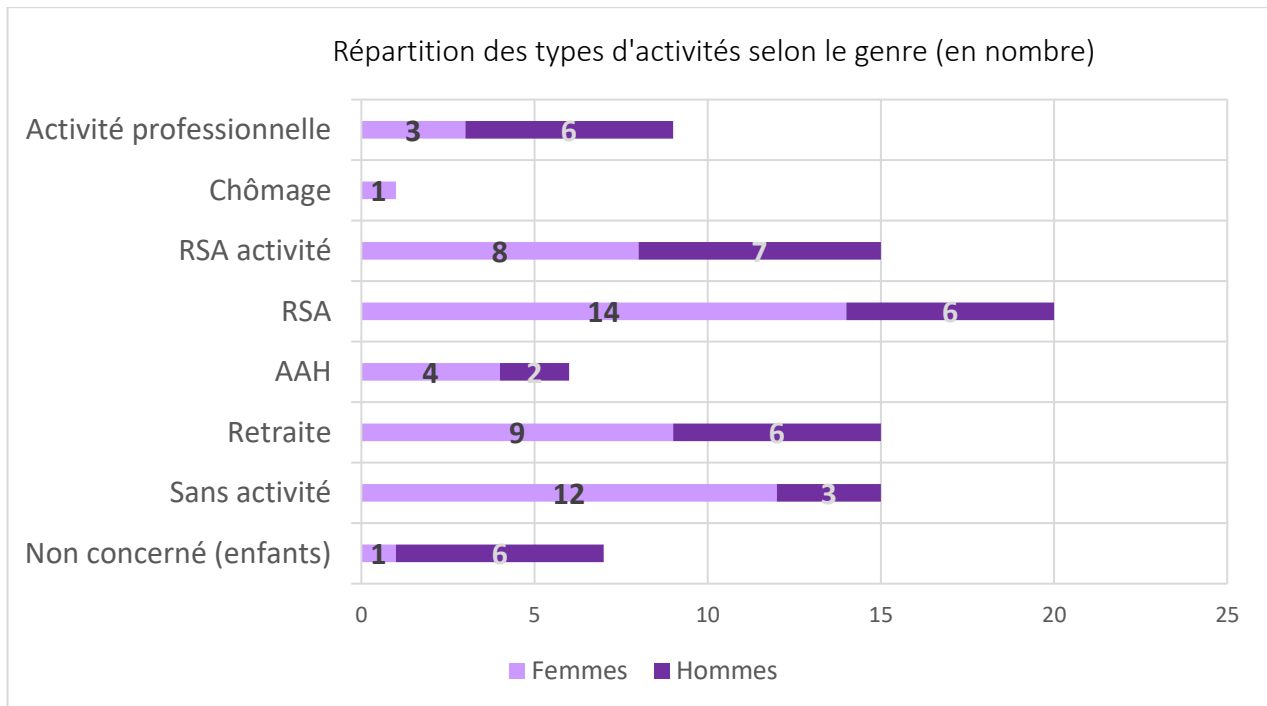
➤ Les conditions de vie liées à la précarité sont considérées comme un frein à la santé. L'offre de soins est également repérée comme étant problématique.

PISTES D' ACTIONS

- Poursuivre ce recueil sur les représentations de la santé dans la pratique quotidienne de la médiation
- Approfondir ce recueil par des échanges sur les représentations de la santé en s'appuyant sur les résultats du diagnostic santé pour les mettre en débat, en discussion. (ex : d'après le diagnostic, on voit qu'il y a beaucoup de personnes atteintes de diabète, qu'en pensez-vous ? etc.)

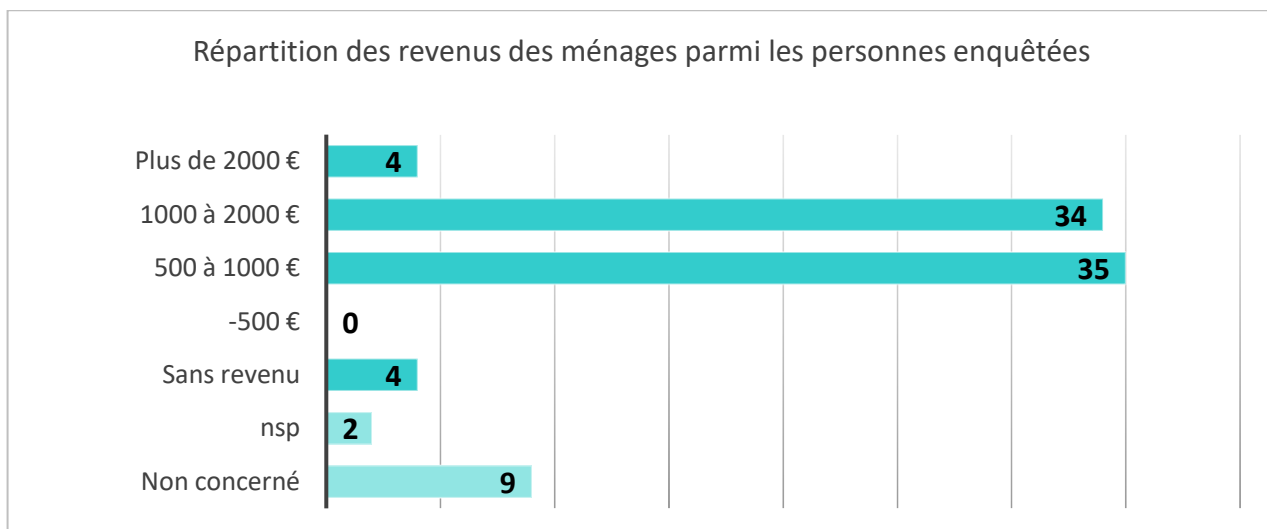
2. Caractéristiques socio-économiques des enquêtés

a. Revenus des ménages



Près des **deux tiers** des personnes enquêtées ont des ressources provenant pour tout ou partie de **dispositifs institutionnels de solidarité** (RSA, RSA activité, AAH, retraite), un sixième bénéficie de la solidarité familiale (sans activité), et **un dixième** déclare une ou plusieurs **activités professionnelles**.

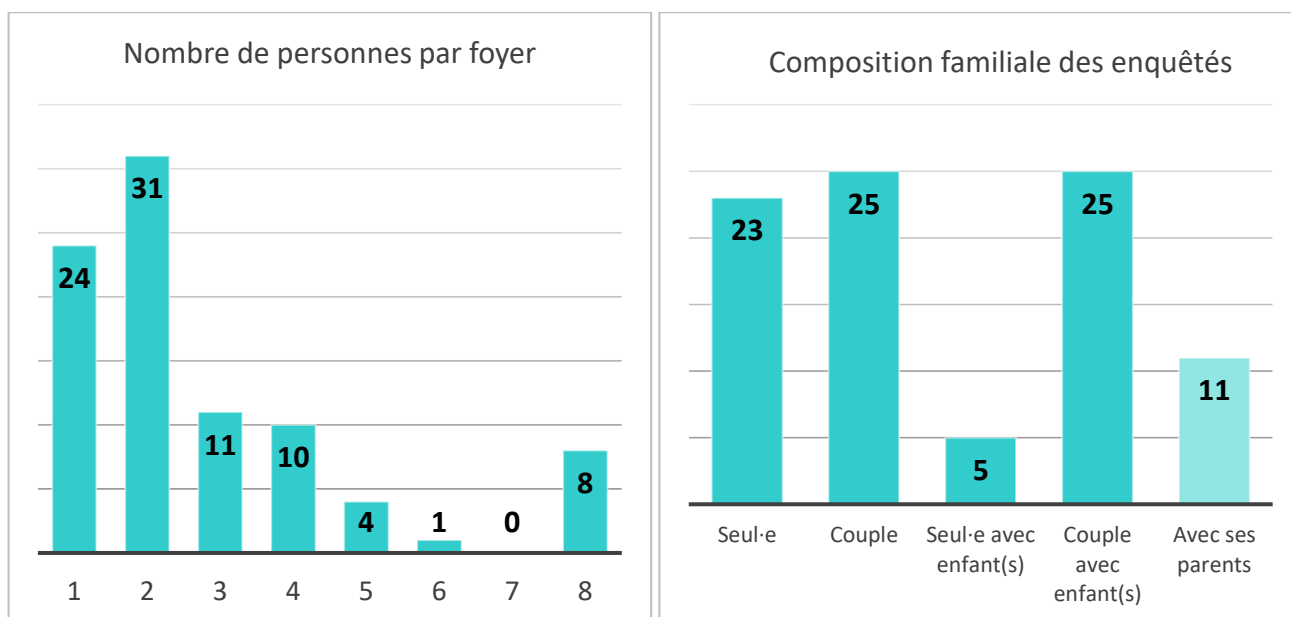
Les personnes disposant de **ressources économiques liées à une activité professionnelle** sont majoritairement des **hommes**. Les personnes **sans activité** (RSA, sans activité, allocation adulte handicapé) sont essentiellement des **femmes**.



Les revenus disponibles des ménages par habitant en France en 2017 sont en moyenne de 1840 € par mois (Source : Eurostat, 2019). Les personnes interrogées disposent pour la plupart de revenus **bien en-dessous de la moyenne nationale**.

Le revenu par personne du foyer n'a pas été calculé, pour plusieurs raisons : les données sur les revenus sont approximatives, et le nombre de personnes bénéficiant effectivement des ressources d'un foyer est parfois difficile à estimer.

b. Composition familiale

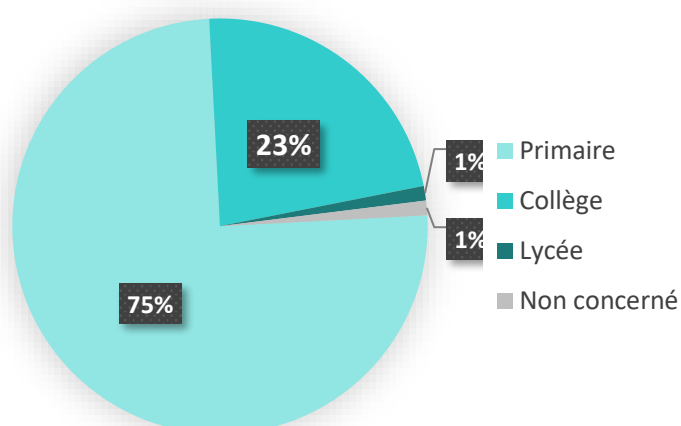


Les foyers des personnes interrogées sont **composés pour moitié de personnes vivant seules ou à deux** (couple ou mère-enfant).

Les **familles monoparentales** sont relativement **peu fréquentes** (20%, contre 25% en population générale¹²).

c. Alphabétisation

Répartition du niveau d'études parmi les enquêtés



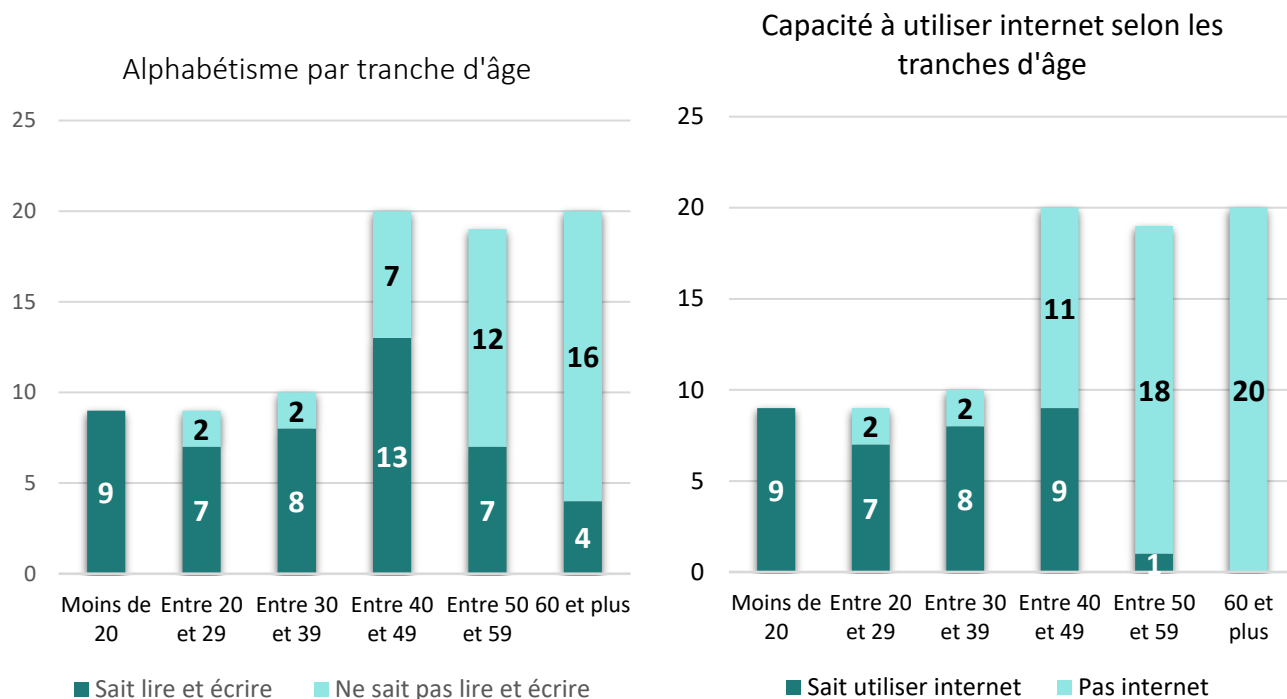
Parmi les personnes enquêtées, les **3/4** déclarent avoir un **niveau scolaire de primaire**, près d'**un quart** déclare avoir un niveau scolaire de **collège**, et une personne est allée au lycée.

Cela a des effets sur l'alphabétisme : **près de la moitié des enquêtés déclare ne pas savoir lire et écrire**. Il y a une nette **influence de l'âge** sur l'alphabétisme : au-delà de 50 ans, plus de la moitié des personnes interrogées sont analphabètes, tandis que l'ensemble des moins de 20 ans sait lire et écrire.

De la même manière, la capacité à utiliser internet est corrélée à l'âge. **A partir de 40 ans, rares sont les personnes qui sont en capacité d'utiliser internet**. A l'analphabétisme s'ajoute une moindre imprégnation des générations au-delà de 40 ans à l'usage d'internet.

¹² Données Insee 2021

Il y a ici une **combinaison de l'analphabétisme et de la fracture numérique**. Or, « le citoyen le moins instruit meurt en moyenne 7,5 ans plus tôt que le plus instruit »¹³. En effet, l'alphabétisation a un effet sur la capacité à s'inscrire dans une activité sociale et économique, à s'autonomiser, à développer ses capacités critiques face au flot d'informations, et à développer le pouvoir d'agir¹⁴. Autant de compétences qui sont susceptibles d'améliorer les conditions de vie.



Plus les personnes sont âgées moins elles savent lire et utiliser l'outil numérique. La situation devient critique dès l'âge de 50 ans. Seulement 11 personnes sur 39 au-delà de 50 ans déclarent savoir lire et écrire et 1 personne utilise internet.

Un rapport à l'école compliqué et transmis entre les générations, une scolarisation perlée par l'itinérance, un recours au cours du CNED quasiment généralisé à partir de l'entrée au collège, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce faible niveau d'alphabétisation.

- Concernant les enfants soumis à l'obligation scolaire la situation devrait s'améliorer dans l'avenir. Le décret n° 2022-182 du 15 février 2022 relatif aux modalités de délivrance de l'autorisation de l'instruction dans la famille tend à limiter le nombre d'inscriptions au dispositif du CNED réglementé pour inciter les familles en situation d'ancrage territorial, à inscrire leurs enfants dans les écoles et collèges.

La mise en œuvre, dans le cadre de la coordination du schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage, **d'un protocole scolaire visant** à suivre la scolarité effective depuis le printemps 2022 devrait également contribuer à améliorer le taux de scolarisation et à mobiliser les équipes sur l'importance de l'accueil des élèves voyageurs pour une scolarisation durable.

Itinérance, depuis sa création à aujourd'hui, investit le champ de l'accompagnement à la scolarité des enfants du voyage en proposant des temps dédiés aux apprentissages scolaires sur les aires d'accueil ou lorsque cela est possible, dans les écoles ou les équipements d'animation à proximité. Il conviendra de poursuivre le travail

¹³ Fondation Roi Baudouin, « Tackling Health Inequalities in Belgium (TAHIB) - L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique », Bruxelles, 2010, p.5

¹⁴ Voir notamment les travaux de Paulo Freire et le Focus Santé n°2, **Alphabétisation et santé**, mai 2021, [Cultures et santé](#)

d'accompagnement des familles afin qu'elles se saisissent sans crainte des dispositifs existant sur leur territoire de stationnement afin que leurs enfants bénéficient d'un accompagnement au quotidien.

- Concernant les adultes, des dispositifs existent. Certains sont mis en œuvre au sein de notre association : orientation vers le CLPS (Centre de formation pour adultes) pour l'acquisition des compétences clés, ateliers numériques et accès aux dispositifs de formations pour adultes.

Ces accès à des dispositifs de droits commun sont souvent freinés par des souvenirs douloureux de l'école et une certaine gêne à montrer son faible niveau en lecture /écriture devant d'autres adultes.

Il paraît donc nécessaire de multiplier les initiatives d'accompagnements individuels afin de sécuriser les personnes et améliorer l'autonomie et la capacité à agir de chaque individu afin qu'ils accèdent, sans crainte, à des formations pour adultes en petit collectif.

PISTES D' ACTIONS

- **Assurer une veille sur l'offre existante en matière d'alphabétisation des adultes**
- **Rencontrer régulièrement les partenaires qui dispensent des cours de français sur les territoires pour échanger sur les difficultés spécifiques du public**
- **Développer une offre « passerelle » qui permette d'accompagner individuellement les adultes volontaires sur une remise à niveau (3 mois maximum) avec engagement de s'inscrire, à l'issue, dans un des dispositifs existants.**

3. Les conditions de vie sur les aires de stationnement

Les aires de stationnement sont réparties sur la majeure partie des EPCI du territoire. A ce jour, il y a 283 places, pouvant accueillir chacune une cellule familiale.

Pour rappel la loi dite Besson du 5 juillet 2010 encadre l'**accueil des gens du voyage**. Elle oblige les communes de plus 5 000 habitants à mettre à la disposition des gens du voyage une ou plusieurs aires permanentes d'accueil, aménagées et entretenues.

Les voyageurs doivent s'acquitter du paiement de droits de place et du financement des fluides utilisés. Les tarifs sont différents selon les EPCI.

Tarifs des aires permanentes d'accueil dans les Côtes d'Armor

EPCI		Prix Emplacements /jours	Prix des fluides	
			Eau /m ³	Électricité /kwh
SBAA		2 €	3 €	0,15 €
GPA	Paimpol	2,26 €	4,12 €	0,17 €
	Ploumagoar	Forfait 6 €		
LTC		Forfait 38 € /semaine Forfait 21 € pour les personnes âgées isolées de +50 ans		
LTM		2 € Gratuit pour les + 65 ans	3,50 €	0,15 €
LCBC		2 €	3,30 €	0,17 €
DINAN AGGLO		2 € 1 € pour les + 65 ans	3 € 1 ^{er} m ³ gratuit	0,12 €

1 emplacement = 2 places caravanes

a. La localisation des aires d'accueil des Côtes d'Armor

Les prises de vue aériennes des aires du département des Côtes d'Armor (voir annexe p.62) révèlent que :

- Les aires sont généralement positionnées dans des zones marginales : zones industrielles, à proximité d'axes routiers, à la lisière de champs conduits en agriculture conventionnelle (ayant recours à des pesticides, à de l'épandage)
- Près de la moitié des aires de stationnement se situe à proximité d'une source potentielle de pollution : aéroport, déchetterie, axe routier, terrains agricoles...
- Les aires sont souvent visibles depuis la route ; il n'y a pas d'intimité possible pour les familles qui y vivent
- Les aires sont exposées au soleil et bitumées, il y a peu ou pas de végétation permettant de réduire l'effet îlot de chaleur de la surface bitumée, et cela a un effet sur la santé mentale.
- Les blocs sanitaires sont souvent vétustes et peu aménagés pour les personnes à mobilité réduite.

➤ L'accès aux infrastructures publiques (éducation, sanitaires, sociales) est limité, de par l'isolement géographique des aires

⇒ **Le mode de vie sur les aires de stationnement est globalement défavorable à la santé physique, sociale et mentale des voyageurs. Les aires de stationnement accroissent les inégalités environnementales**

En s'appuyant sur une analyse photographique (voir annexe) et une connaissance approfondie des aires de stationnement du département, un travail de caractérisation des facteurs favorables et défavorables à la santé a été réalisé.

Caractérisation des facteurs favorables et défavorables à la santé sur les aires de stationnement du département des Côtes d'Armor.

En vert, les facteurs favorables à la santé (accès aux infrastructures de santé, de soin et d'éducation, proximité avec des zones végétalisées).

En orange, les facteurs défavorables à la santé (exposition aux pollutions sonores, aux intrants et pesticides, aux polluants de l'air...)

APA	Infrastructures à proximité										Cadre de vie		
	Route Nat.	Route Dép.	Zone aérop.	Station épuration	Déchett.	Zone Indust	ZAC	Ecoles (Services santé-social)	Terres agricoles	Zones boisées	Aire végétalisée	Visible depuis la route	Bloc PMR accessible
Hillion	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Lamballe	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
Langueux	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
Lannion	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Loudéac	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Paimpol	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	
Plédran	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	
Plerin	FERMEE												
Ploufragan	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Ploumagoar	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Pordic	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Quévert	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	
St-Brieuc	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
Trégueux	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	

b. Exposition aux nuisances

Sur les aires de stationnement, les voyageurs sont surexposés aux nuisances : bruits, odeurs, poussières, vibrations, chaleur, air pollué¹⁵. Gaëlla Loiseau et Loris Granal, au cours de leur étude sur la localisation de l'offre publique d'accueil et d'habitat des gens du voyage, constatent que les voyageurs ne sont pas informés des risques encourus par cette surexposition : « Ainsi, alors qu'ils côtoient des espaces industriels où les travailleurs sont astreints au port de protections (casques, masques...), les voyageurs sont le plus souvent ignorés, y compris lorsqu'ils expriment de la gêne ou déclarent des pathologies (respiratoires, dermatologiques...) qu'ils associent à ces nuisances. Sur les sites les plus exposés, les usagers ressentent une fatigue intense, des maux de tête, et expriment des difficultés à trouver le repos sur ces équipements. » (Loiseau et Granal, 2021 : 23).

