

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2010

N°

**LA PREVENTION GYNECOLOGIQUE ET
OBSTETRICALE CHEZ LES FEMMES
TSIGANES :**
**Analyse qualitative des représentations à travers une
enquête de terrain**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Mademoiselle AUDE PIKETTY

Née le 12 août 1982

A Langres

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE

LE 14 JUIN 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur Le Professeur Luc BARRET
Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude PONS
Monsieur le Professeur Patrick IMBERT
Monsieur le Docteur Bruno DE GOER



Lajos Tihanyi : « La madone tsigane », 1908

PIKETTY Aude. *La prévention gynécologique et obstétricale chez les femmes tsiganes : analyse qualitative des représentations à travers une enquête de terrain*. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier, 2010, 146 p.

Résumé:

Objectif : la population tsigane en France a une espérance de vie de quinze ans inférieure à celle de la population générale. Les obstacles à l'accès aux soins préventifs sont multiples. Les Tsiganes semblent avoir une tendance à consulter tardivement et à ignorer les services de soins préventifs. Qu'en est-il de la prévention gynécologique, obstétricale et sexuelle ?

Méthodes : il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir de vingt-quatre entretiens semi-dirigés de femmes tsiganes de la région Rhône-Alpes. L'analyse de l'enquête a permis de décrire leurs représentations et leur vécu de la gynécologie, de la grossesse, de la sexualité et de la prévention.

Résultats : la relation de confiance avec le personnel soignant est la base de leur adhésion aux soins médicaux. La grossesse est un événement primordial dans la société tsigane. Le suivi obstétrical, notamment les échographies, semble généralement effectué. L'utilisation d'une contraception est progressivement acceptée après le premier enfant et on constate un espacement des naissances. La méconnaissance du corps, la présence de croyances, de tabous et de peurs interfèrent dans les soins préventifs et le suivi gynécologique. Enfin, le fonctionnement de notre système de santé est peu adapté à l'itinérance.

Conclusion : il ne faut pas conclure à une absence de prévention chez les femmes tsiganes, mais des démarches restent à faire pour les amener aux soins préventifs et encourager les professionnels de santé à aller davantage au devant des populations marginalisées.

Mots clés :

Prévention ; Femmes tsiganes ; Suivi obstétrical ; Suivi gynécologique ; Recherche qualitative, sexualité

Jury:

Président du jury : Monsieur Le Professeur Luc BARRET

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude PONS

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Monsieur le Docteur Bruno DE GOER

Date de la soutenance : 14 juin 2010

Adresse de l'auteur : 15, impasse des 4 saisons, 38500 Voiron

Remerciements

✓ **A Monsieur le professeur BARRET**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de jury de cette thèse.

✓ **A Monsieur le Professeur PONS**

Je suis honorée de soumettre cette thèse à votre jugement.

✓ **A Monsieur le Professeur IMBERT**

Je vous remercie pour vos précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail et pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

✓ **A Monsieur le docteur DE GOER**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir soutenue et de m'avoir guidée patiemment tout au long de ce travail.

✓ **A chacune des femmes rencontrées**, sans laquelle cette étude « n'aurait pu voir le jour ». Merci de m'avoir fait découvrir une communauté que je ne connaissais pas, et me permettre ainsi, d'améliorer ma façon d'exercer.

✓ **A l'ARTAG, à la Sasson et à l'ALAP**, pour le temps accordé à mon travail et leur soutien dans le projet. Sans eux ce travail était perdu d'avance. Et tout particulièrement à Mme AUBEL, Xavier POUSSET, Gérard LAITHIER, Anne Gauthier, Aurélie Amirouche....

✓ **A Ariane**, pour son aide et son soutien.

Je remercie tous ceux, sans qui, cette thèse ne serait pas ce qu'elle est :

- ✓ **A Mutti**, qui à défaut de m'avoir appris la médecine, a tenté (avec difficultés) de m'inculquer le français. Merci pour tout ce temps de relecture acharnée.
- ✓ **Au paternel** qui à défaut de m'avoir appris le français, m'a donné la fibre médicale.
- ✓ **A Kékéyou**, pour ses relectures assidues.
- ✓ **A Alex**, pour sa patience, surtout lors de ce dernier mois
- ✓ **A Solène, Laure, Lise, Gaëlle, Nadège et Briec**, pour leur aide.
- ✓ **A Fred (et par procuration à Morganillon)**, pour son idée des cartes conceptuelles
- ✓ **Et tout simplement à ma famille et mes amis**

Sigles et abréviations utilisés

ALAP : Association Logement Accueil et Promotion

AME : aide médicale d'Etat

API : allocation parent isolé

APMV : Action et Promotion en Milieu Voyageur

ARTAG : Association Régionale Tsiganes et leurs Amis Gadjé

ATD Quart Monde : Aide à Toute Détresse Quart Monde

CSP : Code de Santé Publique

CMU : couverture maladie universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FNASAT Gens du Voyage : Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les Gens du Voyage

FCV : frottis cervico-vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : papillomavirus humain

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IVG : interruption volontaire de grossesse

MST : maladies sexuellement transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : protection maternelle et infantile

PNB : produit national brut

PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

PRSP : plan régional de Santé Publique

RSA : revenu de solidarité active

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

SDF : sans domicile fixe

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire

RESUME.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES.....	6
SOMMAIRE.....	8
INTRODUCTION.....	13
<u>CHAPITRE 1 : BASE DE COMPREHENSION CHEZ LES</u>	
<u>TSIGANES : MODE DE VIE ET SANTE</u>	15
<u>1. UNE POPULATION HETEROGENE MAIS UNE ORIGINE COMMUNE</u>	16
1.1 TERMINOLOGIE.....	16
1.2 DIFFERENTS SOUS-GROUPES.....	16
1.3 MODE DE VIE.....	17
<u>2. HISTOIRE</u>	18
<u>3. DEMOGRAPHIE</u>	19
<u>4. DONNEES SOCIO-CULTURELLES</u>	19
4.1 L'HABITAT.....	19
4.2 LES LOIS BESSON.....	20
4.3 LE CARNET DE CIRCULATION.....	21
4.4 LES DIFFERENTS EMPLOIS.....	21
4.5. VOYAGEURS/GADJE, UNE RELATION CHARGEE DE CLICHES ET TEINTEE DE MEFIANCE.....	22
<u>5. LA STRUCTURE FAMILIALE</u>	22
5.1. LA FAMILLE.....	22
5.2. LA PLACE DE LA FEMME.....	22
5.3. LA PLACE DE L'HOMME.....	23
5.4. LA PLACE DE L'ENFANT.....	23
<u>6. LES GRANDES VALEURS</u>	23
6.1. LE VOYAGE.....	23
6.2. LA NOTION DE TEMPS.....	23
6.3. L'ORALITE.....	24
<u>5. LES TSIGANES ET LA SANTE</u>	24
5.1. ETAT DE SANTE DES TSIGANES.....	24
5.1.1 L'espérance de vie.....	24
5.1.2. Les problèmes de santé.....	24
5.1.3. La maladie.....	25