Pollution de l'air extérieur

La pollution de l'air extérieur est composée de diverses catégories de polluants : les particules fines, les oxydes d'azote, l'ammoniac, les composés organiques volatiles non méthaniques. Elles sont issues de l'agriculture, du résidentiel et du tertiaire, de l'industrie, de la proximité avec les déchèteries... Pour avoir accès aux types de pollutions par secteur, voir les infographies d'Air Breizh¹⁶.

En France, le nombre de **décès imputables à la qualité de l'air** est estimé à **48 000** chaque année, dont **34 000** évitables en diminuant notamment l'exposition aux particules fines¹⁷. Ce chiffre correspond à 9% de la mortalité en France continentale. Cependant, ce chiffre augmente avec l'augmentation à l'exposition. Une exposition à long terme à des particules fines issues des axes routiers et de l'industrie augmente le risque de développer des **maladies cardiovasculaires** et **respiratoires**. Ces particules peuvent également avoir des effets sur l'incidence du **cancer du poumon** et le **diabète de type 2**, les **troubles neurologiques**, etc.¹⁸. C'est la pollution de fond qui a le plus gros impact sanitaire, et non les pics de pollution.

Les voyageurs situés à proximité des axes routiers sont donc particulièrement vulnérables. L'ammoniac produit dans le secteur agricole a des effets irritants pour les voies respiratoires.

Par ailleurs et en lien avec leur mode de vie, les femmes et les enfants sont très exposés aux polluants ménagers (javel, produits d'entretien), les hommes aux polluants liés à leurs activités professionnelles (nettoyant façade, antimousse, ferrailage...). L'activité de ferrailage impacte aussi la santé des femmes et des enfants, particulièrement lorsqu'aucune place n'est réservée à la ferraille entraînant des dépôts accessibles à tous.

Exposition aux bruits

Outre les **troubles auditifs** (fatigue, acouphènes, surdité ...), l'exposition au bruit peut également être associée à des **troubles cardiovasculaires ou du sommeil**, à du **stress**, ou à une **baisse des performances cognitives**.

¹⁵ Loiseau G., Granal L. (2021) **La localisation de l'offre publique d'accueil et d'habitat des gens du voyage** in Le logement, déterminant majeur de la santé des populations, La santé en action, 457. P. 22-23.

¹⁶ <https://isea.airbreizh.asso.fr/>

¹⁷ Santé publique France (2018) **Impact sanitaire de l'épisode de pollution aux PM10 de novembre-décembre 2016**. 155 p. [En ligne](#)

¹⁸ Santé publique France (2021) **Effets à court et long terme de la pollution atmosphérique extérieure sur les troubles neurologiques : opportunité pour la réalisation d'une évaluation quantitative d'impact sanitaire**. 48 p. [En ligne](#)

c. Accès à des zones végétalisées, connexion à la nature

La présence de végétation sur et à proximité des aires de stationnement (et plus globalement des milieux de vie) est favorable à la santé¹⁹. Elle a des effets sur la santé physique, mentale, sociale, et réduit les risques liés aux canicules.

Santé physique, mentale, sociale

La fréquentation et la présence de la nature a des effets sur la santé physique : elle réduit le stress, les troubles mentaux, les troubles du comportement et des troubles du déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDAH), et la pression artérielle. La connexion à la nature a également des effets sur la santé mentale : elle améliore la résilience, développe les fonctions cognitives, réduit les troubles mentaux (ex : il y a une moindre prévalence de troubles psychiatriques chez des personnes ayant été régulièrement en contact avec des espaces verts dans l'enfance, et une réduction des troubles autistiques). Elle induit des bénéfices sociaux : développement de comportements prosociaux, réduction de l'anxiété sociale, développement de la coopération.

Les études mettent en évidence que plus la durée d'exposition à la nature augmente, plus les bénéfices sur la santé augmentent.

Plus globalement, la nature atténue une diversité d'expositions environnementales nocives telles que la pollution de l'air, le bruit et la chaleur. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes défavorisées et ou vivant dans des zones à forte densité de population²⁰.

Ilots de chaleur

Les voyageurs sont plus particulièrement exposés à la canicule et à ses effets, du fait de leur habitat surexposé à la chaleur, d'une santé globalement moins bonne qu'en population générale, d'activités professionnelles physiques souvent réalisées en extérieur. Lors des périodes estivales de grandes chaleurs, les voyageurs quittent les aires d'accueil bitumées pour s'installer sur des terrains herbés pour trouver un peu de fraîcheur. L'effet îlot de chaleur peut être réduit par la Végétalisation des aires de stationnement et des alentours²¹.

¹⁹ NILSSON K., BENTSEN P., GRAHN P., et al. **De quelles preuves scientifiques disposons-nous concernant les effets des forêts et des arbres sur la santé et le bien-être humains ?** In : Santé publique, HS, 2019, pp. 219-240. [En ligne](#)

²⁰ Pour retrouver des études robustes sur l'ensemble des éléments cités, voir notamment : Kuo M, Barnes M, Jordan C. (2019) **Do Experiences With Nature Promote Learning ? Converging Evidence of a Cause-and-Effect Relationship.** *Frontiers in psychology*. 10(305). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00305> ; Marselle MR, Lindley SJ, Cook PA, Bonn A. (2021) **Biodiversity and Health in the Urban Environment.** *Current environmental health reports*. 8(2):146-156. <https://doi.org/10.1007/s40572-021-00313-9> ; Jimenez MP, DeVille NV, Elliott EG, Schiff JE, Wilt GE, Hart JE, James P. (2021) **Associations between Nature Exposure and Health: A Review of the Evidence.** *International journal of environmental research and public health*. 18(9):4790. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790> ; Ideno Y, Hayashi K, Abe Y et al. (2017) **Blood pressure-lowering effect of Shinrin-yoku (Forest bathing): a systematic review and meta-analysis.** *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 17(409). <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1912-z> ; Feda DM, Seelbinder A, Baek S, Raja S, Yin L, Roemmich JN. (2015) **Neighbourhood parks and reduction in stress among adolescents: Results from Buffalo, New York.** *Indoor and Built Environment*. 2015. 24(5):631-639. <https://doi.org/10.1177/1420326X14535791> ; Roe JJ, Thompson CW, Aspinall PA, Brewer MJ, Duff EI, Miller D, Mitchell R, Clow A. (2013) **Green Space and Stress: Evidence from Cortisol Measures in Deprived Urban Communities.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 10(9):4086-4103. <https://doi.org/10.3390/ijerph10094086> ; Bratman GN, Daily GC, Levy BJ, Gross JJ. (2015) **The Benefits of Nature Experience: Improved Affect and Cognition.** *Landscape an Urban Planning*. 138:41-50. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2015.02.005>

²¹ Santé publique France (2019) **Focus Environnement & Santé**. La documentation française. P 116. Voir page 21

d. Blocs sanitaires

Il y a des **blocs sanitaires avec accès aux personnes à mobilité réduite** dans presque toutes les aires sauf à Ploumagoar (aire en fermeture administrative, où le stationnement de voyageurs perdure).

A Lannion l'accès est difficile. Il n'y a pas de douche sur les emplacements. Quelques aires ont des blocs sanitaires défectueux

Permettre le maintien à domicile

La loi numéro 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Les voyageurs ont coutume de vieillir au sein de la communauté et accompagnés de leurs proches. La caravane est difficilement modulable et peu adaptable. Mais un des enjeux pour les personnes réside **dans l'adaptabilité des blocs sanitaires dont l'entretien relève des EPCI**. Ils doivent être adaptés à des personnes porteuses de handicap et à la perte d'autonomie.

On peut citer à titre d'exemple les barres facilitant la reprise de la station debout aux toilettes, le fait de pouvoir rentrer un fauteuil roulant, la possibilité qu'un aidant puisse se tenir à proximité de la douche, la possibilité de positionner un siège dans la cabine de douche, etc.



Aire de Guingamp : photo d'un bloc sanitaire défectueux

d. Précarité énergétique

Les caravanes sont peu isolées du froid et de la chaleur. En hiver, cela entraîne l'utilisation de dispositifs de chauffage peu sécurisés et peu performants.

Du fait de la non reconnaissance de la caravane comme un logement, les voyageurs ne peuvent bénéficier des dispositifs permettant de réduire leur précarité énergétique (ex : APL, FSL, chèque énergie, subventions allouées par l'Etat, rénovation énergétique...).

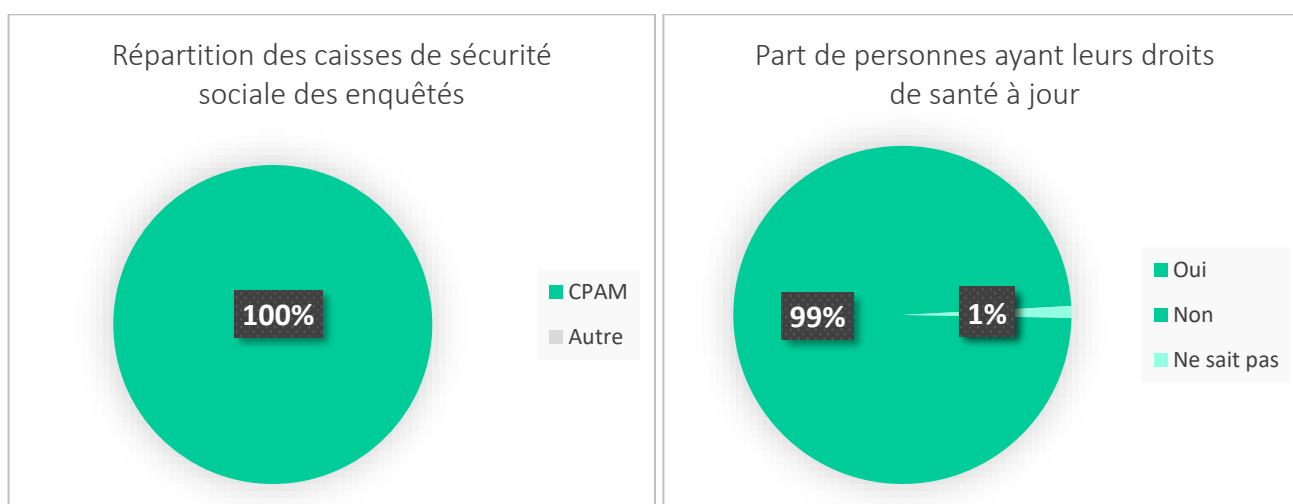
Pour conclure les conditions de vie sur les aires sont très défavorables à la santé dans les côtes d'Armor comme en France où il existe une situation « d'inégalité environnementale » systémique. La « présence voyageuse » est de manière générale synonyme d'environnements relégués et pollués (22).

Pistes d'actions

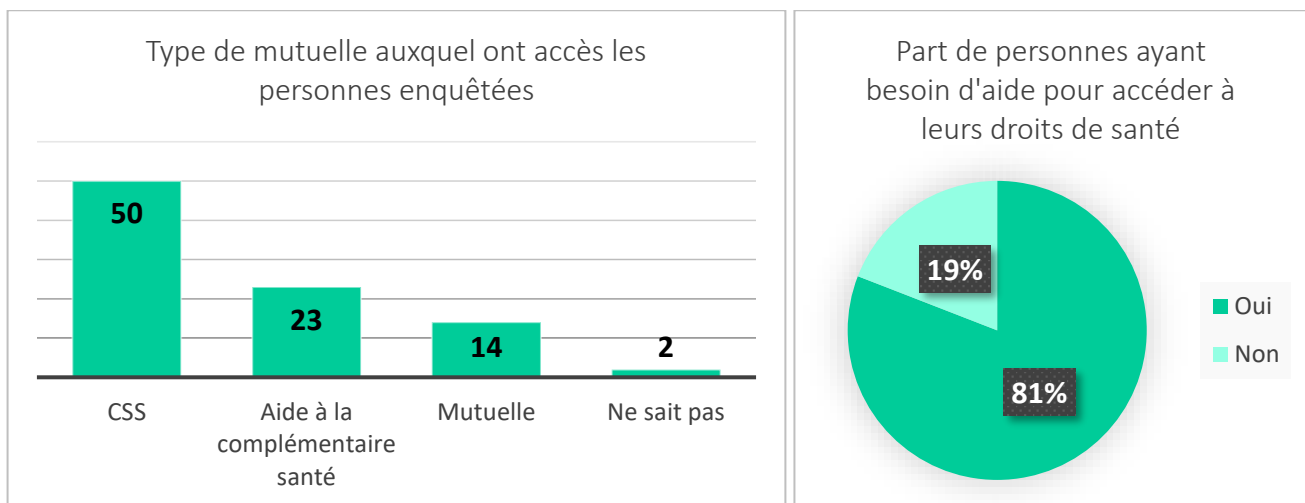
- Questionner les voyageurs sur leur perception des avantages et nuisances sur les aires
- Sensibiliser les voyageurs aux effets des produits de nettoyage
- Proposer des ateliers d'élaboration de produits économiques (sains et peu onéreux)
- Conduire une réflexion avec les voyageurs sur la végétalisation des aires d'accueil au regard des contraintes que cela peut poser (effets des arbres sur les caravanes, îlots de verdure...les épisodes de chaleur étant amenés à se multiplier dans les années à venir.

4. Accès aux droits de santé

100 % des personnes rencontrées sont affiliées à la **Caisse primaire d'assurance maladie**, et **99%** ont leurs **droits à jour** (on ne connaît pas l'information pour une personne). **Plus de la moitié** des personnes bénéficient de la **complémentaire santé solidaire**, dispositif réservé aux personnes aux revenus les plus modestes. A titre de comparaison, 8.2% de la population française est couverte par la CSS (Source : banques des territoires, 2017).



²² Lise FOISNEAU, "Les aires d'accueil des gens du voyage : une source majeure d'inégalités environnementales" Etudes tsiganes 2020.

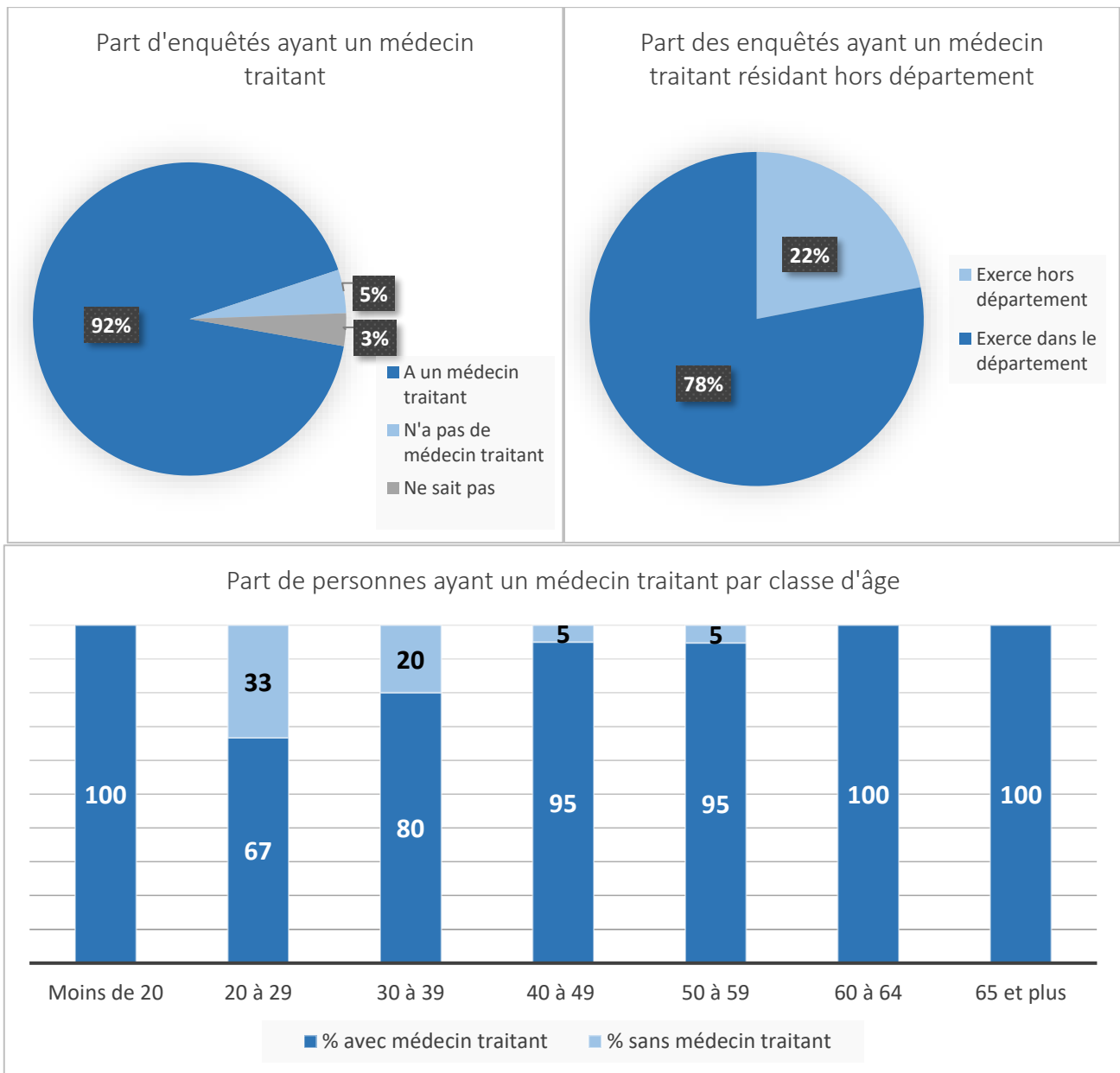


Les personnes interrogées ont donc accès aux droits, mais ont **besoin d'un accompagnement pour plus de 80%** d'entre elles. Cela est lié en grande partie à une faible littératie en santé (alphabétisation, accès à internet, compréhension des démarches, capacité à les réaliser). En population générale, le taux de non recours à la CSS est de 30%, pour des personnes éligibles au dispositif. Le non-recours s'expliquant en majorité par le manque d'information et la complexité administrative (Source : banques des territoires, 2017).

La médiation en santé, ainsi que les autres dispositifs d'aller-vers jouent pleinement leur rôle d'amélioration de l'accès aux droits et expliquent les taux intéressants d'ouvertures de droits en santé du public voyageur sur les côtes d'Armor. L'enjeu aujourd'hui réside davantage dans l'accompagnement pour une autonomisation des voyageurs dans le maintien et le renouvellement de leurs droits. L'accompagnement vers de nouveaux droits spécifiques (AAH, APA, Retraite...) reste nécessaire.

5. Recours aux soins

a. Le recours et l'accès à un médecin traitant



La majorité des personnes enquêtées a un médecin traitant, mais près d'un quart d'entre eux est suivi par un médecin traitant exerçant en dehors du département en raison de leur itinérance. On observe une fidélité au médecin traitant qui amène l'ensemble de la famille à se déplacer en dehors du département pour la seule raison de consulter son médecin. Néanmoins, l'éloignement du médecin traitant peut engendrer des difficultés liées à la coordination des parcours de soins, notamment lorsqu'il s'agit d'orienter vers des spécialistes et ainsi engendrer un retard éventuel au diagnostic et/ou aux soins.

Les personnes n'en ayant pas se situent dans la tranche d'âge des 20 à 60 ans, et n'ont pas de maladies chroniques diagnostiquées.

Il y a une faible approche préventive, le curatif domine, en particulier en cas de crise (OMS, 2009).

Les femmes, qui prennent en charge le soin des proches, ont de ce fait une proximité au soin. C'est moins marqué chez les hommes, qui recourent donc moins facilement aux soins pour leurs propres problématiques.

Une étude du 06/01/2022 (source assurance maladie) nous indique que 11% de la population française ne dispose pas de médecin traitant soit un total de 6 millions de français.

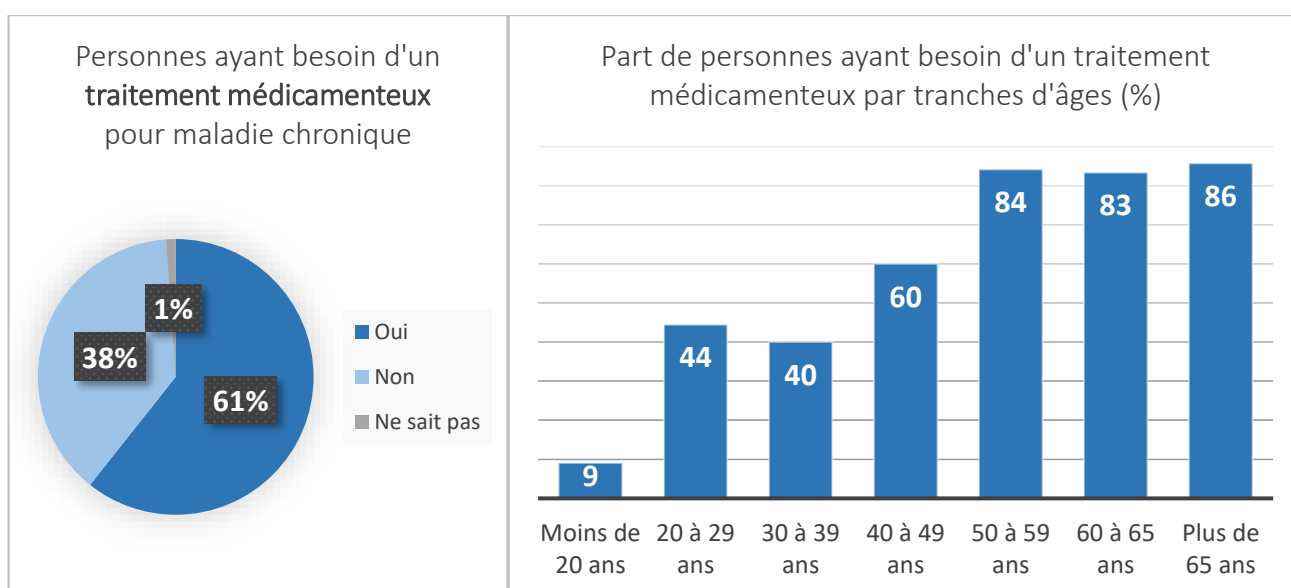
Bien que les voyageurs nous déclarent majoritairement disposer d'un médecin traitant, il serait utile de pérenniser et d'améliorer les réseaux de praticiens à proximité des aires d'accueil. De plus leur approche du soin actuelle est essentiellement curative et bien souvent cela impose une immédiateté de prise en charge médicale. D'ores et déjà des praticiens nous répondent positivement dans ce sens. Cependant la quasi-totalité des généralistes se déplaçant sur les aires approchent de la retraite ou viennent d'y faire valoir leurs droits.