5.2. LA CONCEPTION DE LA SANTE PAR LES TSIGANES	26
5.2.1. Le référent	26
5.2.2. La notion de symptôme.....	26
5.2.3. Singulier/Pluriel.....	27
5.2.4. La mort.....	27
5.2.5. L'hôpital.....	27
5.3. TSIGANES ET ACCES A LA SANTE EN FRANCE	28
5.3.1. La loi contre les exclusions	28
5.3.2. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ...	28
5.3.3. La couverture maladie universelle (CMU)	29
5.4. SUIVI GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICAL	29
<u>CHAPITRE 2 : L'ETUDE</u>.....	31
MATERIELS ET METHODES.....	32
<u>1. ENQUETE DE TERRAIN</u>.....	32
1.1 RECUEIL DE DONNEES.....	32
1.1.1. Entretiens semi-dirigés (semi-structurés)	32
1.1.1.1. Choix de la méthode.....	32
1.1.1.2. Organisation de l'étude.....	33
1.1.1.3. Echantillonnage	33
1.1.1.4. Déroulement des entretiens.....	34
1.1.1.5. Evaluation de la méthode	34
1.1.1.6. Evolution de l'enquête.....	35
1.1.1.7. Conditions matérielles.....	35
1.1.2. Un guide d'entretien	35
1.2 ANALYSE COMPLEMENTAIRE : UNE FORMATION CROISEE TSIGANES/	
PROFESSIONNELS DE SANTE.....	37
1.2.1 Définition et principes d'une formation croisée ou coformation	38
1.2.2. La formation étudiée.....	38
1.2.2.1. Définition et sujet de la formation.....	38
1.2.2.2. Thème de l'atelier étudié	38
1.2.2.3. Déroulement de l'atelier	38
<u>2. L'ANALYSE DES DONNEES</u>	39
2.1 RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS EN VERBATIM (38)	39
2.2 L'ANALYSE DE LA FORMATION CROISEE.....	39
2.3 METHODES D'ANALYSES.....	39
2.3.1 Analyse par entretien et cartes conceptuelles.....	39
2.3.2 Analyse thématique	40
RESULTATS.....	41
<u>1. ANALYSE PAR ENTRETIEN : LES CARTES CONCEPTUELLES</u>.....	41
<u>2. ANALYSE THEMATIQUE</u>.....	42
2.1 DONNEES GENERALES.....	42
2.1.1 Organisation de l'étude.....	42

2.1.2	Importance de l'introduction par une tierce personne de confiance.....	42
2.1.3	Les interférences.....	43
2.1.4	L'enregistrement	44
2.1.5	Caractéristiques socioculturelles de l'échantillon :	45
2.1.6	Le mariage.....	47
2.1.7	Qui s'occupe de la santé ?.....	47
2.2	LA GROSSESSE	48
2.2.1	Les représentations de la grossesse	48
2.2.2	Les représentations de l'enfant.....	48
2.2.3	Nombre d'enfants	49
2.2.4	Age du premier accouchement	50
2.2.5	Le suivi obstétrical	51
2.2.5.1	Les examens complémentaires : échographies et biologie.....	51
2.2.5.2	L'examen gynécologique	51
2.2.6	La prévention autour de la grossesse	52
2.2.7	Le séjour à l'hôpital.....	52
2.2.8	L'interruption volontaire de grossesse.....	54
2.2.9	La contraception avant grossesse	55
2.2.9.1	Un enfant avant tout.....	55
2.2.9.2	Craintes, et croyances.....	56
2.3	LA CONTRACEPTION	56
2.3.1	Utilisée ou refusée ?	56
2.3.2	Encore des réticences :.....	57
2.3.3	Des peurs :.....	58
2.3.3.1	Liées aux contraceptifs.....	58
2.3.3.2	Liées à une image abstraite du corps.....	58
2.3.4	Des croyances.....	59
2.3.5	Après une première grossesse	59
2.3.6	Une absence de prévention ?.....	59
2.3.7	La contraception : avant le premier enfant ?.....	60
2.3.8	Le préservatif.....	60
2.3.9	La stérilisation féminine	62
2.4	LES REPRESENTATIONS LIEES CORPS.....	62
2.4.1	Le corps reste encore un mystère et une source de tabous	62
2.4.2	Importance de la virginité	63
2.4.3	La sexualité	63
2.4.4	Les menstruations.....	64
2.4.5	Méconnaissance, illettrisme, absentéisme scolaire	64
2.5	SUIVI GYNECOLOGIQUE.....	65
2.5.1	Intérêt du suivi gynécologique	65
2.5.2	Importance secondaire du suivi gynécologique	66
2.5.3	Peurs	66
2.5.4	La place de la religion : l'imposition des mains.....	67
2.5.5	Quels acteurs de soins ?.....	67
2.6	LA PREVENTION.....	67

2.6.1 Représentation de la prévention, intérêt d'un suivi	67
2.6.2 Peurs, craintes.....	68
2.6.3 Regard sur la prévention à travers un exemple : la vaccination.....	68
2.6.4 Centre de prévention.....	69
2.6.5 Quels acteurs de soins ?.....	69
2.6.6 La confiance	71
2.6.7 Les conséquences du rejet de la différence	71

DISCUSSION 73

1. A PROPOS DE CE TRAVAIL 73

1.1 LES BIAIS ET LES LIMITES DE L'ETUDE (42) 73

1.1.1 Liés au temps requis	73
1.1.2 Liés à l'interviewer	73
1.1.3 Liés à l'échantillonnage et au recrutement	73
1.1.4 Liés à la retranscription des données	74
1.1.5 Liés à l'analyse des données	74

1.2 UNE ETUDE ORIGINALE..... 74

1.2.1 Par sa démarche.....	74
1.2.2 Par la population étudiée.....	74
1.2.3 Par le thème abordé	75
1.2.4 Par le type de travail réalisé	75
1.2.5 La formation croisée : professionnels de santé/Gens du Voyage.....	75

2. POINTS IMPORTANTS EMERGEANT DE CE TRAVAIL 75

2.1 INSTAURATION D'UNE CONFIANCE : UN POINT DE DEPART ESSENTIEL 76

2.1.1 Un contexte social particulier : une population précaire avec un lien familial fort	76
2.1.2 Rejet et exclusion : un point de départ pour la défiance	76
2.1.3 Relation avec les professionnels de santé : besoin de dépasser ce stade de la défiance.....	77
2.1.4 La communication : la base de la confiance	78

2.2 LA PREVENTION..... 78

2.2.1 La prévention une démarche difficile	78
2.2.2 L'itinérance, une difficulté de plus pour l'accès à la prévention	79
2.2.3 Une absence de rencontre avec les services de prévention	80
2.2.4 Place des croyances / prévention.....	80
La religion et les croyances populaires tiennent une place importante pour les Tsiganes, et ont une influence sur leur relation à la santé.	80
2.2.5 La politique du tout ou rien.....	81

2.3 LE SUIVI OBSTETRICAL 81

2.3.1 La grossesse : un moment propice pour la prévention	81
2.3.2 Le suivi obstétrical : une « obligation » acceptée	81
2.3.3 La maternité : « une histoire » de femmes	82
2.3.4 L'hospitalisation	82