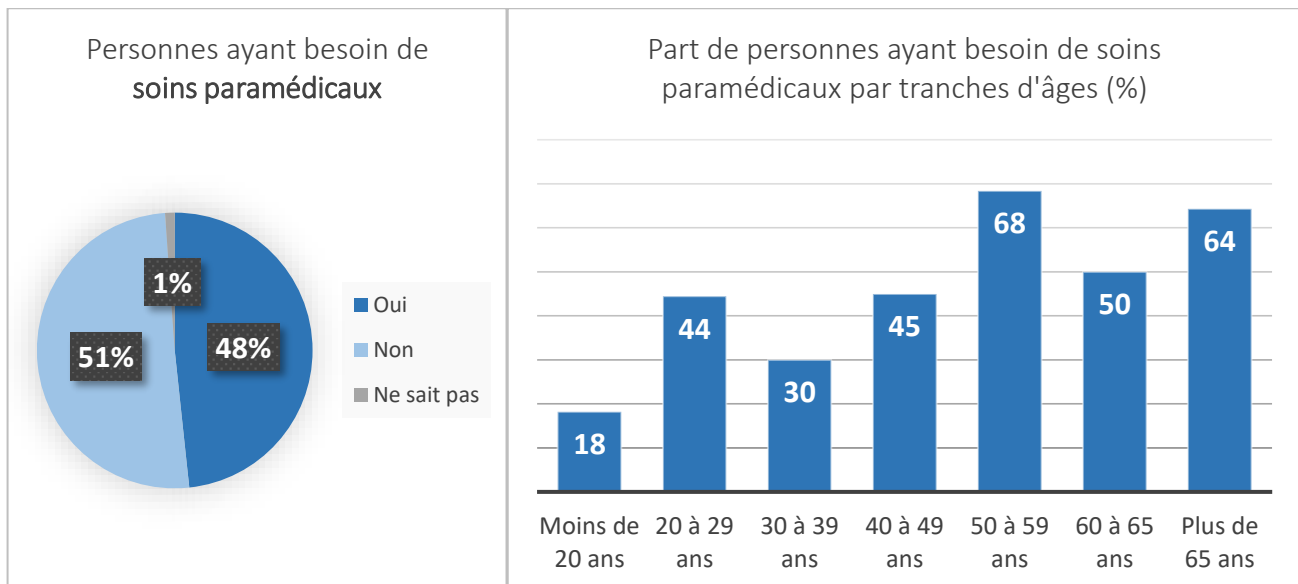
La démarche de médiation en santé a permis de constituer un petit réseau de partenaires libéraux de proximité permettant au voyageur de trouver une réponse à son besoin de santé. Mais ce réseau est fragile et repose sur de bonnes volontés. Il apparaît nécessaire de mobiliser les professionnels de santé et les coordinations locales aux problématiques d'accès aux soins et/ou de continuité des soins des populations itinérantes.

PISTES D'ACTION

- **Sensibiliser les libéraux aux enjeux liés aux soins des gens du voyage. Il conviendra de se rapprocher des CPTS et des structures d'exercice collectif et coordonné (Maison de santé pluriprofessionnelles, Centres de santé) pour sensibiliser les professionnels libéraux aux questions relatives à la santé des voyageurs mais aussi pour recueillir leurs éventuelles difficultés à les prendre en charge.**
- **Mettre en évidence le rôle de la prévention dans le maintien d'une bonne santé le plus longtemps possible en mobilisant les partenaires dédiés.**

b. Recours aux traitements médicamenteux et à des soins paramédicaux





A partir de 40 ans, plus de la moitié des personnes ont besoin d'un traitement médicamenteux pour une pathologie chronique. **A partir de 50 ans**, plus de la moitié des personnes interrogées ont besoin de **soins paramédicaux** (bilans sanguins, kiné, soins infirmiers, etc.).

L'OMS définit la maladie chronique comme une maladie nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois.

Le haut conseil de santé publique propose (rapport de novembre 2009) une définition transversale de la maladie chronique. La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitif appelé à durer. Une ancienneté minimale de trois mois. Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament d'un régime d'une technologie médicale, d'un appareillage ou une assistance personnelle. La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. L'objectif visé est d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

De nouveau notons qu'il serait raisonnable et important de disposer de médecins référents pour les 20% dont le médecin traitant est hors département, pour le suivi des pathologies chroniques et des soins réguliers. Le recours aux soins des voyageurs bien souvent éloignés du système de santé en serait facilité. Les CTPS, les structures d'exercice collectif et coordonné et les CLS peuvent être interrogés dans ce sens.

La médiation en santé s'inscrit pleinement dans le suivi de ces maladies chroniques comme l'interface vers le droit commun, une évaluation paramédicale des besoins, une aide à l'observance des traitements, une aide à la lecture des documents relatifs à la santé pouvant favoriser la compréhension, de l'écoute, de la prévention.

L'inscription dans une démarche d'Education thérapeutique du patient (ETP) doit être encouragée auprès des personnes souffrant d'une maladie chronique. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Le médecin traitant est un acteur incontournable de cette démarche.

c. Recours à des médecins spécialisés

Soins ophtalmologiques

19% des personnes portent des lunettes, et 44% des personnes interrogées ne vont pas chez l'ophtalmologiste, en dépit d'une vue qui baisse. Le non recours aux soins est très important pour la vue.

Suivi de l'audition

3% des personnes ont un suivi pour leur audition, et seule une personne est appareillée

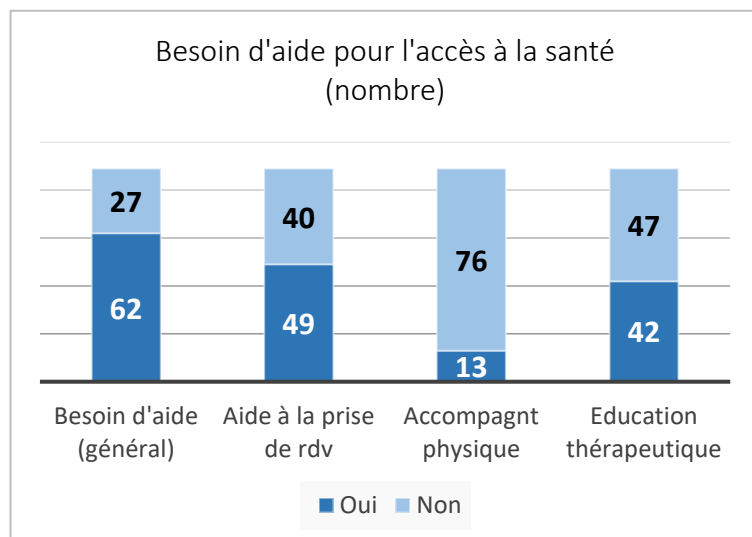
Suivi dentaire

64% des personnes ont un suivi dentaire régulier.

Autres médecins spécialisés

45% ont recours à d'autres médecins spécialisés.

d. Appui pour faciliter le recours au soin



Beaucoup des personnes interrogées ont **besoin d'aide pour recourir aux soins** : plus de la moitié pour la **prise de rendez-vous**, une faible part pour être accompagnés physiquement aux rendez-vous. Près de la moitié des personnes interrogées ont **besoin d'éducation thérapeutique** (à savoir une explication du diagnostic et des soins et le développement des compétences d'auto-soin), ce qui augmente leur littératie en santé et facilite l'appropriation des informations sur les comportements favorables à la santé, sur la prise des traitements et sur l'adaptation aux pathologies, etc.

NB : en échangeant sur le recours au soin, dans le cadre d'une relation de confiance, des freins à l'accès aux soins sont levés

Pistes d'actions

- **Intégrer des temps d'éducation thérapeutique (compétences d'auto-soin, compétences d'adaptation) dans les missions de médiation en santé**
- **Poursuivre « l'aller vers et le faire avec » les voyageurs en multipliant les messages incitatifs à un recours aux soins et à la prévention : présenter de façon récurrente l'offre du Centre d'Examen de Santé de la CPAM qui permet dans le même moment de dépister et prévenir plusieurs champs de la santé et assurer l'accompagnement des personnes si besoin.**
- **Penser le développement des compétences utiles aux soins de manière plus transversale dans l'accompagnement et les interventions d'itinérance (ex : littératie, savoir demander de l'aide, savoir exprimer ses besoins...)**

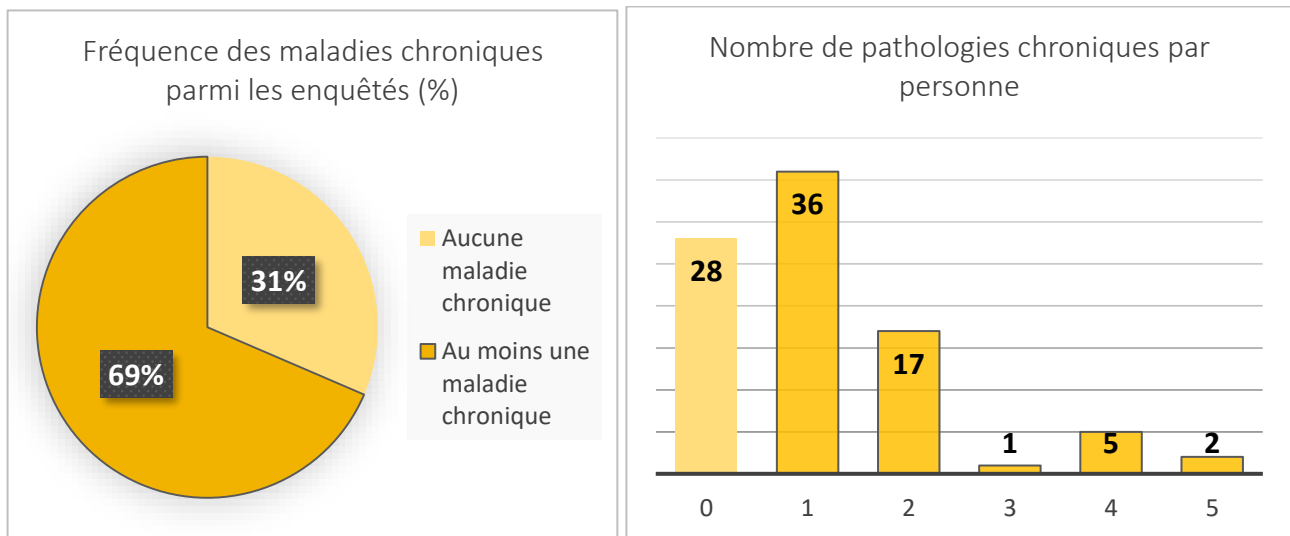
6. Etat de santé

a. Pathologies chroniques

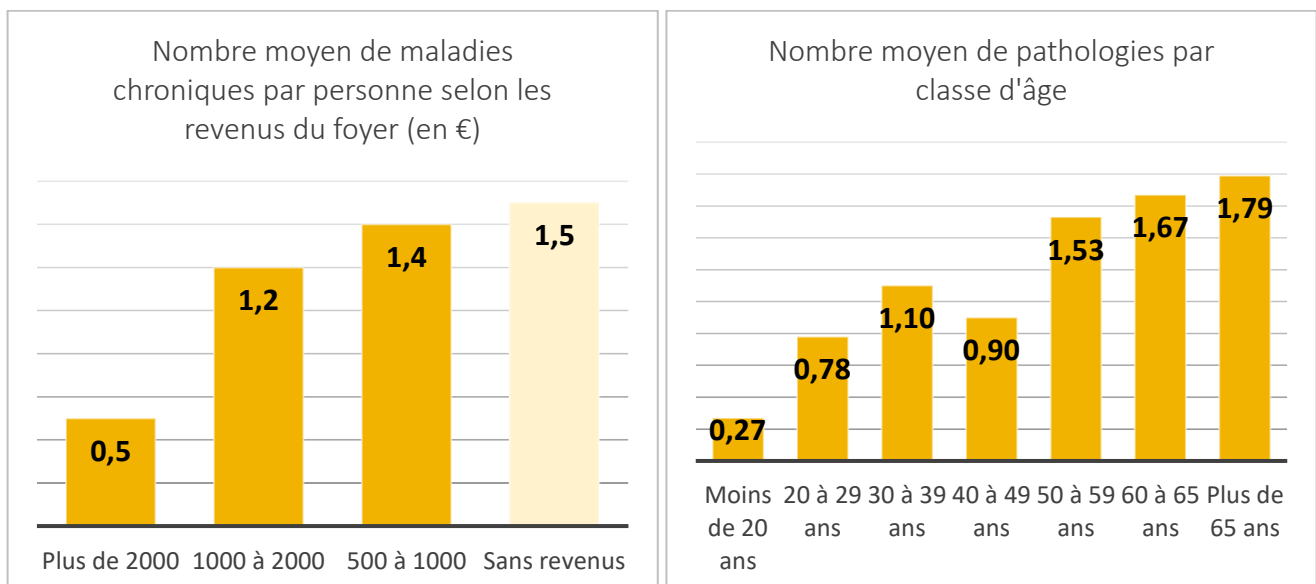
Parmi les personnes enquêtées, **69%** sont touchées par **au moins une maladie chronique**, ce qui est largement supérieur à la moyenne nationale.

En population générale 40% des personnes âgées de 16 ans et plus déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique. Les femmes se disent plus concernées. Une augmentation substantielle à l'âge de cinquante ans où la moitié des personnes interrogées se trouvent concernées. Le taux atteint est de plus de 70% pour les soixante-quinze ans et plus. (Source INSEE 19/11/2019)

40 % de l'échantillon a **une seule maladie chronique**. Près d'un tiers des personnes présente des **comorbidités** (jusqu'à 5 maladies chroniques par personne).



Déterminants des maladies chroniques



On observe une nette corrélation entre :

- **Les revenus des foyers et la prévalence des pathologies chroniques** : plus les personnes sont dans un foyer aisé, moins elles sont concernées par les pathologies chroniques. On observe donc un gradient social de santé.

- **L'âge et la prévalence des pathologies chroniques** : excepté pour la tranche d'âge de 40 à 49 ans, la progression de la prévalence des maladies chroniques augmente constamment avec l'âge.

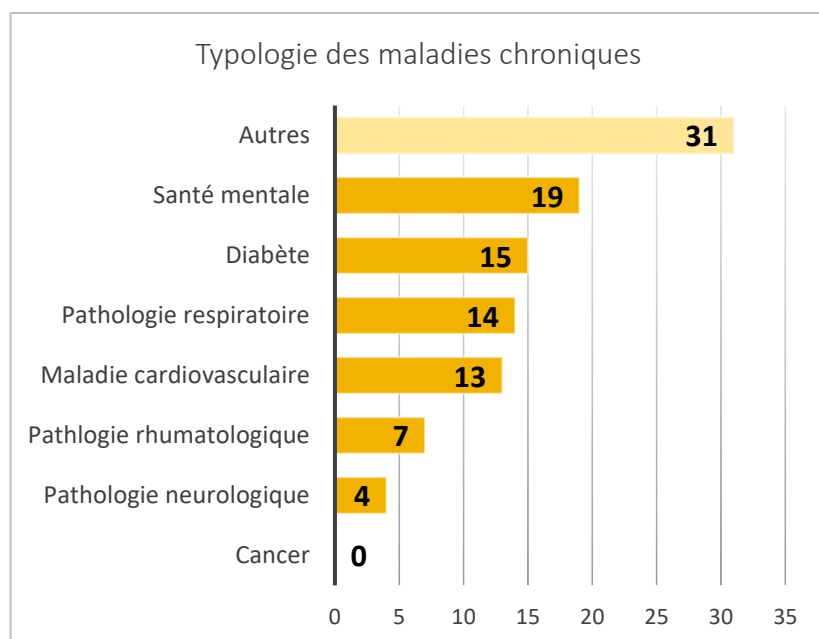
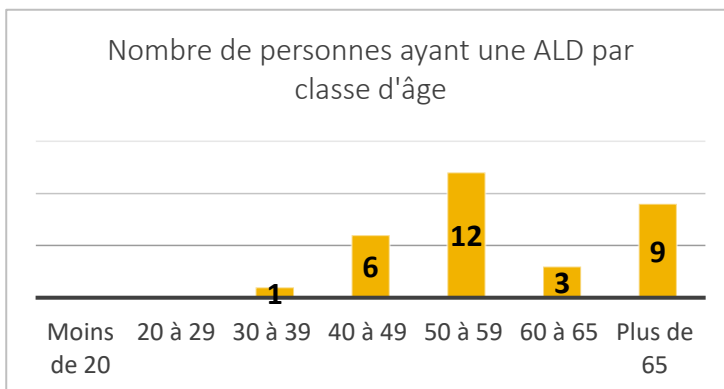
Les pathologies chroniques sont donc **le reflet des conditions de vie**, et s'accumulent avec l'âge.

Affections longue durée

Toutes les pathologies chroniques ne sont pas reconnues comme affections longue durée (ALD), reconnaissance qui donne droit à un remboursement intégral des frais médicaux liés à la pathologie.

35% des personnes rencontrées **bénéficient d'une ALD, soit un peu moins de la moitié des personnes** présentant une maladie chronique. Cette reconnaissance n'est pas corrélée à l'âge, contrairement aux maladies chroniques. Cette disjonction est liée à plusieurs causes :

- Certaines maladies chroniques ne font pas partie de la liste des maladies pouvant bénéficier d'une prise en charge à 100%
- L'ALD est une requête médicale. L'itinérance du soin ne facilite pas l'engagement du médecin.
- L'accès à la Complémentaire santé solidaire ne rend pas ce dispositif indispensable
- Enfin, les personnes ne connaissent pas forcément leurs droits



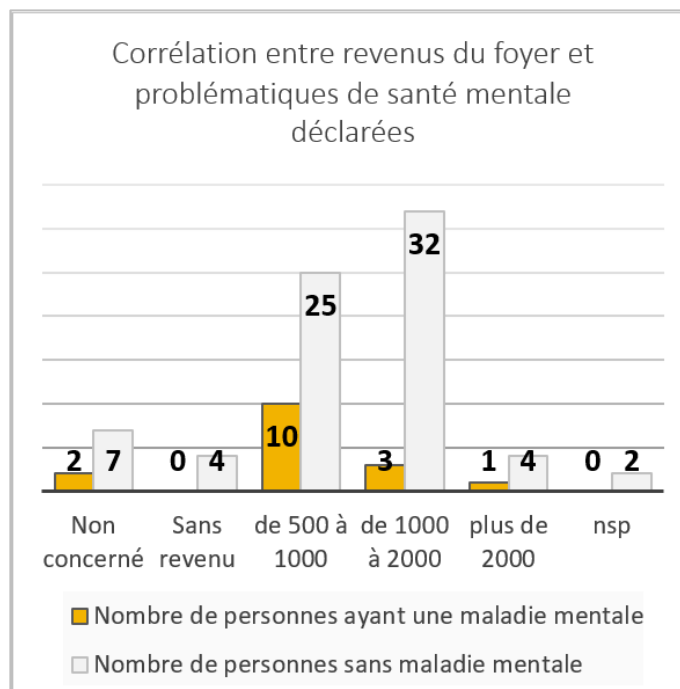
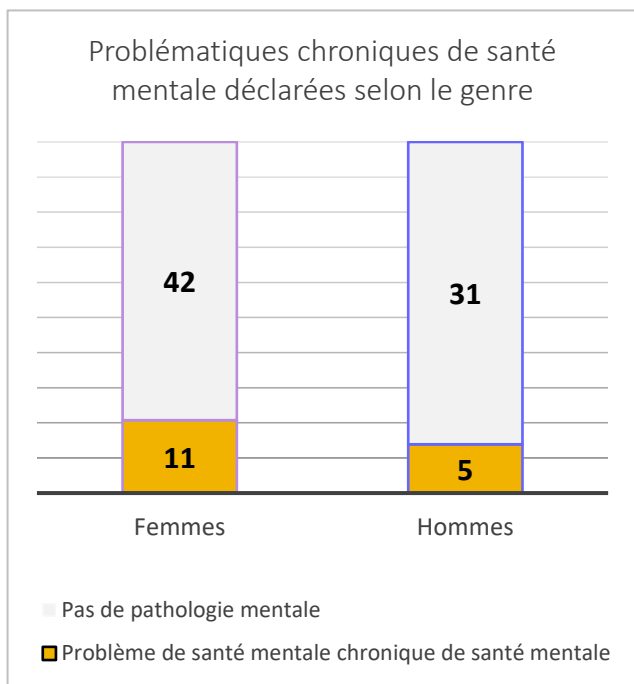
Typologie des maladies chroniques

Les maladies chroniques qui touchent les personnes interrogées sont variées. Celles concernant la **santé mentale** prédominent : **1/4** de l'échantillon est concerné^{23, 24}.

Le **diabète**, les **pathologies respiratoires** et les **maladies cardiovasculaires** arrivent ensuite et concernent pour chaque catégorie **1/6** des personnes interrogées. D'après la FNASSAT, il y a **30% de diabète en plus chez les voyageurs** qu'en population générale (communication personnelle, 2022).

²³ Ici, la santé mentale inclut : des pathologies de santé mentale diagnostiquées et un ensemble de symptômes repérés par la médiatrice santé, témoignant d'une santé mentale fragilisée (symptômes dépressifs, stress, anxiété, etc.).

²⁴ Les problématiques de santé mentale sont majorées par l'épisode exceptionnel de pandémie COVID. L'enquête CoviPrev (suivi de l'évolution de la santé mentale et l'adoption des comportements de prévention des Français dans le contexte de l'épidémie de COVID 19) montre 26% de personnes interrogées qui disent ressentir un état anxieux. Les personnes les plus touchées sont les chômeurs, les personnes avec antécédents de troubles psychologiques et les personnes en difficultés financières.



En faisant un focus sur la santé mentale, on observe que les **femmes** sont légèrement plus concernées que les hommes. Par ailleurs, les personnes déclarant des problèmes chroniques de santé mentale sont **majoritairement des personnes à faibles revenus** (en excluant les enfants et les personnes sans revenus, prises en charge par des proches).

PISTES D' ACTIONS - SANTE MENTALE et PATHOLOGIES CHRONIQUES

- **Faciliter l'accès aux ALD**
- **Contribuer aux travaux de mise en œuvre du Projet territorial de santé mentale (PTSM) des Côtes d'Armor Partenariat à développer avec des équipes mobiles précarité psychiatrie locales**
- **Poursuite des ateliers bien être développement des capacités psychosociales**
- **Amélioration des conditions de vie**
- **Travailler sur les liens entre activité professionnelle et santé mentale : plus de stress chez les personnes ayant un métier.**

PISTES D' ACTIONS - PREVENTION

Réaliser de la prévention à plusieurs niveaux : préventions primaire, secondaire, tertiaire (ici, elles sont illustrées par le diabète, mais cela vaut pour toutes les maladies chroniques citées ci-dessus).