2.4 LA CONTRACEPTION	83
2.4.1 Un progrès.....	83
2.4.2 La contraception : oui mais pour qui ?	83
2.4.3 En pratique	84
2.4.4 La question du préservatif.....	84
Bien que connu, le préservatif est rarement cité spontanément comme moyen contraceptif.	84
2.5 PEURS MULTIPLES, UN FREIN A L'ACCES AUX SOINS	85
2.5.1 La peur de la maladie.....	85
2.5.2 La peur des Gadjé, et du monde extérieur / la peur du rejet	85
2.5.3 La peur de l'examen clinique	85
2.5.4 La peur de la prévention	86
2.5.5 La peur générée par un défaut de communication	86
2.5.6 La peur d'une incompréhension par rapport à un sujet tabou.....	86
2.6 LA PLACE DES TABOUS.....	86
2.7 DETERMINANTS D'ACCES A LA SANTE POUR LA FEMME TSIGANE :	88
<u>3. PROPOSITIONS ET PISTES D'APPROFONDISSEMENT</u>	88
3.1 AUPRES DE LA POPULATION TSIGANE :	88
3.2 AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE :.....	90
CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXES	103

Introduction

La définition de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé est : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (1). On pourrait également ajouter sans exagérer, un état de bien être « *culturel* » (2).

La population tsigane, une minorité non négligeable, pas moins de 300 à 400 000 habitants en France, semble être précarisée au niveau des soins malgré son appartenance à la population française générale. (3). Son espérance de vie serait estimée inférieure de quinze ans à la moyenne nationale (2, 4).

Cet état de santé dégradé découle de nombreuses étiologies : la précarité de sa situation, son mode de vie, notre système de soin ou son utilisation (3, 4, 5)...

En France, le système de santé est bien organisé pour une société de sédentaires, mais présente des obstacles pour des minorités nomades. Notre métier n'est pas le lieu de considérations culturelles, et nous devons permettre à tous d'être soignés.

Comme le souligne le serment d'Hippocrate « *Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient* ».

Dans notre travail, en tant que médecin généraliste, nous nous devons d'essayer de comprendre le patient à travers son environnement, son mode de vie, son vécu et ses représentations afin d'améliorer la prise en charge de l'individu dans sa globalité.

La communauté tsigane est surtout connue des services d'urgence. Et son accès à la santé semble rythmé par une prise en charge curative et non préventive.

Dans cette étude nous ciblerons nos recherches sur la santé préventive gynécologique et obstétricale des femmes tsiganes, ce qui ne permet pas, bien sûr, d'expliquer tous les problèmes de santé de cette population. Cependant à travers cet exemple, nous essaierons de montrer comment la compréhension de l'individu peut améliorer notre pratique.

L'hypothèse de départ est que la communauté des Gens du Voyage utilise le système de santé surtout de façon curative et dans l'urgence, et que l'approche préventive est moins systématique. Rencontre-elle des obstacles à l'accès à la prévention ou aux soins notamment au niveau gynécologique ? Leurs représentations culturelles ont-elles également un impact sur leur adhésion à une démarche de soins ?

L'objectif principal est d'apprendre à connaître et comprendre leurs représentations de la gynécologie, de la sexualité et de la maternité ainsi que leur vécu.

Cette thèse pourrait apporter des données nécessaires à la réalisation d'actions de santé auprès de cette communauté.

**Chapitre 1 : Base de compréhension chez les
Tsiganes :
Mode de vie et santé**

1. Une population hétérogène mais une origine commune

1.1 Terminologie

Plusieurs terminologies sont utilisées pour désigner la population que nous étudions. Il s'agit d'un groupe hétérogène ayant une origine historique commune, imprégné des cultures et des langues des pays traversés. Sa migration est partie d'Inde au Xème siècle. (6, 7, 8, 9)

Sur le plan international le terme de « Rom » est actuellement largement utilisé et tend à s'imposer. Il provient du « romani », leur langue d'origine, inspirée du sanskrit, et signifie « homme ». Cependant il porte à confusion car il est également utilisé pour parler d'un sous-groupe, les « Roms », issu de la Bulgarie, de la Roumanie et de la Hongrie.

En France le terme « Gens du Voyage » est également employé au niveau administratif et en général revendiqué par cette population, même si une partie est actuellement sédentarisée. Ils se désignent, eux même, également comme « Voyageurs ».

Le terme « Tsigane », provenant du grec ancien « atsinganos » signifie « intouchable » et renvoie davantage à une approche ethnique. Il n'a pas de connotation négative en France malgré sa définition, à condition de ne pas l'écrire « Tzigane » renvoyant au « z » tatoué sur les Tsiganes déportés massivement lors de la Seconde Guerre Mondiale, se référant à Zigeuner (Tsigane en allemand). (10)

Pour plus de simplicité et pour éviter les confusions nous utiliserons les termes « Gens du Voyage » ou « Tsiganes ».

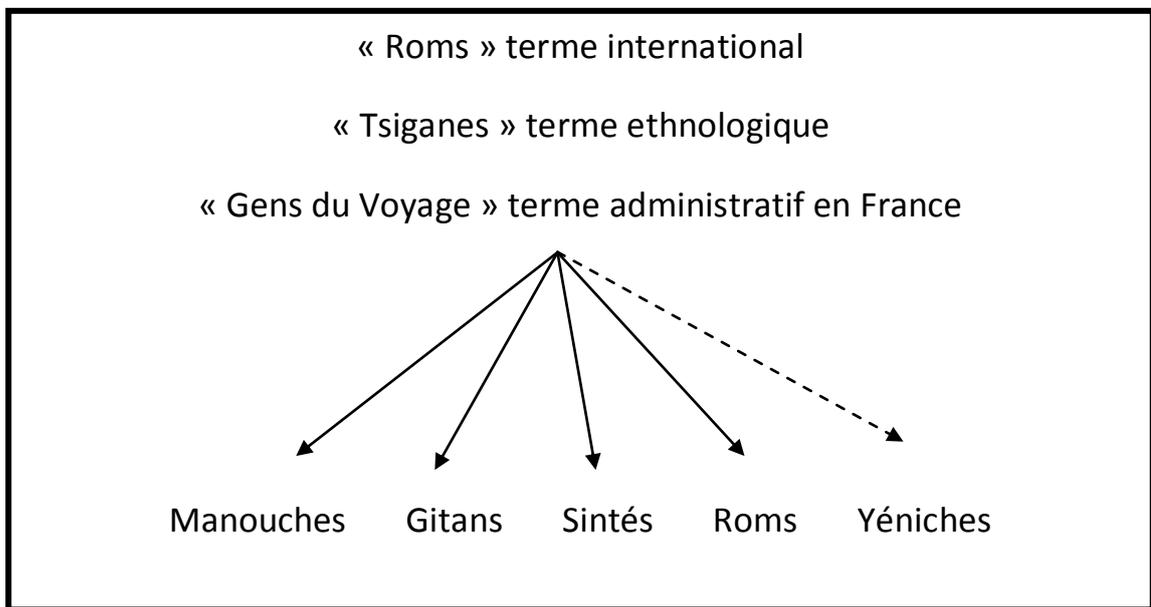
La population générale est qualifiée par les Gens du Voyage de Gadjo (Gadjé au pluriel), signifiant « homme attaché à la terre » ou Payo signifiant paysan. (5, 11)

1.2 Différents sous-groupes

En fonction des flux migratoires, les Tsiganes se sont séparés en plusieurs sous-groupes qui se sont imprégnés des caractères culturels, religieux, linguistiques des différents pays traversés. C'est pourquoi chacun se revendique d'un sous-groupe particulier.

En France, on rencontre principalement 5 sous-groupes différents qui se distinguent par une appartenance culturelle et identitaire (5, 7) :

- ✓ Les Manouches originaires d'Allemagne et d'Europe occidentale
- ✓ Les Gitans ou Kalé originaires d'Espagne
- ✓ Les Sintés originaires d'Italie
- ✓ Les Roms originaires de Bulgarie, Hongrie et Roumanie
- ✓ Les Yéniches, groupe non tsigane d'origine germanique ou nordique, qui auraient pris plus tardivement le voyage (5)



1.3 Mode de vie

On peut arbitrairement séparer la population tsigane en trois groupes en fonction de leur mode de vie : les sédentaires, qui malgré l'absence de voyage tiennent à garder l'habitat caravane, les semi-sédentaires, qui voyagent quelques mois dans l'année souvent à l'intérieur d'une même région, et les itinérants qui voyagent sur tout le territoire français une grande partie de l'année. Sur l'ensemble du territoire ces trois populations sont en nombre approximativement équivalent. (5)

Le terme « Gens du Voyage » n'est plus réellement approprié, compte tenu d'une sédentarisation progressive d'une partie d'entre eux. Cependant le voyage, même s'il est

absent en théorie pour différentes raisons, qu'elles soient financières, médicales ou autres, reste une valeur primordiale.

2. Histoire

Au cours des siècles, les Tsiganes se sont dispersés dans le monde entier, et particulièrement en Europe (5, 12).

L'origine de la population a pu être découverte grâce à des études anthropologiques et linguistiques. La migration des Tsiganes aurait débuté au Xème siècle à partir d'une province indienne, le Rajasthan en direction de la Perse (actuel Iran).

Plus tard, les Tsiganes se seraient scindés en deux groupes : l'un migrant vers le Moyen-Orient et l'Egypte, l'autre en direction de l'Arménie, du Caucase, puis de la Grèce et de l'Europe. (12) (*Voir annexe 1 carte de migrations de la population tsigane*).

Alors qu'on raconte qu'ils furent au départ bien reçus, leur mode de vie itinérant éveilla rapidement les soupçons des populations locales et des autorités. La méfiance s'installa à leur égard dès le XVème siècle. On les appelait alors les « bohémiens » car ils possédaient des lettres de recommandation de l'Empereur de Bohême. (5, 13)

Le premier document attestant de la présence de Tsiganes en France date de 1419 (14). Par un Edit de 1529, François 1^{er} ordonne le « bannissement des bohémiens » et leur demande de quitter le royaume de France. Les Etats appliquent alors des mesures de répression, d'exclusion ou de sédentarisation forcée.

L'histoire des Tsiganes est ponctuée de plusieurs vagues migratoires, tantôt volontaires dues à leur aspiration au nomadisme, tantôt contraintes à cause du rejet et de l'exclusion dont ils furent l'objet.

En France une loi marque à nouveau leur discrimination le 16 juillet 1912, avec l'obligation du port d'un carnet anthropométrique (7).

Lors de la seconde guerre mondiale, les Tsiganes ont été massivement déportés, désignés par les Nazis comme « rebus de tous les sangs inférieurs ». Au camp d'Auschwitz, les Tsiganes considérés comme « matériel de guerre », ont subi d'atroces expérimentations humaines. Environ 500 000 Tsiganes ont été victimes d'internements et de déportations. (13, 14)

Après la seconde guerre mondiale, le nomadisme est encore et toujours perçu comme un danger pour l'ordre public.

On constate que tout au long de leur histoire, cette minorité ethnique a globalement été rejetée par les populations dominantes. Elle a subi tantôt des tentatives d'assimilation forcée par sédentarisation, tantôt des réactions d'exclusion.

La peur et le rejet du nomade, par crainte ou incompréhension, restent d'actualité, entretenus par une différence qui dérange (7).

3. Démographie

Actuellement, on estime approximativement de 300 000 à 400 000 le nombre de Gens du Voyage en France (3, 15). Aucun recensement n'a été clairement effectué. Car encore faut-il définir ce qu'on entend par Gens du Voyage et Tsiganes. Comment distinguer les travailleurs itinérants non tsiganes, des Gens du Voyage, et les Voyageurs sédentarisés, de la population générale ? D'autant plus que certains Tsiganes, suite à de nombreuses discriminations, cachent leur statut de Voyageurs.

Les derniers recensements, dans le rapport Bideberry de 1981 et dans celui de Delamon remis au premier ministre en 1990, sont dépassés (7, 12, 13). Cette absence d'estimation démographique récente s'inscrit dans le débat sociologique du refus de recenser une population sur critères ethniques.

4. Données socio-culturelles

4.1 L'habitat

La caravane est à la fois un lieu de vie et un moyen de déplacement.

Les offres de stationnement pour les caravanes, en nombre très insuffisant, se situent plutôt dans les grandes agglomérations. Les aires d'accueil sont trop souvent à proximité des déchetteries, des stations d'épuration, des lignes à haute tension, au bord des autoroutes ou au sein des zones industrielles et d'activités. Elles sont de plus,

éloignées des services publics, et rarement desservies par les transports en commun (2, 3). « *L'équipement sanitaire de ces aires est parfois vétuste, voire inexistant.* » (3).

Une circulaire de 2001 complète la deuxième loi Besson du 5 juillet 2000 (16), relative à l'accueil et à l'habitat des Gens du Voyage, et définit les différents types d'aires d'accueil (annexe 2) (7):

- ✓ Des aires de petit passage (concernant des séjours de courte durée pour des petits groupes)
- ✓ Des aires d'accueil (accueil des familles pour une durée de séjour de plusieurs mois)
- ✓ Des aires de grand passage (séjours de courte durée pour les grands groupes de 50 à 200 caravanes maximum)
- ✓ Des emplacements pour grand rassemblement (grand nombre de caravanes quelques jours par an pour des évènements culturels ou occasionnels)
- ✓ Des terrains familiaux (durée de séjour plus longue, définie par un contrat d'occupation).

Selon le département, les aires d'accueil sont soumises à des règles différentes concernant le nombre de places et le temps de stationnement autorisé (7, 17).

4.2 Les lois Besson

L'article 28 de la première loi de Louis Besson, ministre chargé du logement, en mai 1990, établissait un schéma départemental de créations d'aires d'accueil. Les autorités des collectivités locales de plus de 5 000 habitants devaient aménager, dans les deux ans, des aires d'accueil. Cette loi autorisait implicitement l'itinérance. Cependant elle comprenait un certain nombre d'insuffisances, comme par exemple, l'absence de sanction pour les communes défaillantes (7, 17).

Une deuxième loi, celle du 5 juillet 2000, relative à « *l'accueil et à l'habitat des Gens du Voyage* » a deux objectifs principaux (16) :

- Leur permettre de se déplacer sur le territoire et de s'installer dans des conditions décentes, avec une insertion sociale et économique, en leur donnant la possibilité d'une scolarisation et d'un accès aux soins
- Eviter les campements illicites gênant les autorités et la population générale.