La prévention primaire c'est-à-dire l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies.

- Avec la médiation en santé, nous pouvons agir sur la prévention des conduites individuelles à risques (risques environnementaux ou sociétaux) mais aussi sur les facteurs considérés comme des compétences psychosociales²⁵.

La prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population.

Il s'agit des actes qui agissent au début de l'apparition des troubles pour s'opposer à son évolution et faire disparaître les facteurs de risques.

- Il serait souhaitable d'envisager un dépistage de diabète de type 2 dans les centres d'examen de santé, ou un dépistage par la technique d'aller vers sur les aires.

La prévention tertiaire visant à réduire les complications et les traiter.

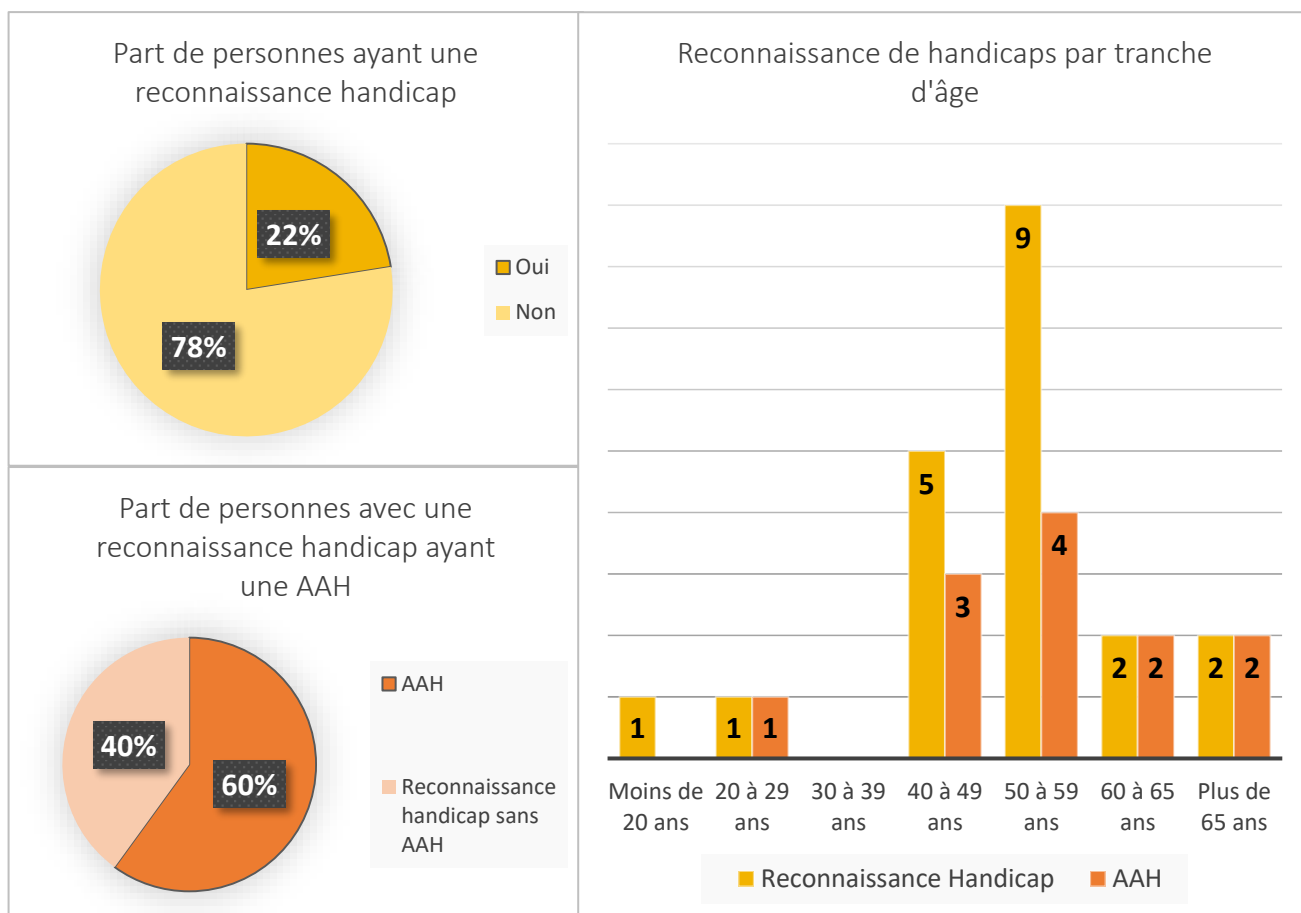
- Le rôle de la médiation en santé va être ici de :
 - Prendre du temps avec chaque usager diabétique pour faire des points sur la glycémie, évaluer les besoins d'accompagnement à l'auto soin, évoquer le régime alimentaire... en vue de stabiliser le diabète et éviter les complications.
 - Relayer les informations au praticien sur accord du patient et le plus souvent en sa présence pour une meilleure prise en charge. Bien souvent la pathologie est prise en charge par un généraliste, les prescriptions sont réinitialisées par un médecin de proximité. L'usager s'alarme lorsque des complications rénales ou oculaires s'installent et sont parfois irrémédiables.

La médiation en santé est un maillon important de l'ensemble du parcours de soins face à des maladies chroniques qui évoluent, engendrent des complications qui nécessitent un accompagnement à chacune des étapes.

A moyen et long terme la réussite de la médiation doit se traduire par une amélioration de la prévention, une mobilisation naturelle des acteurs de droit commun.

²⁵ Itinérance a démarré des actions de prévention sur l'activité physique et l'alimentation – voir fiche action en annexe.

b. Reconnaissance handicap



La **reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)** seule n'ouvre pas de droits financiers spécifiques, mais **donne accès à des dispositifs de travail adapté** (ESAT, statut de travailleur handicapé en entreprise), peu en prise avec leur niveau d'étude. Il y a donc **inadéquation entre cette reconnaissance et les leviers que cela pourrait activer pour faciliter l'intégration et l'accès à des ressources**.

L'Allocation adulte handicapé est allouée aux personnes ayant un **taux d'incapacité supérieur à 80% (évaluation du handicap)** ou un **taux d'incapacité de 50 à 79% s'il est corrélé à une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi reconnu par la MDPH**. En l'espèce cela donne accès à un **revenu mensuel de 900 €**.

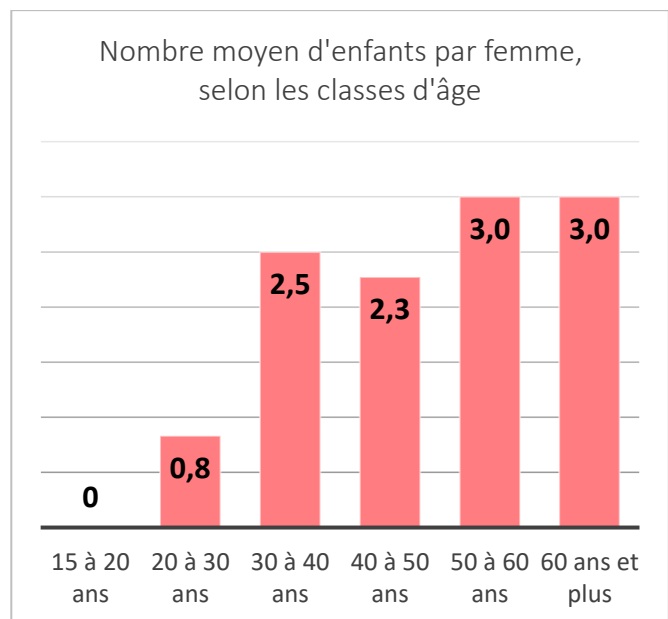
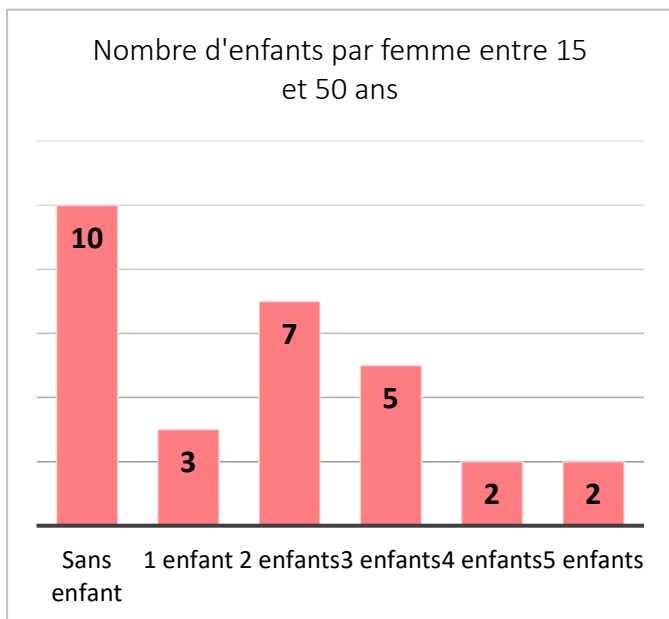
Il existe d'autres aides liées à **l'invalidité**, qui concernent les personnes qui ont été salariées, ou en auto-entreprise lorsque le voyageur a satisfait d'un chiffre d'affaires suffisant sur la période. A nouveau, ce dispositif est **peu en prise avec la réalité de vie des gens du voyage**, peu alphabétisés, et peu formés aux techniques professionnelles.

Pour mémoire les activités professionnelles exercées par les voyageurs sont principalement : le ferrailage, la vente de porte à porte ou sur les marchés, le nettoyage, l'égavage et les travaux sur les bâtiments. En clair les domaines d'activités qui ne requièrent pas d'obligation à formation pour être exercée.

7. Santé sexuelle

a. Structure familiale

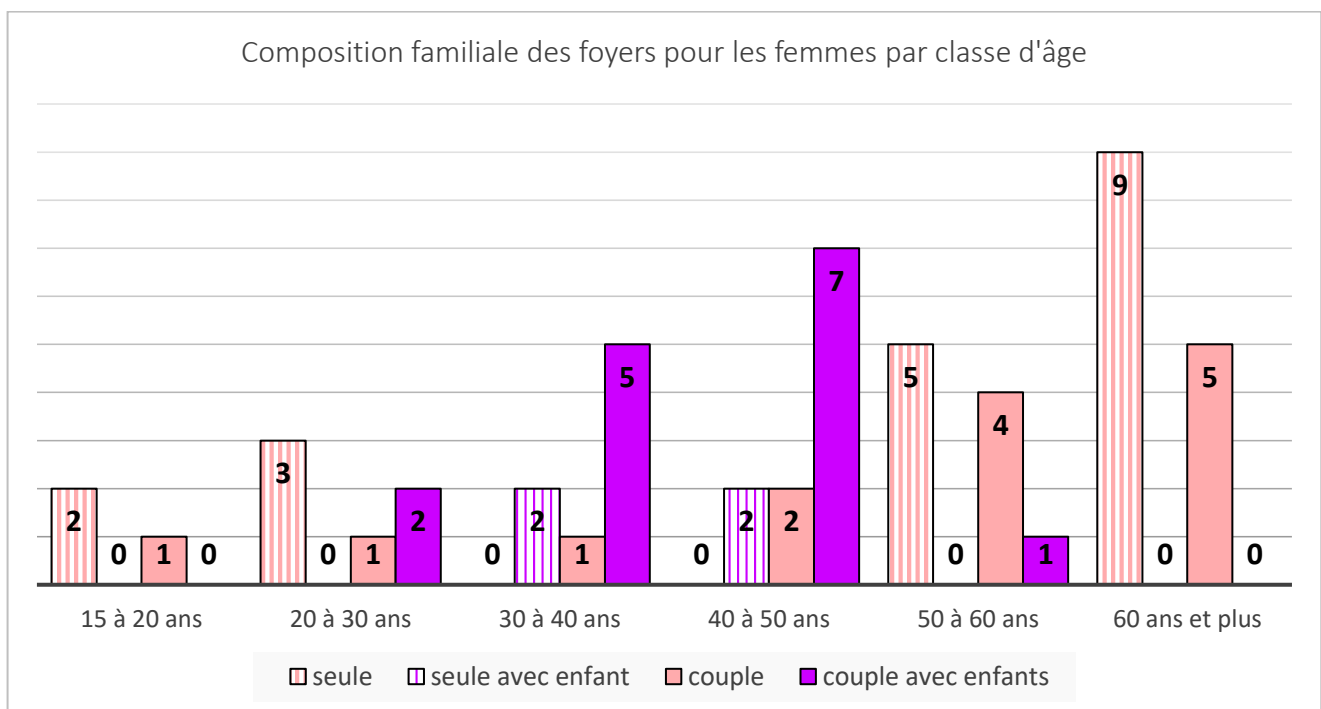
Parmi les personnes rencontrées, 29 femmes ont entre 15 et 50 ans.



Un tiers des femmes de la tranche d'âge 15-50 ans est **sans enfant**.

L'indice de fécondité est de 1,72 soit légèrement moins que la moyenne nationale (1,8, données INSEE).

Le nombre moyen d'enfants par femmes a nettement diminué au fil des générations.



Dans les foyers composés d'au moins une femme, il y a des **enfants** à partir de la tranche d'âge des 20-29 ans.

Il y a plus de femmes en couple avec enfants que seules avec enfants.

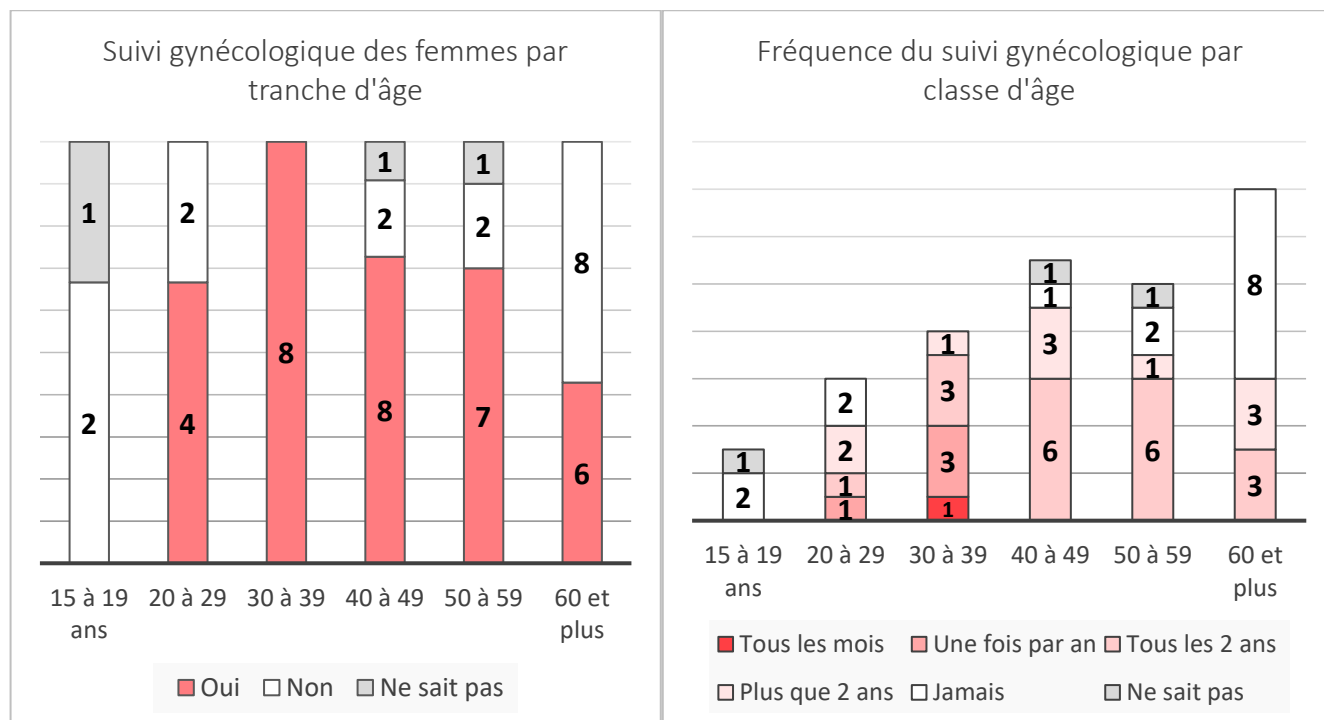
Une fois les enfants partis, les femmes sont majoritairement seules.

b. Suivi gynécologique

Les **deux tiers** des femmes rencontrées ont un **suivi gynécologique**.

Les femmes de **moins de 20 ans** déclarent ne **pas** avoir de **suivi gynécologique**. **Toutes les femmes de 30 à 39 ans ont un suivi**. Dans les autres tranches d'âge, le suivi est dégressif à partir de 40 ans. Ce constat est renforcé par la fréquence du suivi gynécologique, qui est régressif autour de la tranche d'âge des trentenaires.

Le suivi gynécologique est donc plus associé à la fécondité qu'à la santé sexuelle dans son ensemble.



Ici, les données sur les modes de **contraception** ne sont pas significatives : le sujet de la santé sexuelle reste tabou, et les données relatives à cette question ne sont pas suffisantes pour en tirer une photographie d'ensemble.

PISTES D' ACTIONS

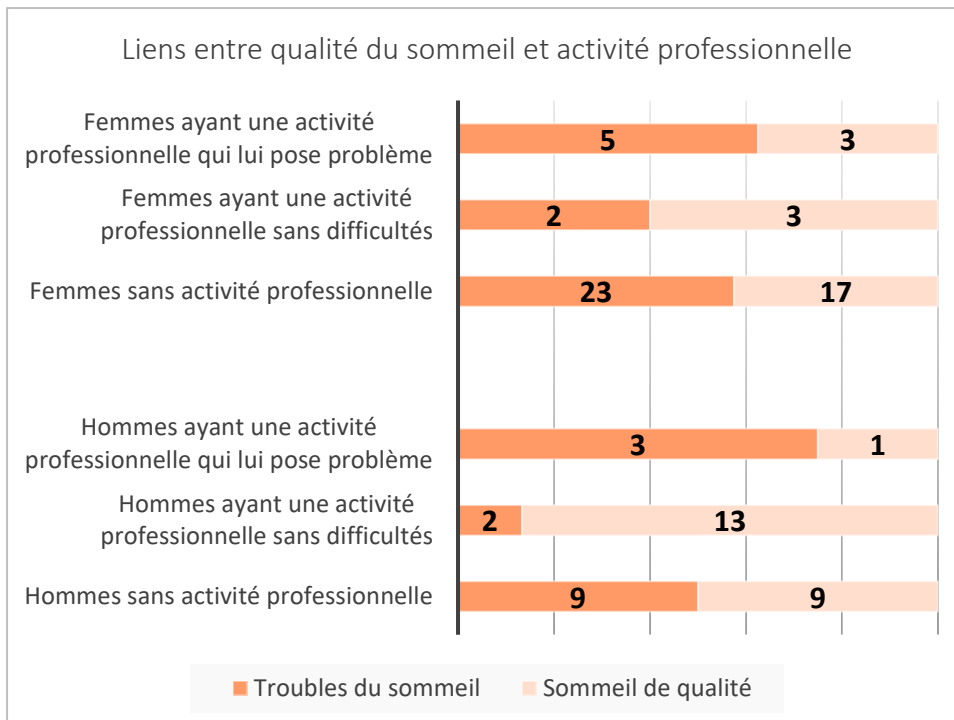
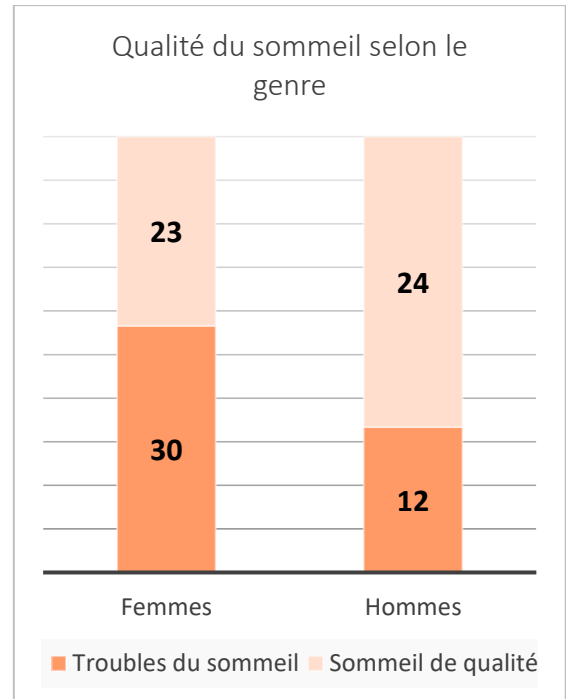
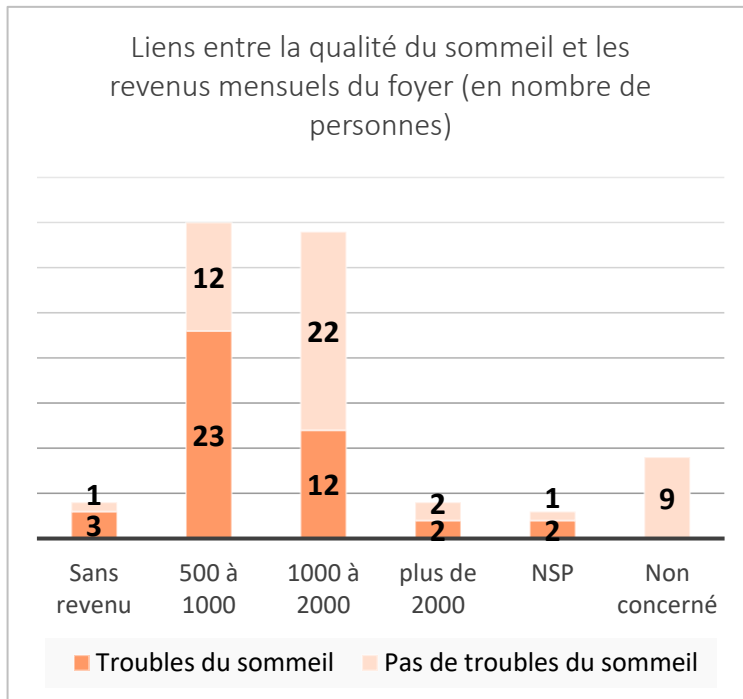
- **Faciliter l'éducation à la vie affective et sexuelle pour les moins de 20 ans (qui ne fréquentent pas le collège), les accompagner dans le repérage des professionnels à proximité (planning familial, PMI, services hospitaliers, libéraux)**
- **Favoriser les actions de dépistage par l'information, la sensibilisation, l'aide à la lecture des invitations au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et informer de la nécessité des Frottis Cervico Vaginal (FCV)**
- **Informers les parents sur le vaccin contre les infections à papillomavirus humain ;**

8. Qualité de vie

a. Sommeil

Un peu moins de la **moitié** des personnes rencontrées déclarent avoir des **problèmes de sommeil** (47%). On note que **les personnes ayant le moins de ressources** et que les **femmes** sont plus touchées par les difficultés liées au sommeil.

Il n'y a pas de corrélation forte entre la présence de problématiques chroniques de santé mentale et les troubles du sommeil.



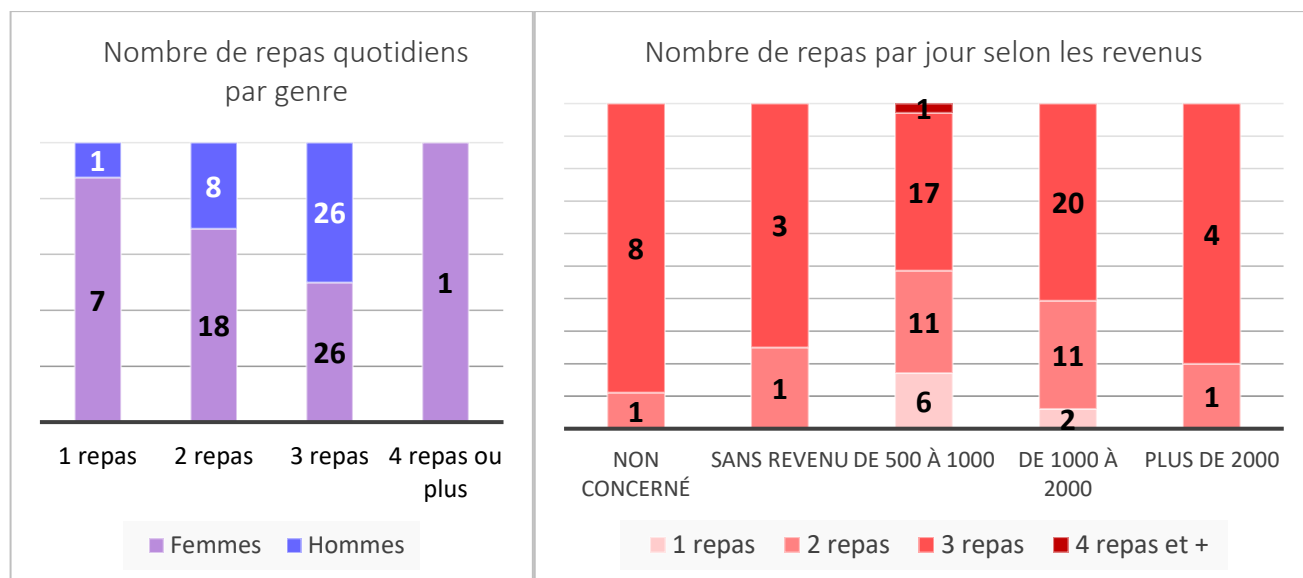
La **moitié** des personnes **sans activité professionnelle** ont des troubles du sommeil.

Les personnes qui présentent des **difficultés au travail ont plus de troubles du sommeil** que celles qui n'en vivent pas.

NB : l'échantillon est trop petit pour en faire une tendance claire

b. Alimentation

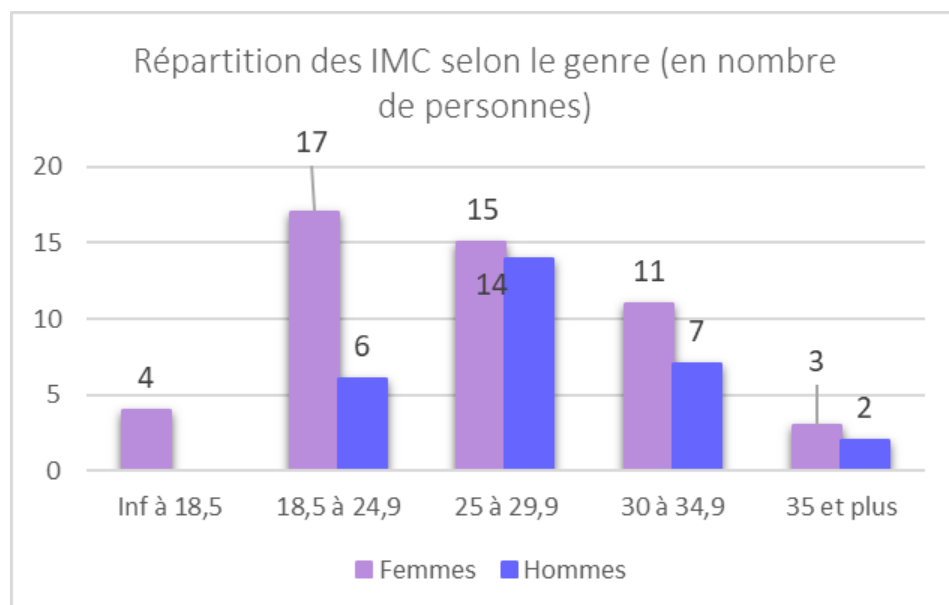
Fréquence des repas



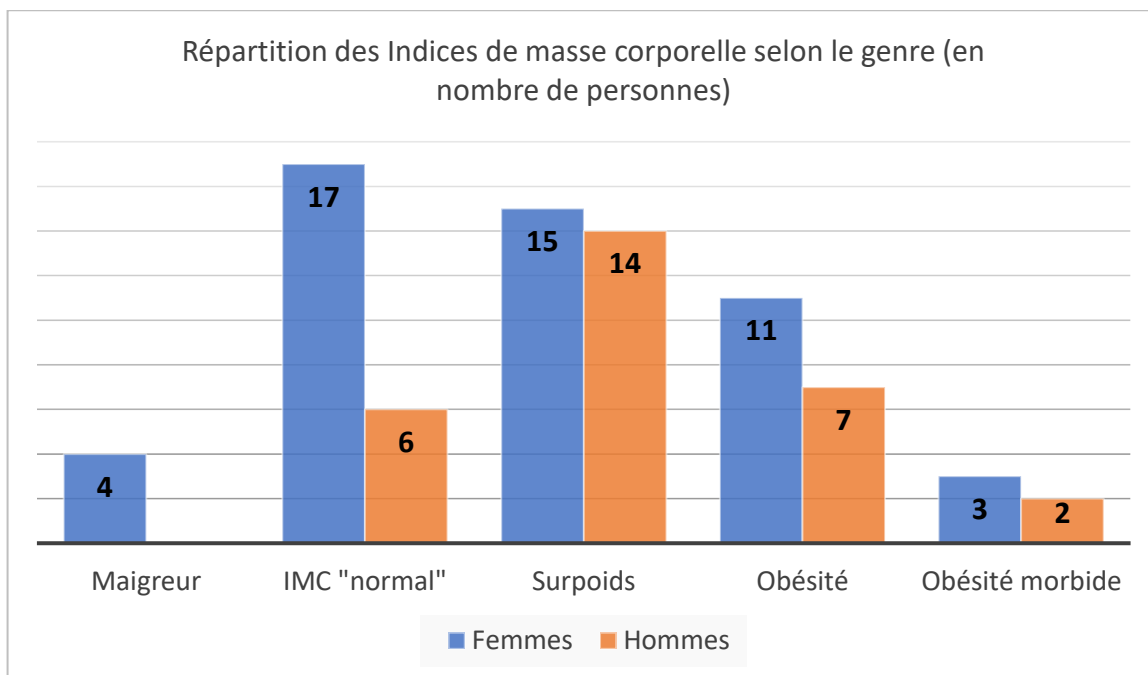
Plus de la moitié des personnes interrogées consomme **3 repas par jour**. Ce sont essentiellement les femmes qui ont des comportements alimentaires moins favorables à la santé (1, 2 ou 4 repas par jour).

Les personnes à charge de leur famille (non concernés par un revenu, sans revenu) ont pour l'essentiel 3 repas par jour. Pour les autres, plus les revenus sont élevés, plus la fréquence de personnes faisant trois repas par jours est élevée. Il y a donc un lien entre revenus et fréquence des repas.

Indice de masse corporelle et contexte de vie



Répartition des Indices de masse corporelle selon le genre (en nombre de personnes)

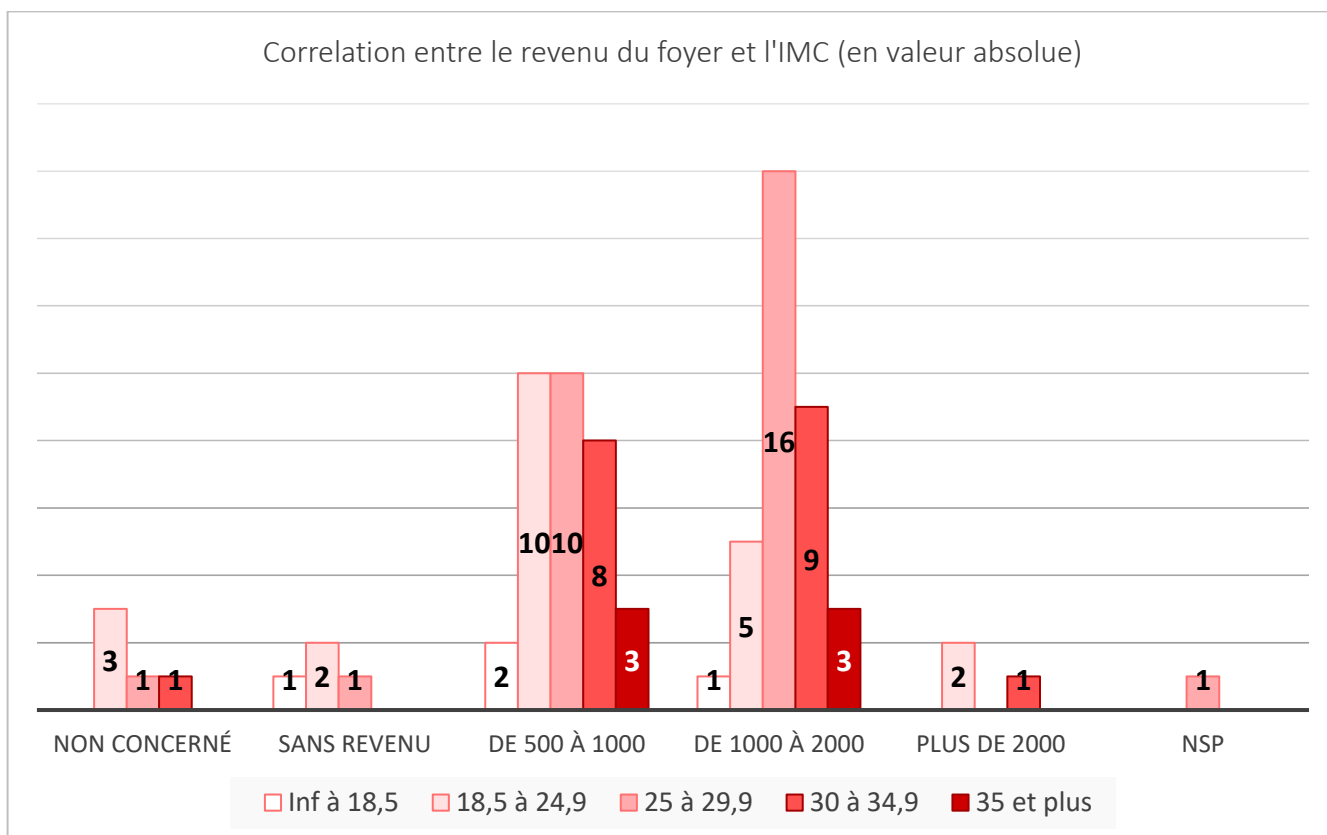


Les IMC des femmes sont assez distribués, de moins de 18,5 à plus de 35, avec un pic dans la tranche 18,5 à 24,9. Près de **60% des femmes ont un IMC supérieur à 25**.

Aucun homme n'a d'IMC inférieur à 18,5, et près de **80% d'entre eux ont un IMC supérieur à 25**.

L'IMC supérieur à 25 correspond à de la surcharge pondérale.

Corrélation entre le revenu du foyer et l'IMC (en valeur absolue)



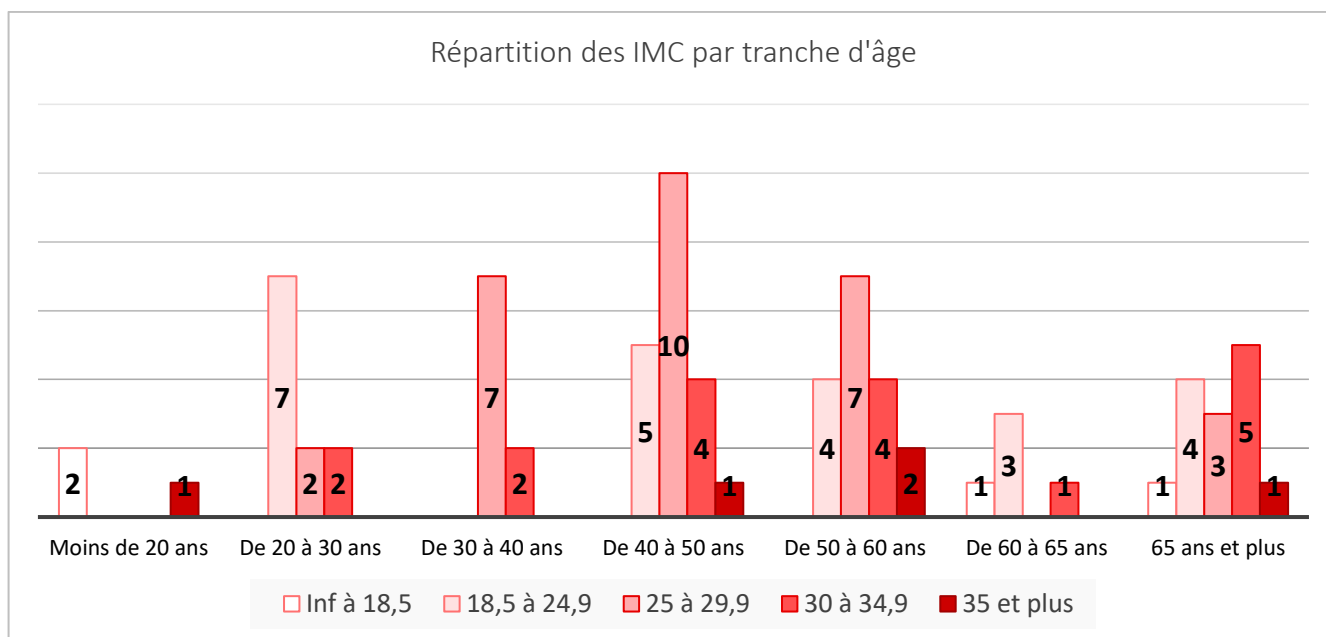
Le nombre de personnes qui ont un **IMC** considéré comme plus **favorable à la santé** (de 18,5 à 24,9) **diminue à chaque tranche d'âge**. La part des personnes avec cet IMC **s'amenuise à mesure que les revenus augmentent**,

mais réaugmente à partir de revenus supérieurs à 2000 €. **Il est majoritaire chez les personnes à charge de leur entourage** (enfants, personnes sans revenus).

Les personnes avec un **IMC inférieur à 18,5** sont dans les tranches d'âge des moins de 20 ans et des plus de 60 ans. Leur part diminue à mesure que les revenus de leur foyer augmente.

La fréquence des **IMC compris entre 30 et 34,9 augmente** au fil des **tranches d'âge**, et – légèrement - avec l'augmentation des **revenus des foyers**.

La fréquence des personnes ayant un IMC compris entre 25 et 29,9 diminue avec l'âge, mais augmente avec les ressources du foyer.



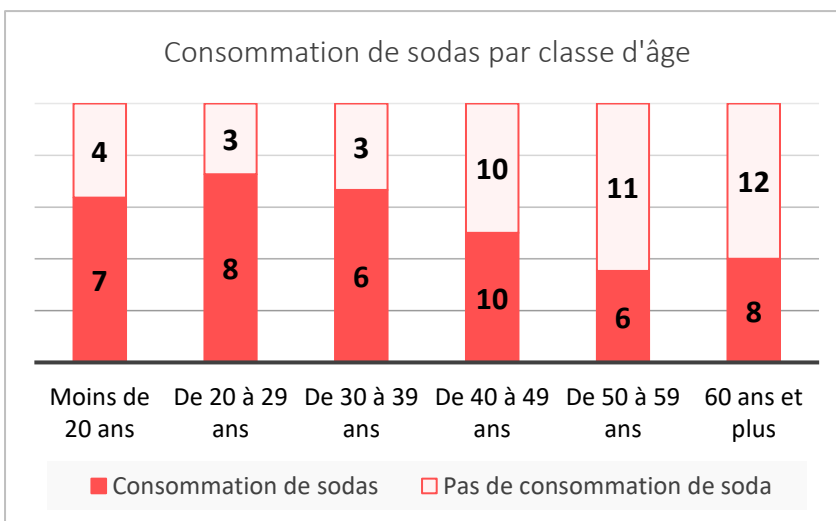
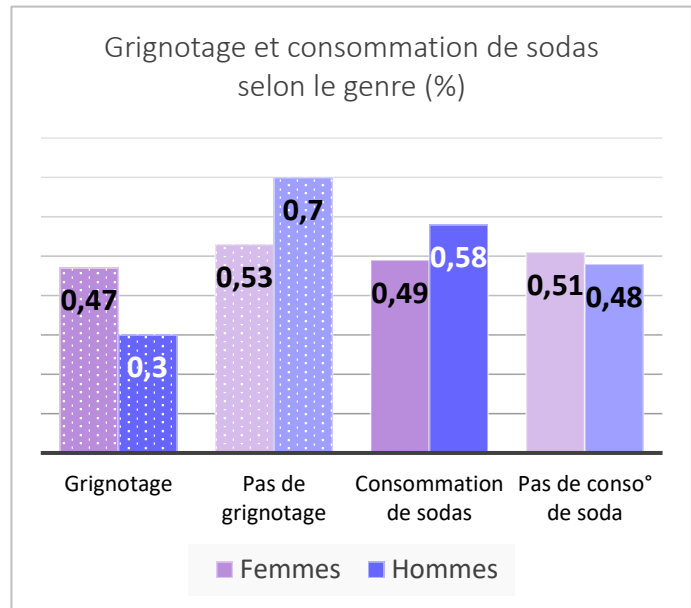
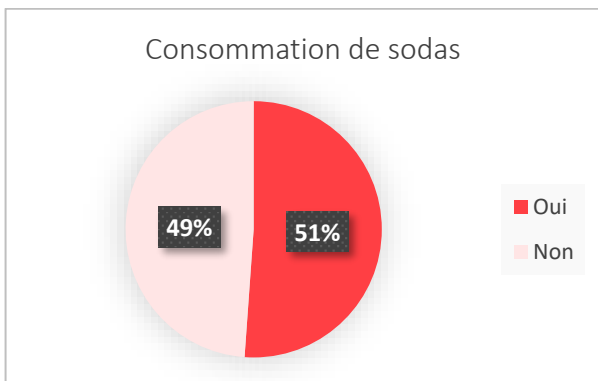
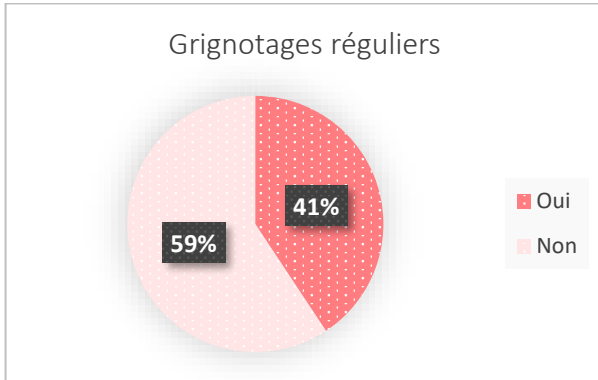
Les IMC élevés (de 25 à 34,9) sont majoritairement associés :

- Au genre (plus fréquemment des hommes)
- Aux revenus (augmentation corrélée aux revenus du foyer)
- A l'âge (augmentation au fil des tranches d'âge)

Les IMC faibles et dits normaux (de moins de 18,5 à 24,9) sont plus associés

- Aux personnes à charge et à faibles revenus
- Aux femmes
- Aux tranches d'âge les plus extrêmes (moins de 20 ans, plus de 60 ans)

Comportements alimentaires



Le **grignotage** concerne 41% des personnes interrogées, et concerne plus les femmes que les hommes

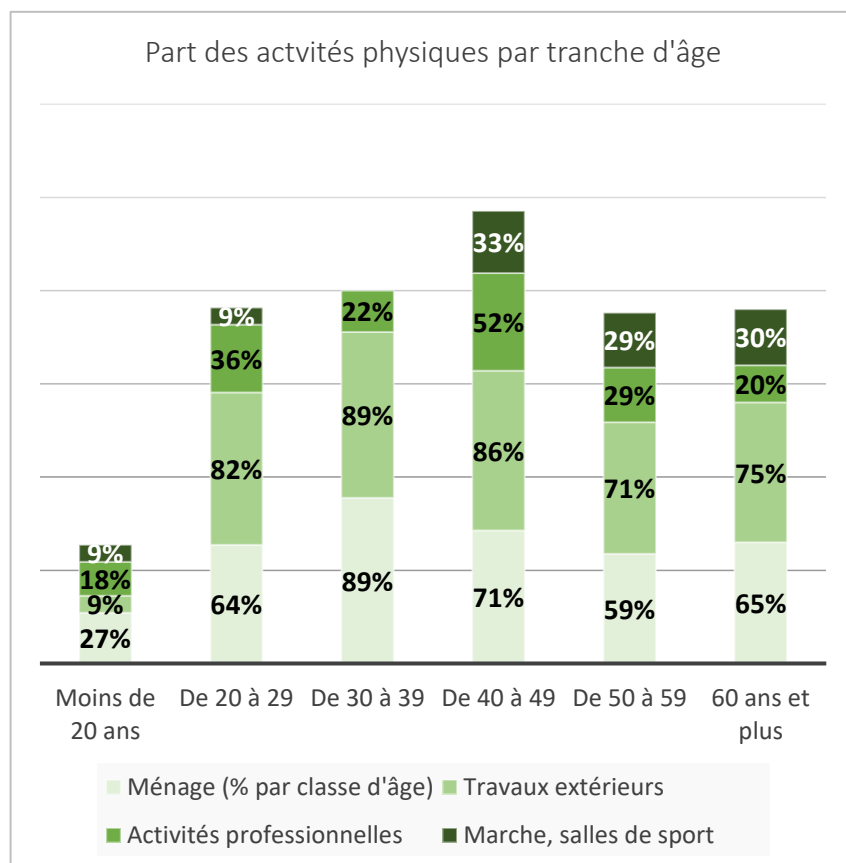
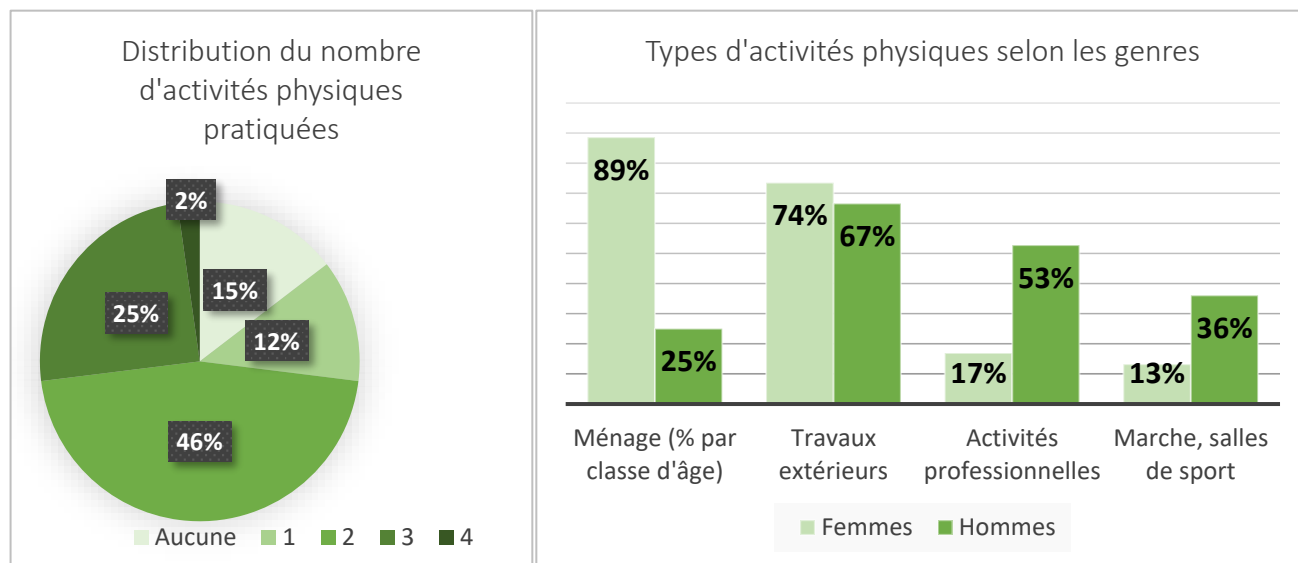
La **consommation de sodas** concerne plus de la moitié des personnes interrogées, et concerne plus les hommes que les femmes.