En 2008, la Ligue des droits de l'Homme édite une étude dénonçant la non-application des textes : un quart seulement des places d'accueil prévues ont été ouvertes, contraignant les Voyageurs à des stationnements irréguliers, faute de lieux disponibles. (18). Actuellement, le nombre de places d'accueil autorisées pour la population tzigane reste insuffisant.

D'autres obstacles mettent en défaut la réalisation d'aires d'accueil dans les communes, tels que la réticence et l'opposition des riverains. Ce phénomène a été qualifié de NIMBY « *Not in my backyard* », et souligne à nouveau le rejet de la différence par les autochtones (7).

4.3 Le carnet de circulation

Le statut législatif des « Gens du Voyage » est lié à l'habitat et ne concerne pas uniquement les Tsiganes, mais aussi les personnes sans domicile fixe et sans ressources stables. La loi du 3 janvier 1969, relative à « *l'exercice des activités ambulantes et aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe* », impose l'obligation de posséder un titre de circulation, carnet ou livret selon les cas. Ce titre de circulation doit être visé tous les trois mois par les autorités de police ou de gendarmerie. (7, 13, 17)

4.4 Les différents emplois

Les Voyageurs vivaient, de génération en génération, de petits métiers artisanaux tels que le rempaillage de chaises, la vannerie, les marchés, la chine (vente de porte à porte), le ferrailage (vente de métaux récupérés), la brocante... Ils exercent également diverses activités : élagueurs, ouvriers du bâtiment, saisonniers agricoles, forains, musiciens... (5, 13)

La conjoncture économique actuelle a fait disparaître petit à petit ces emplois, ce qui a contribué à aggraver leur précarité. « *Les activités économiques traditionnellement pratiquées par les Gens du Voyage ne permettent plus de subvenir aux besoins de la famille. L'autonomie et la mobilité diminuent.* » (3) C'est pourquoi les Tsiganes sont souvent bénéficiaires des minimas sociaux, avec une sédentarisation s'accroissant au cours des années.

4.5. Voyageurs/Gadjé, une relation chargée de clichés et teintée de méfiance

La relation Voyageurs/Gadjé ou Gadjé/Voyageurs est, d'un côté comme de l'autre, imprégnée de méfiance et d'a priori, nourris par une méconnaissance mutuelle.

Par exemple certains Gadjé qualifient les Gens du Voyage de « sales » car ils vivent à l'extérieur alors que la caravane est nettoyée à la javel quotidiennement. A l'inverse, les Voyageurs considèrent que ce sont les Gadjé qui sont sales (5)

Le Tsigane a, de tout temps, été stigmatisé et traité de voleur de poules, de jeteur de mauvais sort, de voleur d'enfants, de parasite de la société. (5, 11) Ce genre de stéréotypes circule toujours dans certaines régions.

5. La structure familiale

5.1. La famille

Les Tsiganes vivent au sein d'un groupe familial élargi qui réunit plusieurs générations.

La famille est la structure même de l'organisation sociale tsigane. C'est ce qui fait sa force également. Le placement des personnes âgées en maison de retraite, ou des personnes handicapées en structure d'accueil, n'est pas concevable. La famille assure une solidarité sociale, financière et psychologique (5, 11,12, 13)

La notion de famille tient une place très importante. « *Dans la vie du tsigane, tout gravite autour d'elle. La naissance, la maladie, la mort, les conflits, l'éducation, la réussite ou non des affaires, tout se vit en collectivité au sein de la famille.* » (20)

5.2. La place de la femme

La femme a une place importante au sein du groupe. Elle s'occupe de l'éducation des enfants et de l'entretien de la caravane. Elle a la charge des démarches administratives et est également l'interlocutrice dans les relations avec les Gadjé (4, 5, 11, 12, 15).

« *Au sein de la famille, on peut dire que la femme a un rôle régulateur très important et une vraie influence sur le reste de la famille. Au-delà de son rôle d'organisatrice de la vie matérielle, elle va devoir gérer les démarches administratives, ainsi que les*

relations extérieures avec les Gadjé. Contrairement aux représentations communes, beaucoup de décisions familiales vont être à l'initiative ou sous couvert de la femme. »
(20)

5.3. La place de l'homme

L'homme assure les moyens de subsistance de la famille. Il est responsable également de l'entretien du véhicule et de la mobilité du clan. La femme est souvent dépendante de son mari pour les transports (5, 15).

5.4. La place de l'enfant

L'enfant a une place centrale dans la société tsigane. Souvent les femmes n'existent que par les maternités. (11, 12, 21) On parle souvent « d'enfant roi », mais il doit le respect aux adultes. C'est par l'enfant que la femme et l'homme acquièrent leur place au sein du clan familial. Si un couple n'a pas d'enfant, il n'y aura pas d'adoption, cependant il s'occupera des enfants d'une sœur ou d'un frère (15).

6. Les grandes valeurs

6.1. Le Voyage

Le voyage est l'une des valeurs essentielles tout comme la famille. Même les sédentarisés se disent Voyageurs ; c'est un état d'esprit. La caravane fait garder l'espoir qu'ils peuvent à tout moment reprendre la route (5).

6.2. La notion de temps

On peut aisément parler de « vie au jour le jour ». Le Tsigane ne se projette pas dans l'avenir. Il vit dans l'instant présent. A n'importe quel moment, un événement peut bouleverser le déroulement de la journée. Si un membre de la famille est hospitalisé, il n'est pas rare que le Voyageur prenne la route, même s'il faut faire des centaines de kilomètres, et ce dès l'annonce de la nouvelle, afin de soutenir la personne hospitalisée. Les contraintes temporelles ne sont pas essentielles et, par exemple, les rendez-vous ne sont pas des priorités (4, 21).

6.3. L'oralité

La langue d'origine est le romani, dérivée du sanskrit. Elle a subi également l'évolution des migrations et s'est transformée au cours des voyages avec des différences dans les divers sous-groupes (5, 13).

Les Tsiganes ont une culture orale. L'écrit a moins de valeur. Le bouche à oreille ou la télévision sont des vecteurs d'information plus courants (5).

L'illettrisme est encore présent dans la communauté (5).

5. Les Tsiganes et la santé

5.1. Etat de santé des Tsiganes

5.1.1 L'espérance de vie

D'après une étude réalisée en 2000 par Médecins du Monde, l'espérance de vie des Gens du Voyage serait de quinze ans inférieure à celle de la population générale (3).

Le rapport Delamon, réalisé en juillet 1990, décrivait une population majoritairement jeune (5, 6).

La pyramide des âges est proche de celle des pays en voie de développement, large à la base et aplatie, traduisant une forte natalité et une espérance de vie réduite (5, 22, 23).

5.1.2. Les problèmes de santé

Si l'état sanitaire est moins bon que la moyenne, les problèmes de santé des Tsiganes sont peu différents de ceux rencontrés dans la population générale (4, 21).

Cependant on peut mettre en évidence des problèmes de santé liés aux conditions de vie ou de travail (3).