Il n'y a pas de corrélation entre grignotage et classe d'âge. En revanche, on observe une consommation dégressive en sodas à partir de 30 ans, jusqu'à 60 ans. La consommation d'eau devrait être

favorisée dès le plus jeune âge.

c. Activité physique

Sociologie des activités physiques



Les activités physiques considérées sont : le ménage, les travaux extérieurs, les activités professionnelles, et la pratique d'activités physiques « pour elles-mêmes », soit la marche ou la pratique en salle de sport.

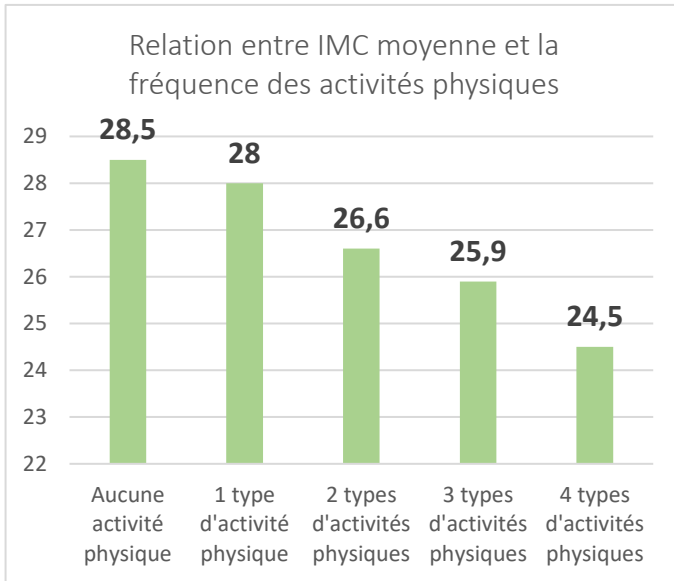
En dehors des enfants, dont les activités physiques entrent plus difficilement dans ces catégories, 7 personnes ne pratiquent aucune activité physique. Quatre d'entre elles ont un IMC supérieur à 30.

Les **activités physiques sont très genrées** : le ménage revient essentiellement aux femmes, tandis que les activités professionnelles et la marche sont majoritairement masculines. Les travaux extérieurs sont plus égalitaires, et sont ceux qui mobilisent le plus.

En dehors de la tranche des 40-49 ans, où l'on observe un pic, **la pratique d'activité physique est stable selon les âges.**

A partir de 40 ans, la pratique d'activité physique comme pratique à part entière augmente.

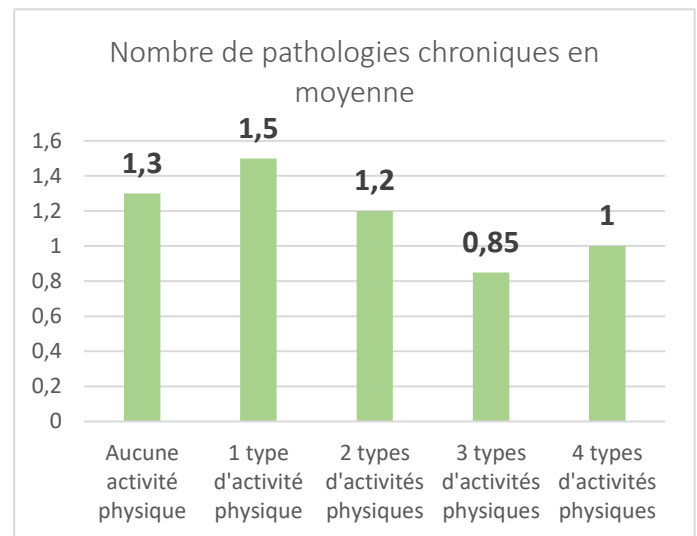
Activité physique et santé



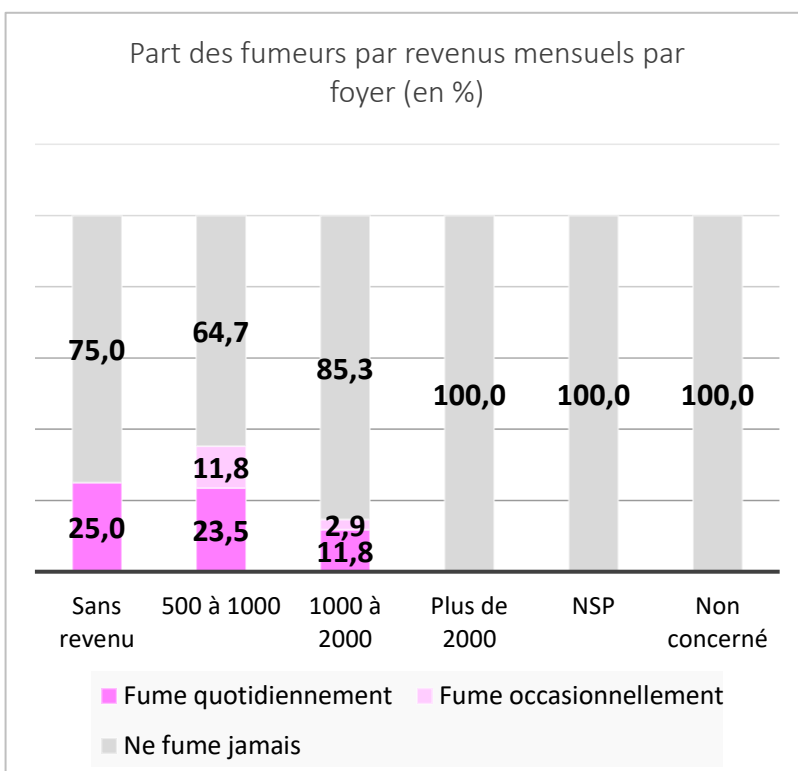
Il y a une **corrélacion entre la variété des activités physiques des personnes et la moyenne des IMC** : les personnes qui ne font aucune activité physique ont en moyenne un IMC de 28,5, et celles qui ont 4 types d'activités physiques ont en moyenne un IMC de 24,5.

Le nombre moyen de pathologies chroniques n'est **pas directement lié** à la variété d'activités physiques réalisées par les personnes interrogées.

Problèmes de surpoids plus marqué pour les hommes, mais les femmes sont également touchées.



d. Tabagisme



Le tabagisme ne concerne que **20% des voyageurs**.

Il est corrélé aux revenus des ménages : plus les revenus baissent, plus le tabagisme augmente.

En population générale en 2020, les résultats du baromètre de Santé Publique France indiquent que 31,8% des adultes de 18-75 ans déclaraient fumer et 25,5%, fumer quotidiennement.

Entre 2019 et 2020, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 29,8% à 33,3% parmi le tiers de la population dont les revenus étaient les moins élevés. Un des enjeux est donc de renforcer encore la lutte auprès des populations les plus vulnérables face au tabagisme.

PISTES D' ACTIONS

Surpoids et diabète

- Ateliers collectifs pour une alimentation équilibrée et durable à bas coût (fiche action en annexe)
- Proposer des marches aux femmes
- Mettre en place des ateliers diététiques et éducatifs : prévention diabète, et réduction des complications qui sont liées à une mauvaise alimentation.
- Développer les compétences d'auto-soin et les compétences d'adaptation dans une démarche qui allie prise en charge individuelle et action en petit collectif pour tendre vers l'éducation par les pairs

Activités physiques et pratique sportive : les plus jeunes ne fréquentent pas ou peu le collège et de fait n'accèdent pas aux enseignements d'EPS. Ils ne fréquentent pas les clubs sportifs.

- Actions en direction des plus jeunes : partenariats pour favoriser la pratique sportive
- Poursuivre l'accompagnement des familles pour une scolarisation effective des enfants dans le secondaire : ouverture sur le monde, accès aux campagnes de prévention santé, développement des compétences psychosociales.

Cancer

A court terme : favoriser l'accès aux dépistages notamment le cancer colo rectal qui dispose de dépistages généralisés et qui n'est peu voire pas connu des voyageurs.

Actions à court et moyen terme : sensibiliser au rôle de l'alimentation dans la survenue des cancers (aliments moins sucrés, moins transformés...)

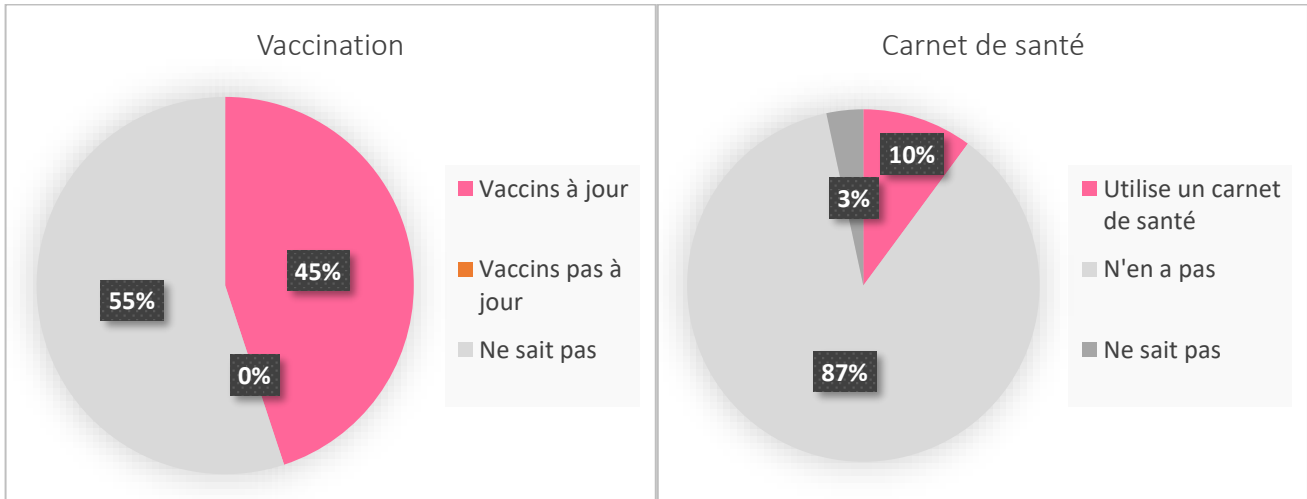
Réduire l'exposition passive aux polluants cancérogènes tant celles liées à la localisation des aires permanentes d'accueil (action de plaidoyer) que sur l'utilisation des produits de nettoyage (utilisés dans le cadre professionnel et domestique)

Tabagisme

Se saisir de la campagne nationale du mois sans tabac pour déployer des actions de prévention et de sensibilisation sur les aires.

Accompagner les voyageurs sur des dispositifs de droit commun : actions de prévention, et consultations tabacologues

9. Prévention

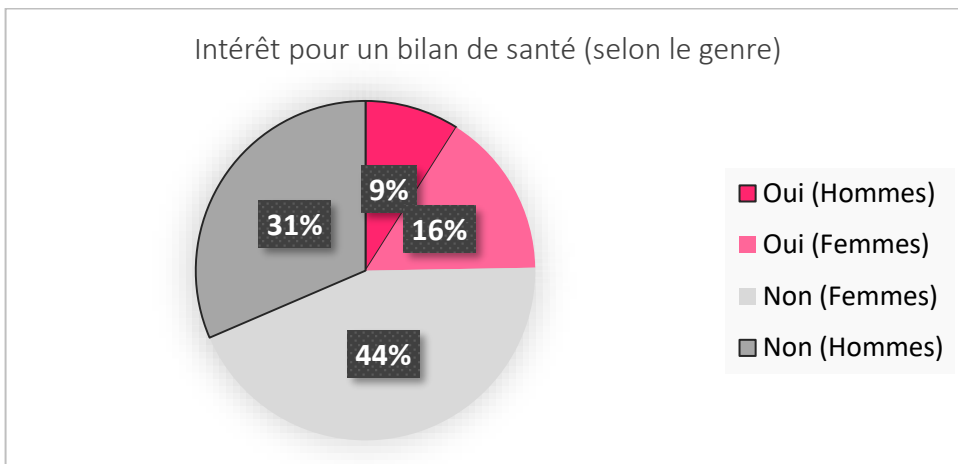


45% des personnes déclarent avoir leurs **vaccins à jour**. 55% ne le savent pas.

Le **carnet de santé** est très peu utilisé, hormis pour les enfants.

Aucune **campagne de prévention** n'est connue unanimement. Celle qui est la plus connue est celle liée au Covid-19, qui a donné lieu à un investissement important de plusieurs structures lors de l'épidémie.

25 % des personnes interrogées déclarent vouloir réaliser un bilan de santé.



PISTES D'ACTION

- **Poursuivre la collaboration avec le centre de vaccination tout public : déplacements sur les aires ou accompagnement des voyageurs au centre (d'autant que les activités professionnelles des hommes nécessitent un suivi vaccinal)**
- **Poursuivre les messages et les actions de prévention, les voyageurs ont pour l'instant une vision essentiellement curative de la santé**
- **Centre d'examen de santé : vers un partenariat pour structurer l'accès au centre d'examen de santé**

10. Santé au travail

28 personnes interrogées ont une activité professionnelle. **11** d'entre elles déclarent avoir des difficultés liées à leur activité :

- **9** ont des troubles musculosquelettiques
- **8** expriment de l'anxiété liée à leur activité
- **2** font part d'autres difficultés

Activités des hommes

Les hommes exercent principalement leurs activités rémunérées par le biais du statut de micro-entrepreneur. Les activités les plus répandues sont l'entretien des espaces verts (généralement chez les particuliers), le nettoyage (façades et toit des maisons), le ramonage, le ferrailage, la vente de véhicule. La poly-activité est fréquente. Ces activités s'exercent principalement chez des particuliers qu'il s'agit de démarcher. Le porte à porte est la méthode la plus répandue pour obtenir des nouveaux contrats. Celle-ci a été mise à mal pendant la période de pandémie (COVID) engendrant des incertitudes quant à la viabilité économique des activités et générant stress et anxiété.

Les voyageurs sont souvent peu formés (formation initiale et continue), donc peu sensibilisés aux risques liés à leurs activités professionnelles (utilisation de produits chimiques, pas de connaissance sur les équipements de protection individuelle).

Du fait du statut de travailleur indépendant, les voyageurs ne bénéficient pas des visites médicales du travail et leur parcours professionnel est peu sécurisé. Les ouvertures de droits à l'invalidité ou à la longue maladie sont compliqués. Certaines reconnaissance RQTH sont obtenues en lien avec des Troubles Musculo Squelettiques avérés mais elles n'ouvrent pas de droits à des allocations de compensations.

En cas d'accident du travail entraînant une invalidité, les reconversions sont compliquées du fait de la méconnaissance des différents dispositifs ainsi que de l'absence (en général) de diplômes.

Activités des femmes

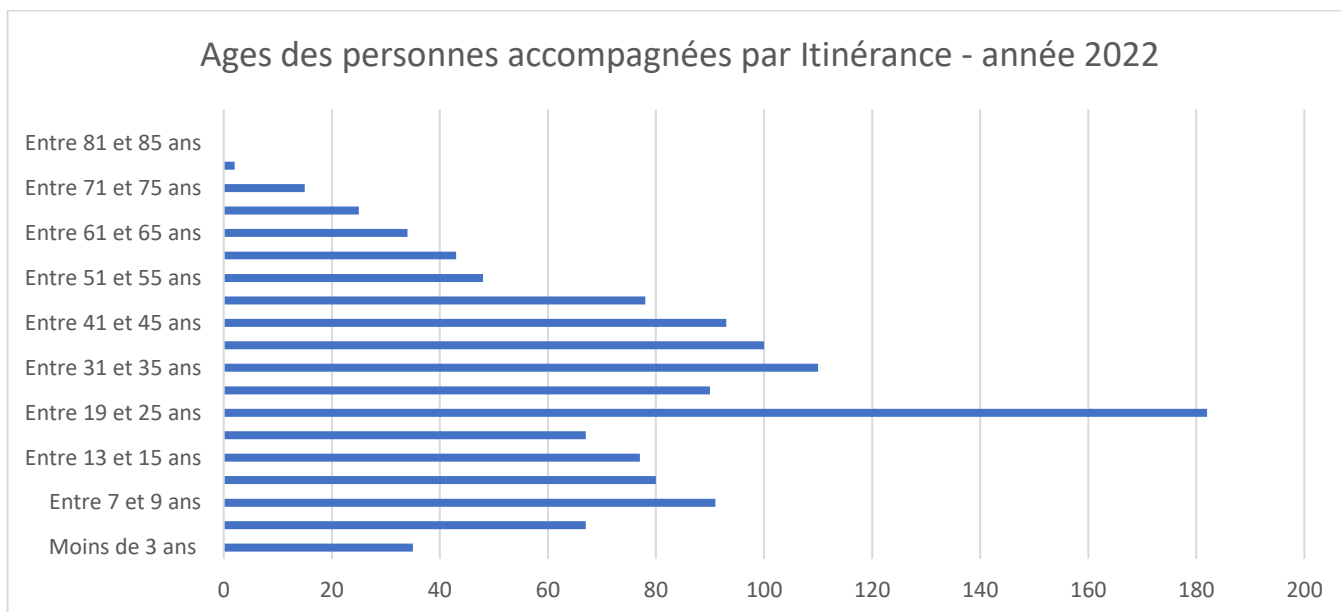
Pour l'essentiel, les activités exercées par les femmes sont non rémunérées : entretien de l'habitat, soins aux enfants et aux aînés, soutien administratif pour les activités rémunérées du conjoint...

Pour les liens entre activité professionnelle et sommeil, vous référer à la partie déjà traitée précédemment, [ici](#).

Pistes d'actions

- **Approfondir la connaissance des droits des auto-entrepreneurs en matière de maladie professionnelle et/ou d'accident du travail / Pension d'invalidité**
- **Accompagner les jeunes rentrant dans l'activité professionnelle.**
- **Faciliter l'accès aux équipements de protection individuelle et à leur utilisation.**
- **Entretien de l'habitat : sensibilisation à la bonne utilisation de produits nocifs**

11. Personnes de plus de 65 ans :



Données issues de la base de données d'Itinérance

14 personnes de plus de 65 ans ont été interrogées.

La **dépendance physique** concerne **33 %** des personnes interrogées de + de 65 ans

La **dépendance administrative** : **71 %**

100% des personnes de plus de 65 ans **souhaitent vieillir à domicile**

Les personnes de plus de 65 ans sont **très entourées par des aidants familiaux. Ces derniers ont peu de répit et ne sollicitent pas beaucoup les aides.**

A titre d'exemple, la médiation en santé a permis :

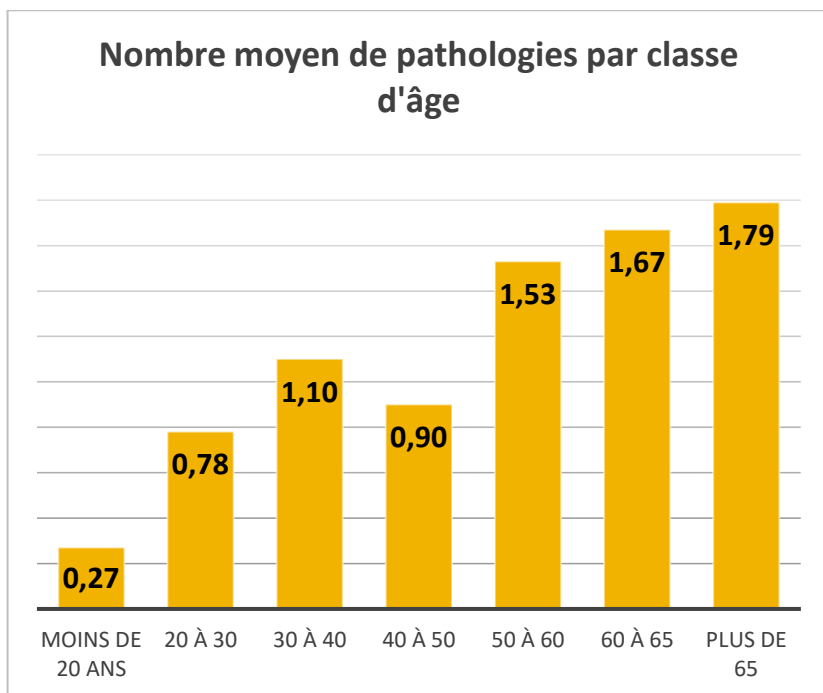
Montage de dossier APA et accompagnement de l'évaluateur APA sur l'aire.

Dossier de retraite

Dossier MDPH

Renouvellement de droits CSS

Accompagnement à la mise en place de mesures de protection aux biens et à la personne (tutelle)



Le soutien aux aidants familiaux

Il est nécessaire de mettre en place des temps à leur intention afin de prévenir leur épuisement. Toutefois il faut prendre en compte les éléments de l'organisation familiale, déculpabiliser l'aidant qui vit son action comme un simple devoir envers les anciens. Il convient également de sensibiliser les aidants aux gestes et postures qui garantissent leur sécurité et celle de la personne dépendante dans le même temps.

De prévoir dans le plan d'aide APA la possibilité éventuelle d'un accueil temporaire d'urgence en structure en cas d'absence, de maladie de l'aidant.

Il est nécessaire de veiller au maintien du suivi médical en maintenant le réseau médical de proximité : bien souvent les praticiens se déplacent sur les aires en l'espèce.

Quelle possible application de la loi Adaptabilité à la société au vieillissement de 2015 en caravane ?

L'équation est clairement compliquée dans le sens où la caravane n'est pas considérée comme un logement, n'ouvre donc pas le droit aux aides à l'amélioration et à l'adaptabilité de l'habitat. Dans les faits il est constaté que les familles peuvent louer des structures temporaires de type « Algeco » ou autre modèle pour permettre de gérer le handicap, la dépendance voire la fin de vie. Concrètement du côté de l'utilisateur un fauteuil roulant, un lit médicalisé voire un porte malade peuvent s'avérer utiles. Ces équipements favorisent également le travail des personnels du domicile. Il n'est pas rare que les responsables de structures d'aide à domicile refusent la prise en charge si leurs salariés ne peuvent pas travailler en sécurité.

Il est nécessaire également de prévenir les chutes évitables, dont les complications peuvent être désastreuses (exemple de la fracture du col du fémur). Au sein du dispositif APA du département une ergothérapeute peut sensibiliser et réfléchir sur les situations.

Par contre les sanitaires mis à disposition des usagers par les EPCI peuvent être et doivent être adaptés pour l'usage des voyageurs et la bonne pratique des professionnels.

PISTES D' ACTIONS

- **Œuvrer dans le champ de la prévention : participer aux actions de droits communs des CCAS pour les usagers, se saisir des programmes des caisses de retraites et des mutuelles.**
- **Aider les familles à faire valoir leurs droits en matière d'aide à la personne, comme le dédommagement de l'aidant familial.**
- **Sensibiliser les EPCI gestionnaires des aires d'accueil à la nécessité d'aménager les sanitaires des aires d'accueil pour permettre le stationnement des personnes à mobilité réduite**

4. Conclusion

Être en santé, c'est atteindre un état de bien-être global

« A chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé ».²⁶

En 2007, certains organismes proposent une liste de 12 déterminants de la santé (Agence de la santé publique du Canada, Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007) :

1. Le niveau de revenu et le statut social
2. Les réseaux de soutien social
3. L'éducation et l'alphabétisme
4. L'emploi et les conditions de travail
5. Les environnements sociaux
6. Les environnements physiques
7. Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
8. Le développement de la petite enfance
9. Le patrimoine biologique et génétique
10. Les services de santé
11. Le sexe
12. La culture

Parmi les déterminants de la santé à l'échelle de l'individu, il en existe sur lesquels il est possible d'agir. On fait alors référence aux ressources personnelles et aux comportements adoptés par l'individu. Cela renvoie à l'ensemble des capacités et atouts des personnes ainsi qu'à leurs habitudes et mode de vie dans différents domaines de la vie quotidienne : alimentation, activité physique, la consommation de substance, l'estime de soi, la capacité d'adaptation, etc.

Les conditions de vie sont également un facteur déterminant sur la santé des personnes. Le contexte matériel (cadre de vie, logement, etc.), les relations sociales et les réseaux sur lesquels les personnes peuvent compter (composition du ménage, communauté, réseau social et familial), les conditions économiques (emploi, revenu, etc.) et l'environnement culturel (divertissement, loisir, club, etc.) ont un impact sur le bien-être des personnes et leur qualité de vie.

La promotion de la santé désigne donc une manière large de comprendre la santé, ses déterminants, et les actions à poser pour la préserver ou la restaurer. Ce processus englobe non seulement les mesures visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi celles prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle.

Par l'intermédiaire du projet social de ses 2 centres sociaux itinérants complété par l'accompagnement social global des bénéficiaires du RSA, l'association Itinérance agit auprès des voyageurs sur la plupart de ces déterminants qui sont pour les gens du voyage très défavorables à la santé : précarité économique renforcée par

²⁶ INPES – ISS : Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ?

l'itinérance, illettrisme et illettrisme particulièrement prégnant, discriminations et conditions de vie sur les aires défavorables.

En effet, au-delà de l'accompagnement social global, les professionnels d'ITINERANCE portent et déploient sur les aires permanentes d'accueil des projets qui visent à :

- Accueillir, écouter, informer, orienter, accompagner afin d'être au plus près des besoins
- Promouvoir l'insertion, l'autonomie et la participation des voyageurs à la vie sociale et citoyenne
- Favoriser la participation des voyageurs et renforcer leur prise en compte sur les territoires

En déployant les actions suivantes :

- Permanences hebdomadaires d'accès aux droits soutenu par un Espace Numérique Itinérant
- Soutien à la scolarisation : démarches administratives et temps de soutien scolaire sur les aires, accompagnement à la parentalité
- Animations de la vie sociale sur les aires d'accueil
- Organisation de sorties en familles / sorties jeunes
- Développement de coopérations avec les acteurs de droit commun de chacun des territoires en réponse aux besoins identifiés.
- Accompagnement des bénéficiaires du RSA et des jeunes adultes visant l'accès à l'emploi et l'insertion socio-professionnelle
- **Depuis 2020 : mise en œuvre d'une action de médiation en santé.**

La médiation en santé

L'action de médiation en santé qui s'est déployée depuis 2020 au sein d'ITINERANCE a un impact favorable sur l'amélioration des suivis de santé et parcours de soins des voyageurs qui figurent parmi les populations les plus vulnérables.

En facilitant les parcours d'accès aux soins et à la prévention des voyageurs dans une logique de « faire avec », tout en prenant en compte leur environnement de vie dans les interventions de l'ensemble des professionnels d'ITINERANCE, la médiation en santé constitue un levier dans l'interface des voyageurs et des professionnels de la santé et contribue à réduire les inégalités sociales de santé.

Ce diagnostic sur l'état de santé des voyageurs stationnant sur le département des côtes d'Armor, révèle un état de santé des personnes interrogées dégradé et plaide pour une poursuite de l'action de médiation en santé et son inscription comme un axe de travail à part entière du projet social (2023-2025) des 2 centres sociaux itinérants portés par l'association ITINERANCE.

La démarche d'enquête s'est déroulée en parallèle du déploiement de l'action de médiation en santé. Ces deux actions bien que différentes, sont donc interreliées et ont permis de développer des coopérations avec les structures de droit commun qu'il s'agira de poursuivre et de développer : CLIC, DAC, infirmières du département, MDPH, CPAM, MSA, CARSAT, professionnels libéraux...

Pour autant, la médiation en santé s'exerce souvent dans des contextes insécurisants qui limitent sa pleine efficacité. S'agissant des personnes accompagnées, l'instabilité des lieux de vie et les expulsions constituent les freins premiers au déploiement dans un temps long de la relation de confiance et des partenariats indispensables. Le caractère non reconnu du métier fragilise son positionnement au sein des tissus institutionnels et chez les employeurs : il peut en découler des formes d'isolement, facteur possible de rotation des personnels (turn-over) importantes. Enfin, la médiation en santé doit pouvoir compter sur des financements à la fois pérennes et à la hauteur des besoins dans chaque territoire pour agir au mieux sur la réduction des inégalités sociales de santé.

5. Promouvoir la santé auprès des Gens du Voyage – Synthèse du plan d'actions.

DEVELOPPER DES COMPETENCES UTILES AUX SOINS

- Penser le développement des compétences utiles aux soins de manière plus transversale dans l'accompagnement et les interventions d'Itinérance (ex : littératie, savoir demander de l'aide, savoir exprimer ses besoins...
- Intégrer les voyageurs aux réflexions qui concernent leur santé
- Assurer une veille sur l'offre existante en matière d'alphabétisation des adultes
- Développer une offre « passerelle » qui permette d'accompagner individuellement les adultes volontaires sur une remise à niveau (3 mois maximum) avec engagement de s'inscrire, à l'issue, dans un des dispositifs existants.
- Poursuivre l'accompagnement des familles pour une scolarisation effective des enfants dans le secondaire : ouverture sur le monde, accès aux campagnes de prévention santé, développement des compétences psychosociales
- Poursuite des ateliers bien être : développement des capacités psychosociales

FACILITER LE RECOURS AUX SOINS

- Poursuivre les messages et les actions de prévention primaire, les voyageurs ont pour l'instant une vision essentiellement curative de la santé
- Intégrer des temps d'éducation thérapeutique (compétences d'auto-soin, compétences d'adaptation) dans les missions de médiation en santé
- Poursuivre « l'aller vers et le faire avec » les voyageurs en multipliant les messages incitatifs à un recours aux soins et à la prévention : présenter de façon récurrente l'offre du CES de la CPAM qui permet dans le même moment de dépister et prévenir plusieurs champs de la santé et assurer l'accompagnement des personnes si besoin.
- Structurer l'accès au centre d'examen de santé
- Poursuivre la collaboration avec le centre de vaccination tout public : déplacements sur les aires ou accompagnement des voyageurs au centre (d'autant que les activités professionnelles des hommes nécessitent un suivi vaccinal)
- Faciliter l'accès aux ALD (Affection de longue durée)
- Se rapprocher des PTSM (Projet territoriaux de santé mentale)
- Relayer les différentes campagnes nationales de prévention et de dépistage des cancers par l'information, la sensibilisation, l'aide à la lecture des invitations en mobilisant les acteurs de droit commun.
- Structurer les liens avec les structures de droit commun : CLIC, DAC, infirmières du département, MDPH, CPAM, MSA, CARSAT

A moyen et long terme la réussite de la médiation doit se traduire par une amélioration de la prévention, une mobilisation naturelle des acteurs de droit commun.

ACCOMPAGNER LE VIEILLISEMENT EN CARAVANE

- Participer aux actions de droits communs des CCAS pour les usagers, se saisir des programmes des caisses de retraites et des mutuelles.
- Aider les familles à faire valoir leurs droits en matière d'aide à la personne, comme le dédommagement de l'aidant familial.
- Sensibiliser les EPCI gestionnaires des aires d'accueil à la nécessité d'aménager les sanitaires des aires d'accueil pour permettre le stationnement des personnes à mobilité réduite

AGIR SUR LES CONDITIONS DE VIES SUR LES AIRES

- Questionner les voyageurs sur leur perception des avantages et nuisances sur les aires
- Conduire une réflexion avec les voyageurs sur la végétalisation des aires d'accueil au regard des contraintes que cela peut poser (effets des arbres sur les caravanes, ilots de verdure...) les épisodes de chaleur étant amenés à se multiplier dans les années à venir.
- Réduire l'exposition passive aux polluants cancérogènes tant celles liées à la localisation des aires permanentes d'accueil et leur aménagement (action de plaidoyer) que sur l'utilisation des produits de nettoyage (utilisés dans le cadre professionnel et domestique)

6. Annexes :

1. Le questionnaire

QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIC MEDIATION EN SANTE VIEILISSEMENT

Nom : Prénom : Surnom :
N° ID base de données :

Date de naissance : Age :

Sexe : F M

Territoire (EPCI) : Commune :

Mode de stationnement : Aire d'accueil – Terrain privé – Terrain familial – Terrain communal – Illicites – Autre.

Fréquence des déplacements : Aucun – 1 fois / an – De 2 à 3 fois / an – Plus de 4 fois / an.

Niveau d'études : Primaire – Collège – Lycée – Post Bac.

Composition de la famille : *Seul – seul avec enfants – en couple – en couple avec enfant – hébergé.*

Nombre de personnes composant la famille : Adulte : Enfants :

Revenus mensuels : - 500 euros 500 à 1000 1000 à 2000 + 2000 euros.

Vous êtes :
- en activité professionnelle.
- Sans activité professionnelle : RSA, arrêt de travail, longue maladie, invalidité, chômage.
- Retraite.

Sait lire et écrire : Oui – Un peu – Non.

Sait utiliser internet pour des démarches administratives : Oui – Un peu – Non.

ACCES AUX DROITS MEDICAUX

- CPAM : - MSA : - Autre :

- Mutuelle :

- PUMA :

- COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Les droits sont-ils à jour : Oui – Non – Ne sait pas.

Nécessitez-vous une aide pour l'accès aux droits : Oui – Un peu – Non.

ETAT DE SANTE ET RECOURS AUX SOINS :

Médecin traitant déclaré : Oui – Non – Ne sait pas.

Nom du médecin traitant :	ville :
---------------------------	---------

Avez-vous une ou des pathologies ? : Oui – Non

De quelles pathologies s'agit-il ? : Cancer - Pathologies cardiovasculaires - Pathologies respiratoires - Santé mentale - Neurologie et rhumatologie – Diabète - Autres maladies chroniques.

Autres remarques sur les pathologies :
--

Nécessitent-elles un traitement ? :

- Médicamenteux : Oui - Non

- Nom des médicaments :
- Médecin prescripteur :

- Soins infirmiers : Oui – Non
- Soins de kinésithérapie : Oui - Non
- Suivi en diététique : Oui – Non
- Suivi en ergothérapie : Oui - Non
- Suivi en pédicure : Oui – Non
- Suivi orthophonique : Oui - Non
- Suivi orthoptiste : Oui – Non
- Suivi psychologique : Oui - Non
- Suivi en psychomotricité : Oui - Non

Cette maladie est-elle prise en charge à 100% dans le cadre d'une ALD ? : Oui – Non – Ne sait pas.

Si oui laquelle ? :

Avez-vous une reconnaissance de handicap ? : Oui - Non

Bénéficiez-vous d'une AAH dans le cadre de ce handicap ? : Oui – Non

Date de la dernière commission à la MDPH ? :

Gynécologie et contraception :

Avez-vous un suivi gynécologique ? : Oui – Non Date du dernier suivi gynécologique ?

Fréquence de vos suivis ? : Une fois par an – Tous les deux ans - Plus

Utilisez un mode de contraception : Oui – Non – Ne souhaite pas répondre.

Si oui lequel ? :

Si non en auriez-vous besoin : Oui – Non

Portez-vous des lunettes ? : Oui - Non Date de la dernière consultation ? :

Pensez-vous que votre vue baisse et que vous nécessiteriez une consultation : Oui - Non

Avez-vous un suivi de l'audition ? : Oui – Non Etes- vous appareillé ? : Oui - Non

Etes-vous suivi par d'autres médecins spécialistes : (Cardiologue, rhumatologue, endocrinologue...) Oui – Non

Si oui lequel :

Consultez-vous régulièrement un dentiste ? : Oui – Non

Date de la dernière consultation ? :

Etes-vous à jour de vos vaccins ? : Oui - Non

Pensez-vous dans l'organisation des rendez- à demander la prise du carnet de santé : Oui – Non

Pensez-vous avoir besoin d'un soutien dans une démarche liée aux recours de soins ? : Oui – Non

Si oui sous quelle forme ?

- Aide à la prise de rendez-vous : Oui - Non
- Accompagnement physique au rendez-vous : Oui - Non
- Éducation thérapeutique ... : Oui - Non

PREVENTION

Sommeil :

Je me réveille, me lève à quelle heure ? :

Ai-je bien dormi ? : Oui – Non.

Troubles du sommeil : Oui – Non

Alimentation :

- Taille :
 - Poids :
 - IMC :
- Nombre de repas quotidiens :

De quoi sont-ils constitués ?

Suis-je adepte des grignotages ? Oui - Non

Ma consommation de liquides par jour :

- Consommation journalière d'eau : Moins d'un litre – De 1 à 2 litres – Plus de 2 litres.
- Boissons sucrées : si oui quantité journalière ? : 1 verre – de 1 à 2 verres – de 2 à 4 verres – Pus de 4 verres.
- Boissons alcoolisées : tous les jours oui non
 - Si oui plus de deux verres : Oui - Non

- Toutes les semaines : Oui - Non
- Exceptionnellement : Oui - Non

Activité physique :

- Ménage : Oui – Non
- Travaux d'extérieurs : Oui – Non
- Activités professionnelles : Oui – Non
- Marche, salles de sports... : Oui - Non

Quels sont mes loisirs ? :

Pensez-vous avoir des soucis de santé en relation avec votre activité professionnelle ? : Oui – Non

- TMS : Oui - Non - Anxiété : Oui - Non - Autre : Oui - Non

Précisez :

Ma consommation de cigarettes, de vapotage, d'autres substances ? Oui - Non

Quotidiennement : Oui - Non

Quantité :

Occasionnellement : Oui – Non

Jamais : Oui – Non

Connaissez-vous les campagnes de prévention suivantes :

- M'T dents : Oui - Non
- Sécurité routière : Oui - Non
- Mois sans tabac : Oui - Non
- La COVID 19 : Oui - Non
- La campagne anti alcool pendant la grossesse : Oui - Non
- Le dépistage du cancer colorectal : Oui - Non
- Le dépistage du cancer du sein : Oui - Non
- Les signes de reconnaissance de l'AVC : Oui - Non
- Vaccinations : Oui - Non
- Santé publique France : Oui - Non

Intéressé par un bilan de santé : Oui – Non

Remarques :

QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIC MEDIATION EN SANTE VIEILISSEMENT
MODULE COMPLEMENTAIRE PLUS DE 65 ANS - VIEILISSEMENT ET PERTE D'AUTONOMIE

Retraite :

CARSAT : Oui – Non.

ASPA : Oui – Non – Ne sait pas.

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection judiciaire : Oui – Non – Ne sait pas.

Type de mesure : Tutelle – Curatelle renforcée – Curatelle simple – Sauvegarde de justice.

Aide à la dépendance :

Avez-vous une évaluation de votre degré de dépendance : Oui – Non – Ne sait pas.

Percevez-vous l'APA : Oui – Non – Ne sait pas.

Si oui quel GIR : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – Ne sait pas.

Quel plan d'aide :

Aide humaine : Oui – Non.

Aide matérielle : Oui – Non.

Connaissez-vous le CLIC : Oui – Non.

Vie quotidienne :

Avez-vous des difficultés pour assurer les tâches de la vie quotidienne :

- Lever : Oui – Non.
- Coucher : Oui – Non.
- Alimentation : Oui – Non.
- Toilette : Oui – Non.
- Se déplacer : Oui – Non.
- Démarches administratives : Oui – Non.

Vivez-vous seul ? Oui – Non.

Des personnes de votre entourage vous apportent-elles de l'aide ? : Oui – Non.

Si oui laquelle ? : Financière - Ménage – Repas- Course - Hygiène corporelle – Transport.

Qui vous aide au quotidien ?

Vous arrive-t-il de trouver le temps long ? : Oui – Non.

Votre habitat vous semble-t-il adapté ? : Oui – Non – Ne sait pas.

Savez-vous qu'il existe des aides à l'amélioration de l'habitat ? : Oui – Non.

Avez-vous chuté récemment ? : Oui – Non – Ne sait pas.

Pensez-vous pouvoir vieillir à votre domicile ? : Oui – Non – Ne sait pas.

Imaginez-vous vieillir en établissement : Oui – Non – Ne sait pas.

Souhaitez-vous un accompagnement lié au vieillissement et à la perte d'autonomie ? : Oui – Non.

Remarques :

QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIC MEDIATION EN SANTE VIEILISSEMENT

MODULE COMPLEMENTAIRE MOINS DE 18 ANS

Suivi éducatif : Oui – Non

Quel type de suivi ? :

Travailleur social :

Carnets de santé : Oui – Non

Les visites obligatoires sont-elles réalisées : Oui – Non

Si réponse négative, quel en est le motif ? :

Souhaite une aide pour la santé : Oui – Non

Si réponse positive, pour quel type d'aide ? :

Avez-vous déclaré un médecin traitant pour les enfants : oui non Généraliste x spécialiste x

Si réponse positive nom : téléphone :

Enfants de moins de trois ans :

Mode de garde : A domicile – En famille – Crèche – Assistante maternelle – Autre.

Suivi PMI : Oui – Non

Pathologies éventuelles, suivi et traitement : Oui – Non

Si réponse positive, pour quelle pathologie ? :

Consultation et soins bucco-dentaire : Oui – Non

Consultation dans les 12 derniers mois : Oui – Non.

Informations complémentaires :

Enfants de six ans à quatorze ans :

Scolarité : Oui – Non Type de scolarité : A la maison – A l'école. Régulière : oui – Pas toujours - Non

Pathologies éventuelles, suivi et traitement : Oui – Non

Si réponse positive, pour quelle pathologie ? :

Consultation et soins bucco-dentaire : Oui – Non

Consultation dans les 12 derniers mois : Oui – Non.

Informations complémentaires :

Jeunes de quatorze à dix-huit ans :

Scolarité : Oui – Non Type de scolarité : A la maison – A l'école. Régulière : oui – Pas toujours - Non

Pathologies éventuelles, suivi et traitement : Oui – Non

Si réponse positive, pour quelle pathologie ? :

Consultation et soins bucco-dentaire : Oui – Non

Consultation dans les 12 derniers mois : Oui – Non.