Tout d'abord, on constate un nombre important de maladies cardio-respiratoires. Les facteurs de risques cardio-vasculaires sont importants : diabète, tabagisme, obésité, alimentation déséquilibrée, riche en lipides et en féculent (4, 24)...

Les pratiques professionnelles engendrent des risques pour la santé, d'autant plus que la plupart des Gens du Voyage ne sont pas concernés par la médecine du travail. La

récupération et la vente de divers matériaux, avec stockage à proximité des habitats, présentent une dangerosité telle que l'intoxication au plomb. « *Trois études, réalisées à Toulouse, Bordeaux et Annecy ont révélé que 50% des enfants étaient imprégnés de plomb et que 25% étaient intoxiqués avec des séquelles graves et définitives* » (2). Ce taux de saturnisme infantile est difficile à concevoir quand on sait qu'il pourrait être abaissé par de simples mesures de dépistage et de prévention. Le saturnisme infantile reste une priorité de santé publique. Certains emplois engendrent des risques comme les travaux effectués en hauteur sans protection, tels que l'élagage d'arbres et le ravalement de façades (2, 15).

Les conditions de vie avec expulsions répétées, paupérisation causée par la disparition des emplois traditionnels et incertitudes face à l'avenir, induisent des maladies liées au stress. Une étude réalisée par Médecins du monde en 2003, en partenariat avec l'ARTAG (Association Régionale des Tsiganes et de leurs Amis Gadjé), employait le terme de « *dépression communautaire* » (24). La surconsommation médicamenteuse, notamment de neuroleptiques et d'anxiolytiques, y est associée (2, 21, 24).

On voit apparaître des conduites addictives, avec circulation de drogues en milieu Voyageur, surtout depuis l'accroissement de la sédentarisation et de la paupérisation (13).

La promiscuité, l'état dégradé des terrains et les conditions de vie favorisent les pathologies infectieuses, dermatologiques et ORL à répétition (4).

Le défaut du suivi systématique par la médecine scolaire à cause de l'itinérance, contribue à une proportion importante de problèmes dentaires et ophtalmiques (4).

Le manque de suivi gynécologique, la fréquence de grossesses précoces et mal surveillées et un calendrier vaccinal peu respecté sont également constatés. (4, 11, 12, 13, 23...)

5.1.3. La maladie

« *Pour les Gens du Voyage, la maladie vous tombe brutalement dessus, elle constitue non pas un danger pour l'individu atteint, mais pour l'ensemble du groupe et pour son bon fonctionnement. La maladie déclenche donc une peur collective* » (19).

La maladie « arrête le voyage » même s'il s'agit de personnes sédentarisées. La perspective de pouvoir partir à tout moment devient alors impossible.

La maladie génère beaucoup d'angoisse, d'autant plus si elle concerne un enfant.

La méconnaissance du corps, en partie due au défaut de scolarisation, ainsi que la présence de croyances erronées sont très souvent sources d'incompréhensions face aux symptômes. (19)

5.2. La conception de la santé par les Tsiganes

5.2.1. Le référent

Tous les membres de la famille sont concernés lorsque l'un d'entre eux est malade. Ils n'hésitent pas à se déplacer pour être au chevet du malade, d'où un afflux massif de la famille « élargie » lors de l'hospitalisation. Le personnel de santé en est souvent surpris et même gêné, car peu habitué à une telle présence (19). Cependant, cette mobilisation n'est pas à voir comme un moyen de pression mais simplement, comme une solidarité familiale de plus en plus absente dans notre société mais encore très présente dans certaines communautés. On retrouve également ce type de soutien dans les familles maghrébines.

Il est important alors de trouver un référent (2) pour pouvoir expliquer la situation et ainsi diminuer la tension. Elle est accentuée par l'effet de groupe et liée à l'incompréhension et à la peur de la maladie.

5.2.2. La notion de symptôme

« On n'écouterait son corps que lorsqu'il ne sera plus possible de l'ignorer » (27).

Le patient tsigane consultera seulement s'il y a présence de symptôme gênant, excepté si cela concerne un enfant, auquel cas la demande sera instantanée. Par contre, lorsque la décision de consulter est prise, il a une exigence de traitement immédiat (4).

La notion de temps est différente. Le programme est facilement changé suivant les événements au cours de la journée. Son rapport au temps explique en partie une démarche de soins curative et non préventive. Les Tsiganes sont des usagers fréquents des services d'urgence (13).

Toutes les démarches préventives (vaccinations, dépistage, bilan annuel) sont très difficiles à faire accepter (4, 21).

5.2.3. Singulier/Pluriel

Contrairement à notre société moderne, la personne existe à travers une famille, un groupe (2, 28). La notion « d'individu » est submergée par celle de « groupe ». Même la santé s'appréhende de façon familiale. C'est pourquoi on retrouve une difficulté d'adaptation du personnel soignant qui a l'habitude de travailler dans une relation binaire. La problématique du secret médical en devient complexe et perturbée. Le personnel soignant se retrouve confronté à une relation « patient-médecin-famille élargie ».

5.2.4. La mort

Quand un membre de la communauté décède, le corps doit être rapidement ramené dans sa caravane. Il était coutume de brûler tout ce qui lui appartenait ainsi que sa caravane. Le lien matériel n'a pas d'importance, seul le souvenir du mort est présent. De nos jours, les Gens du Voyage se contentent parfois de revendre la caravane compte tenu de leurs difficultés économiques (5).

5.2.5. L'hôpital

« *L'hôpital c'est pire que la prison* ». Par cette petite phrase caricaturale, les Gens du Voyage expriment le fait que ce lieu reste angoissant. L'hospitalisation peut poser un problème à cause du simple fait que le lit d'hospitalisation est peut être celui d'une personne décédée auparavant (19). Il n'est pourtant pas rare que les Gens du Voyage utilisent les services d'urgence malgré l'amélioration de leur accès aux soins par la CMU (couverture médicale universelle). L'hôpital est perçu comme ambivalent pour les Gens du Voyage, considéré d'une part comme un pôle de technicité, mais aussi comme un lieu d'angoisse, générateur de stress (24).

5.3. Tsiganes et accès à la santé en France

5.3.1. La loi contre les exclusions

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions tend à garantir l'accès aux droits fondamentaux, notamment à la santé à toute la population. Selon l'article 1 : « *la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* » (29).

5.3.2. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

« *L'article l 1411-11 du Code de santé publique (CSP) prévoit que le plan régional de santé publique (PRSP) comporte parmi ses programmes et actions, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)* »(30).

Il s'agit d'un dispositif créé par la loi de 1998 pour lutter contre les exclusions et les inégalités sociales en matière de santé qui s'inscrit dans le plan régional de santé publique (PRSP).

Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. La thématique « santé des Gens du Voyage » est évoquée dans 11 PRAPS de première génération sur 23, ce qui révèle bien les besoins en termes de santé de cette population (31).

Le suivi gynécologique est abordé dans les PRAPS de plusieurs régions, notamment en Languedoc-Roussillon pour la question des grossesses précoces et mal surveillées et en Bourgogne pour la question du manque de suivi gynécologique.