Informations complémentaires :

Avez-vous bénéficié d'une éducation à la vie affective et sexuelle : Oui - Non

Connaissances du planning familial : Oui - Non

Consommation :

Alcool : Régulièrement – Occasionnellement – Pas du tout.

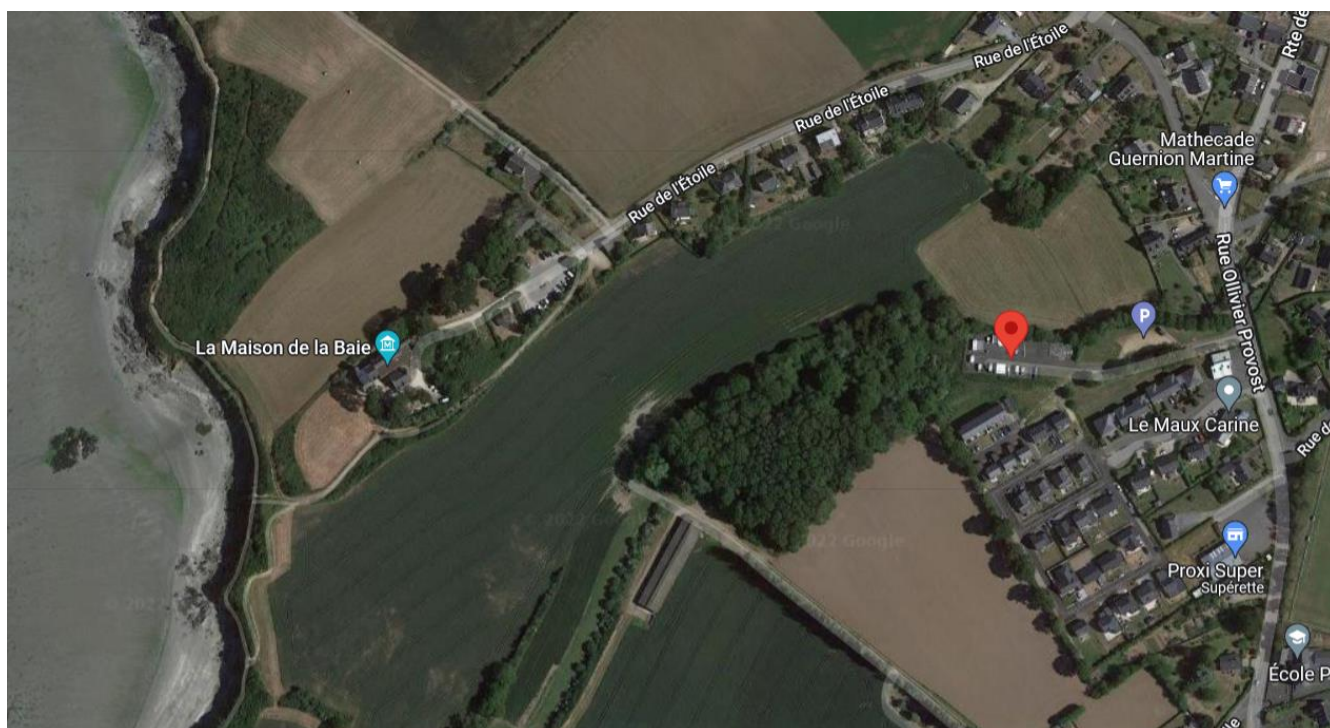
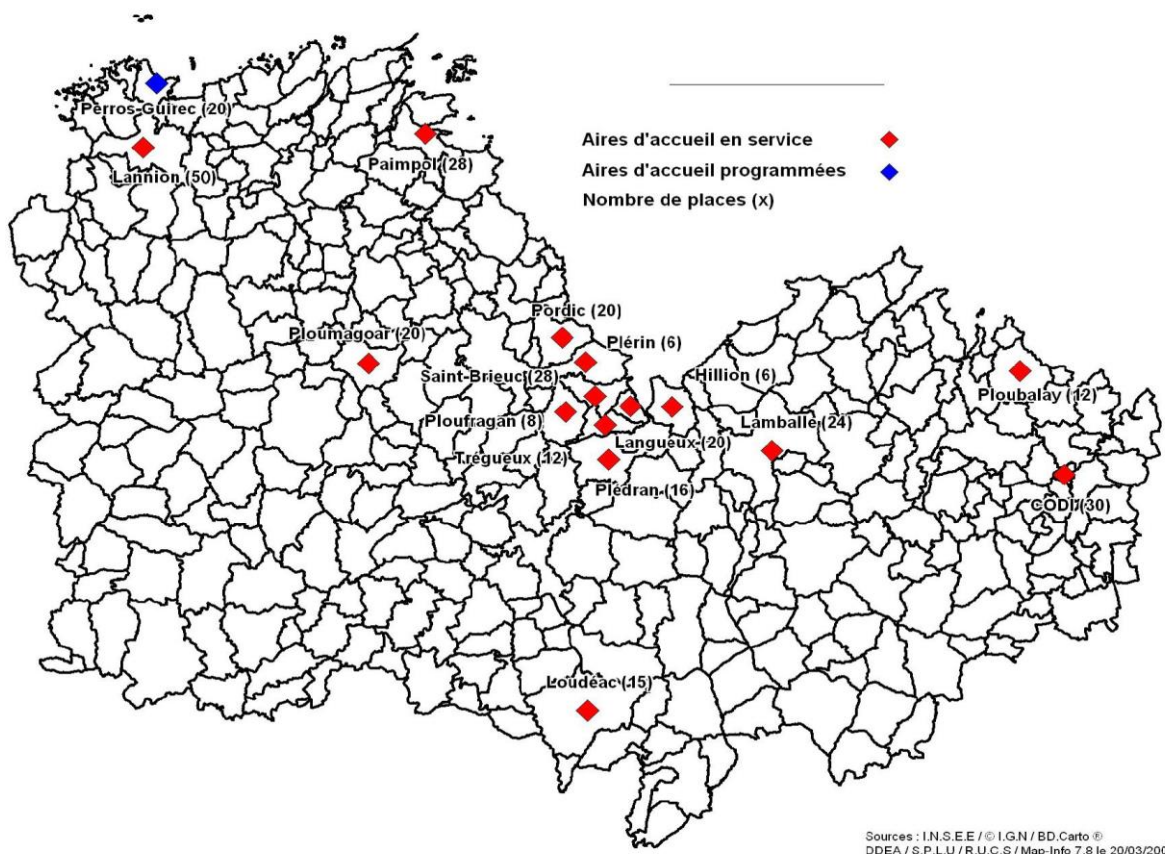
Tabac : Régulièrement – Occasionnellement – Pas du tout

Autres : Régulièrement – Occasionnellement – Pas du tout

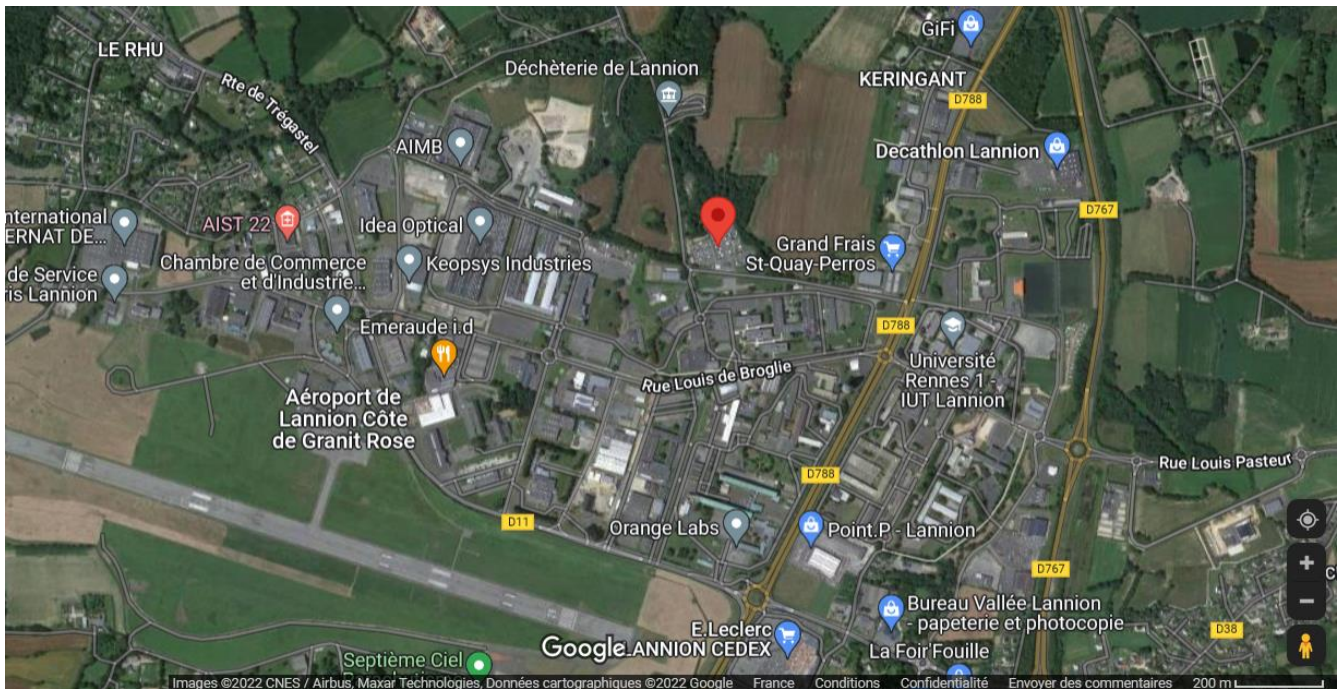
Que pensez-vous de votre moral : Bon - Moyen – Mauvais.

Pourquoi ?

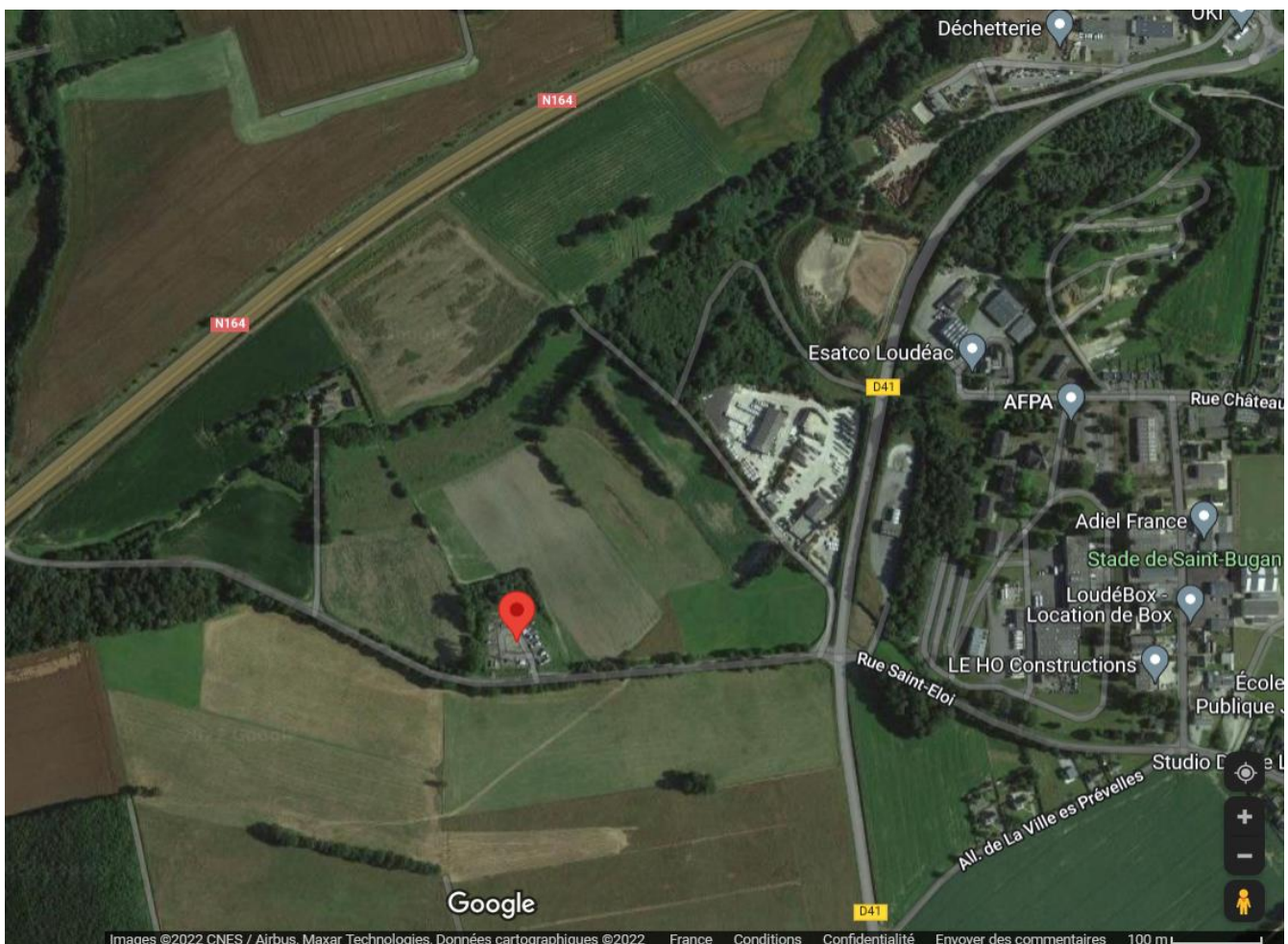
2. Localisation des aires permanentes d'accueil – prises de vue aériennes



Aire de Hillion. A proximité de : la baie, la commune, un bois, des terres agricoles. Non végétalisée. Peu visible depuis la route



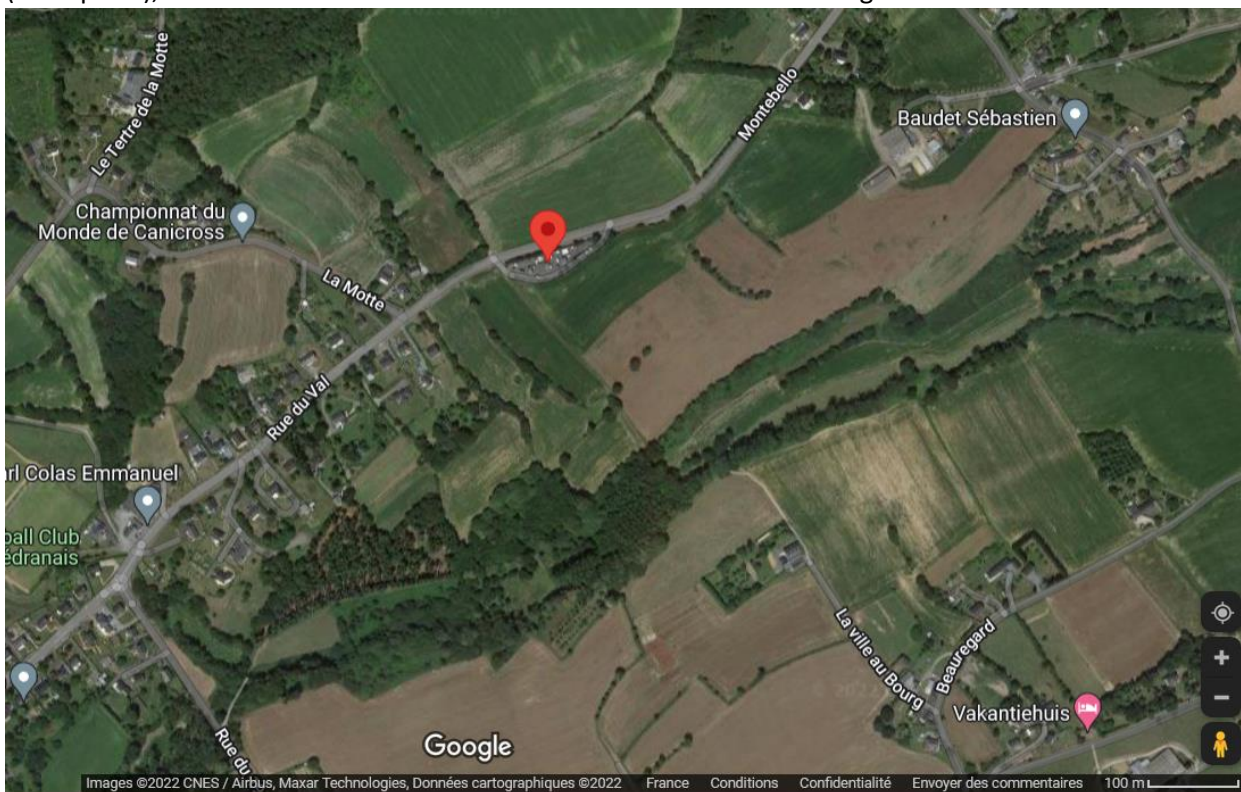
Aire de Lannion. A proximité de : l'aéroport de Lannion, de l'Université de Rennes 1, d'une zone industrielle, d'une zone d'activité commerciale, d'une déchetterie, de terres agricoles, d'une zone boisée. Non végétalisée. Visible depuis la route.



Aire de Loudéac. A proximité de : terres agricoles, la route nationale N164, déchetterie. Non végétalisée. Visible depuis la route



Aire de Paimpol. A proximité de : terres agricoles, caserne des pompiers, des routes départementales D 786, D15 (rond-point), d'une zone d'activité commerciale. Non végétalisée. Préservée des regards



Aire de Plédran. A proximité de : terres agricoles. Isolée de de la commune. Partiellement végétalisé. Visible depuis la route.



Aire de Plérin. A proximité de : la route nationale RN12, de la départementale D6, de l'aéroclub Saint Brieuc Armor, de terres agricoles. Aire partiellement végétalisée. Non visible depuis la route.



Aire de Ploufragan. A proximité de : terres agricoles, la route départementale D222. Aire non végétalisée. Visible depuis la route.



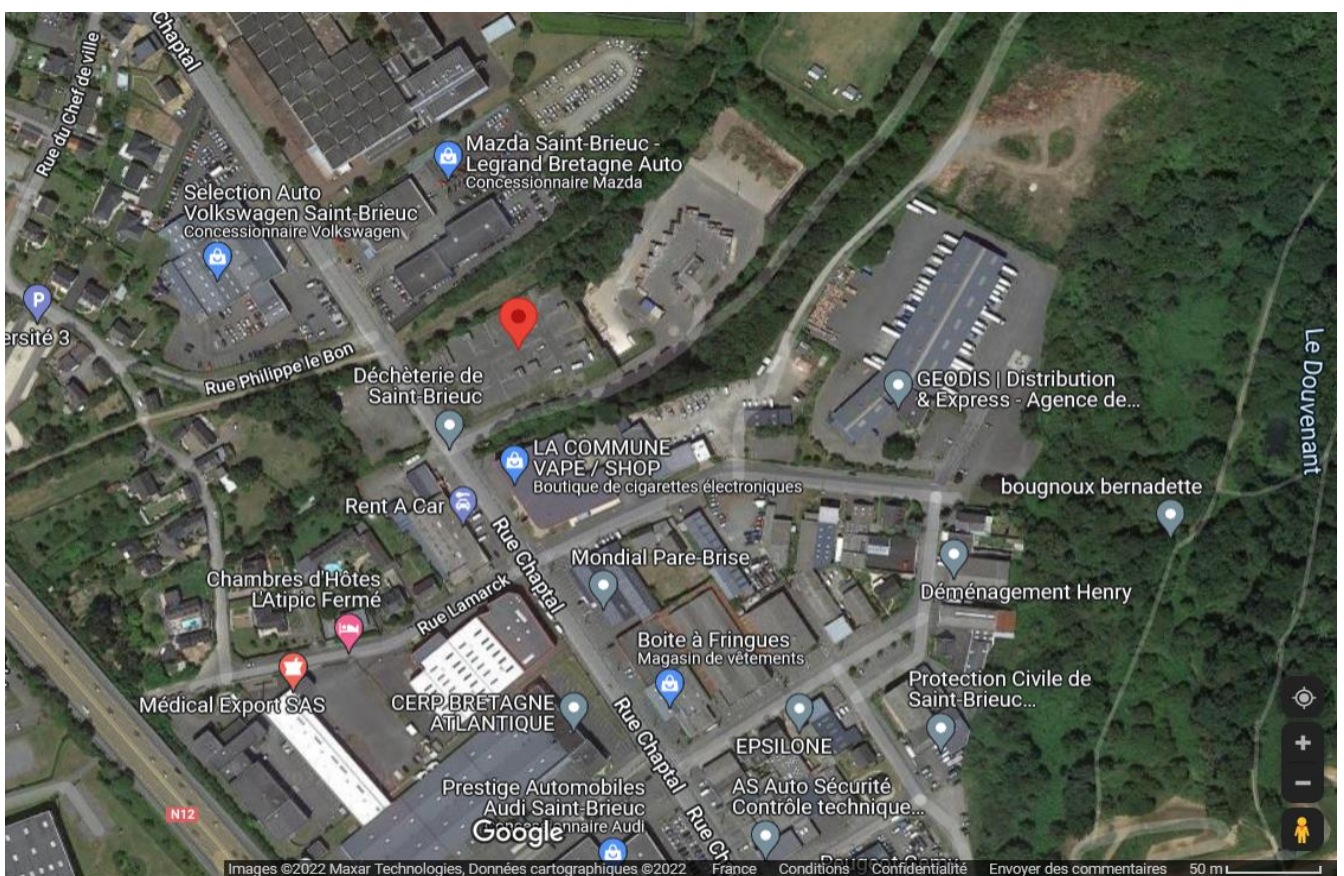
Aire de Ploumagoar. A proximité de : la route nationale RN12, des terres agricoles, une zone d'activité commerciale. Non végétalisée. Visible depuis la route



Aire de Pordic. A proximité de : une déchetterie, la route nationale RN12, une zone d'activité commerciale, des terres agricoles. Aire peu végétalisée. Peu visible depuis la route.



Aire de Quévert. A proximité de : la route nationale N176, la route départementale D 766, terres agricoles, aéroclub de Dinan, zone d'activité commerciale, zone boisée. Aire non végétalisée. Visible depuis la route.



Aire de Saint Briec. A proximité de : déchetterie, zone d'activité commerciale, l'axe de contournement de la ville, la vallée de Gouëdic. A distance des services. Non végétalisée. Visible de la route.



Aire de Trégueux. A proximité de : la route nationale N12, la route départementale D700, des terres agricoles. Non végétalisée. Visible depuis la route



Aire de Loudéac, vue depuis la route



Aire de Lamballe, vue depuis la route



Aire de Paimpol, vue depuis la route.

https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/