Un exemple en Bourgogne : une analyse des besoins a été réalisée, et compte tenu du manque de suivi gynécologique des femmes Gens du Voyage, une vacation de médecin et d'une vacation d'infirmière PMI ont été créées sur le terrain. Des actions ont été programmés :

- Intervention de la CPAM plusieurs fois par an pour organiser l'inscription au bilan de santé.

- Intervention du planning familial pour des actions de prévention et de sensibilisation sur des thèmes souvent tabous et donc difficiles à aborder comme les questions de la sexualité, de la contraception (31, 32).

5.3.3. La couverture maladie universelle (CMU)

La loi du 27 juillet 1999 créa la couverture maladie universelle de base. Selon l'article L 380-1 du Code de sécurité sociale : « *toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité* » (33). Elle permet donc l'accès à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie.

Ce dispositif associé à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) permet une protection maladie très complète de la population et facilite l'accès des Voyageurs aux structures de droit commun.

La CMU a remplacé les bons d'aide médicale départementale. Cette mesure a fortement amélioré l'accès aux soins pour la communauté tsigane (34, 35).

Mais elle a ses limites, notamment les refus de soins. A l'occasion du dixième anniversaire de la création de la CMU, un testing a été réalisé par l'IRDES auprès de 861 médecins ou dentistes à Paris intra-muros. Le taux de refus de soins par les professionnels, en rapport avec le fait que le patient bénéficie de la CMU, a été testé par prise de rendez vous téléphonique. Le pourcentage de refus varie en fonction des catégories professionnelles : 31,6 % des dentistes, 38,1% des gynécologues, 19,4% des généralistes et 5.2% des radiologues. Même si ces pourcentages ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des praticiens en France, ils soulignent cependant la présence d'un refus de soins certain concernant les bénéficiaires de la CMU et d'une ampleur qui ne saurait être qualifiée de marginale ou d'anecdotique (33).

5.4. Suivi gynécologique et obstétrical

La revue de la littérature est pauvre à ce sujet, particulièrement en ce qui concerne des données actuelles (4, 5, 6, 11, 12, 23).

Un Livret d'information pour les professionnels de santé a été réalisé en 2007 par l'association Ulysse 35* portant sur quelques entretiens faits avec des femmes Gens du voyage sur le thème de la grossesse et de la sexualité (36).

Les grossesses apparaissent précoces et le suivi de grossesse reste un sujet difficile. Les examens obligatoires sont plus souvent perçus comme l'accès aux prestations familiales (4).

Le séjour en maternité est souvent écourté par des sorties sous décharge (4). En général, deux jours après l'accouchement, la femme quittera la maternité même contre l'avis des médecins (23).

Les grossesses peuvent se succéder d'année en année avant que la femme ne se décide à prendre une contraception (27).

La pilule pose des problèmes d'observance et de tabagisme associé. Le stérilet rencontre des réticences liées au suivi plus régulier qu'il impose. L'implant apparaît être une possibilité (27). Le préservatif est refusé par les hommes (23).

La ligature de trompes est parfois demandée « *après 8 à 9 grossesses* » (23).

Les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont décrites en augmentation, mais rarement suivies d'un passage à l'acte (4, 23).

La sexualité, le rapport au corps sont chargés de tabous. La virginité demeure une valeur essentielle pour la communauté (5, 11, 12, 23).

* Ulysse 35 : Association pour l'Accueil des Gens du Voyage basée à Rennes

Chapitre 2 : L'étude

Matériels et Méthodes

Ce travail repose sur trois types de données : une analyse de la bibliographie existante, une étude basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de femmes tsiganes qui sera confrontée à l'analyse d'un des ateliers d'une formation croisée Tsiganes/professionnels de santé.

Nous avons d'abord effectué une recherche bibliographique générale sur le thème de la santé des Gens du Voyage avant de la centrer sur la prévention gynécologique, obstétricale et sexuelle des femmes tsiganes.

1. Enquête de terrain

1.1 Recueil de données

1.1.1. Entretiens semi-dirigés (semi-structurés)

1.1.1.1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative sans objectif statistique ou épidémiologique.

Le qualitatif a sa place dans l'étude d'une population et de sa culture, de sa représentation du corps, de sa conception de la maladie, de ses appréhensions ou de son approche du soin.

Les études qualitatives permettent la compréhension d'un contexte, explorent l'existence et la signification de phénomènes sociaux et créent des hypothèses qui seront alors éventuellement validées par une analyse quantitative. Elles ont prouvé leur intérêt en recherche médicale tout autant que les études quantitatives : il n'y a pas d'opposition, mais complémentarité (37).

Pour notre étude, nous avons le choix entre plusieurs techniques d'enquête qualitative. Les entretiens individuels semi-dirigés se sont avérés les plus appropriés au thème de l'étude. La méthode par focus-group a été rapidement exclue compte tenu du caractère intime et tabou du sujet évoqué, et de l'influence que les divers acteurs du groupe auraient pu avoir entre eux. La méthode par questionnaire semblait moins judicieuse

pour analyser des vécus et des représentations (38). De plus, la parole et le dialogue apparaissent plus adaptés à cette population de culture orale.

L'enquête par entretien fait appel au point de vue de l'acteur et donne une place de premier plan à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité. Elle est « *l'outil privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal* » (38, 39).

1.1.1.2. Organisation de l'étude

Les entretiens se sont déroulés de juin à octobre 2009.

Nous avons rencontré diverses associations côtoyant les Gens du Voyage entre avril et juin 2009 (les associations sont décrites en annexe 3 de ce travail). Dans le but d'éviter un biais de sélection liés aux intervenants, nous avons choisi d'élargir l'étude à plusieurs départements de la région Rhône-Alpes : l'Isère, le Rhône, la Haute-Savoie et la Savoie.

La grande difficulté était de pouvoir interroger cette population. Dans chaque association le projet a été exposé, puis discuté. Sur les quatre associations contactées, trois ont permis d'aboutir à des entretiens avec des Tsiganes : dans le Rhône avec l'ARTAG, en Savoie avec la Sasson et en Haute-Savoie avec l'ALAP (annexe 3). En raison de difficultés dues à une restructuration et par manque de temps, la quatrième association l'APMV n'a pas pu donner suite aux projets d'entretiens.

Un médiateur a été désigné pour introduire l'enquête au sein des terrains connus par l'association.

Nous avons au préalable élaboré un guide d'entretien à l'aide de l'analyse de la littérature (annexe 4) (40).

1.1.1.3. Echantillonnage

Les interviewées ayant participé à l'étude ont été sélectionnées de manière arbitraire par le chercheur. En effet, une sélection aléatoire des interviewées était impossible compte tenu des difficultés dues à la mobilité, au manque de confiance, au sujet tabou...

Nous avons donc décidé de rencontrer des femmes connues par les diverses associations pour établir des relations dans un climat de confiance.

Les seuls critères de sélection étaient que l'échantillon soit constitué de femmes tsiganes en âge de procréer ou ayant été en âge de procréer, et qu'elles soient de nationalité française. Dans un souci de cohérence de l'enquête et non dans un but discriminatoire, la population tsigane récemment arrivée en France, provenant en majorité des Pays de l'Est, a été volontairement « exclue ». En effet, confrontée à la barrière de la langue, à de multiples expulsions, à des conditions de vie très précaires, et relevant de l'aide médicale d'Etat (AME), leur vécu, ainsi que leur représentation de la prévention et de la santé gynécologique en sont forcément altérés et différents.

Il n'y avait aucun autre critère d'inclusion exigé (41, 42).

1.1.1.4. Déroulement des entretiens

Le libre choix du lieu et du moment de l'intervention a été laissé aux associations. La seule exigence reposait sur le fait qu'il s'agisse d'entretiens individuels. La plupart ont été réalisés sur les terrains d'accueil devant ou à l'intérieur des caravanes. Les entretiens effectués par l'intermédiaire de l'association de Chambéry se sont déroulés dans une salle au sein des locaux de l'association.

Dans un premier temps, le médiateur a expliqué le projet aux femmes Gens du Voyage et proposé à celles qui le souhaitent de rencontrer l'enquêteur. Dans un second temps, l'enquêteur se présentait sur le terrain (annexe 5). Au final, les entretiens étaient effectués avec les femmes qui avaient accepté de participer à l'enquête. Un effet « boule de neige » (« snowball sampling ») (43) a été constaté au cours de l'étude.

L'entretien s'effectuait sous forme d'un échange entre l'enquêteur et l'interviewée ce qui avait l'avantage de permettre également aux femmes de poser des questions sur leur santé gynécologique. Ces questions étaient si possible, reportées en fin d'entretien pour éviter d'influencer la suite des réponses des femmes. La présentation d'échantillons de contraceptifs, ainsi qu'une plaquette visuelle de prévention sur la maternité (annexe 6) permettaient de clôturer l'entretien et de répondre aux différentes interrogations des femmes tsiganes. Les entretiens avaient une durée variant de ½ h à 1h15.

1.1.1.5. Evaluation de la méthode

La grille d'entretien a été testée auprès de 2 femmes tsiganes connues de l'enquêteur.

A la suite de ces entretiens tests, des rectifications ont été apportées :

- Il est judicieux de commencer l'entretien en abordant la maternité, permettant ainsi d'instaurer un climat de confiance grâce à ce thème important au sein de la communauté.
- Les entretiens doivent rester individuels.
- L'enquêteur doit éviter de répondre aux questions éventuelles de la femme interviewée au cours du dialogue mais les différer si possible en fin d'entretien pour ne pas influencer le discours.

1.1.1.6. Evolution de l'enquête

Au fil de la progression des différents entretiens, des modifications et des précisions ont été apportées à la grille. Cette méthode qualitative donne la possibilité d'une évolution des concepts et des hypothèses qui émergent de l'échange. Ils peuvent au fur et à mesure de l'enquête s'avérer différents de ceux prévus au départ (38). La réflexion se poursuit tout au long de l'enquête. Tout entretien peut suggérer des hypothèses dont on cherchera des indices au cours des entretiens suivants, et venir ainsi infléchir le guide initial d'entretien (38).

L'enquête s'est terminée quand la redondance des réponses et la saturation des données semblaient obtenues.

1.1.1.7. Conditions matérielles

Au début de chaque entretien, la permission d'enregistrer le dialogue à l'aide d'un dictaphone numérique a été demandée à l'interviewée afin de faciliter l'analyse des données. L'enregistrement avait l'avantage d'éviter une prise de notes qui risquait d'altérer la fluidité de la discussion et d'imposer la barrière de l'écrit à une population de culture orale.

1.1.2. Un guide d'entretien

Suite aux différentes recherches bibliographiques, un guide d'entretien a été rédigé pour les femmes Gens du Voyage. Celui-ci a été appris dans son intégralité par l'enquêteur pour permettre une fluidité du dialogue (annexe 4) (40).

➤ **Questions sur la grossesse**

- Parlez-moi de vos grossesses
- Que représente la grossesse ?
- Que représente le premier enfant ?
- Nombre d'enfants, nombre de grossesses, nombre de fausses couches
- Age de la première grossesse
- Intérêt pour vous des échographies, du suivi
- Accouchement, l'hôpital
- Tabac et grossesse
- L'IVG : acceptée par la communauté ?

➤ **Pouvez-vous me parler de vous ?**

- Age, situation familiale : célibataire / mariée
- Nombre d'enfants
- Appartenance à quelle communauté ?
- Itinérante / semi-sédentaire / sédentaire
- Profession, emploi / revenu de solidarité active (RSA), illettrisme ?
- Couverture d'assurance maladie (mutuelle / CMU)
- Suivi par un médecin généraliste ? Suivi par un gynécologue ?
- Qui s'occupe de la santé dans la famille ?

➤ **Questions sur la contraception**

- Que représente pour vous la contraception ?
- Utilité / peur / tabou / difficulté / accessibilité

- Connaissance des différents contraceptifs
- Le préservatif
- Utilisez-vous un contraceptif ? le(s)quel(s) ? A quelle période de votre vie génitale ? Qui vous le prescrit ?

➤ **Questions sur les représentations**

- Représentation du corps
- Représentation des menstruations
- Les tabous autour de la gynécologie et de la sexualité
- La virginité

➤ **Questions sur le suivi gynécologique**

- Intérêt d'un suivi ?
- Frottis cervico-vaginal (FCV) ? Mammographie ?
- L'examen gynécologique

➤ **Que représente pour vous la prévention ?**

- La dernière fois que vous avez consulté un médecin ? Où ? Médecin généraliste /hôpital /urgences... ? Motifs ? Curatif ou préventif ?
- Le symptôme
- Vaccinations / Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV), intérêt ?

➤ **Questions ?**

1.2 Analyse complémentaire : une formation croisée Tsiganes/professionnels de santé

Nous avons décidé d'enrichir l'enquête des femmes tsiganes, par l'apport des résultats obtenus lors d'un travail au cours d'une formation à laquelle nous avons participé en novembre 2009.

1.2.1 Définition et principes d'une formation croisée ou coformation

Elle est basée sur une méthode pédagogique initiée et élaborée par le Mouvement ATD Quart-Monde (Aide à Toute Détresse Quart Monde) à travers 2 programmes « Quart Monde Université » et « Quart Monde Partenaire ». Elle part du postulat qu'il existe 3 types de savoirs indispensables, complémentaires et équivalents : le savoir universitaire, le savoir d'expérience vécue et le savoir d'action, issu des pratiques professionnelles. Ce type de formation a la particularité d'être effectué avec des individus ayant une expérience de très grandes difficultés sociales. Elle permet un travail sur un pied d'égalité entre personnes possédant un savoir universitaire et personnes ayant une situation de vie difficile (44, 45). Ce type de formation se base sur une méthode pédagogique rigoureuse, à travers l'utilisation d'outils tels que les photo langages et les récits d'expériences (45).

1.2.2. La formation étudiée

1.2.2.1. Définition et sujet de la formation

Nous avons participé à une coformation sur le thème de « la santé et les Gens du Voyage » réalisée par le partenariat du réseau REVIH-STs*, de l'ARTAG et de la Sasson. Vingt-quatre professionnels de santé et dix Gens du Voyage ont travaillé ensemble lors de trois premières journées les 26, 27 janvier et 9 mars 2009 à Chambéry. A l'issue de ces trois jours, l'évaluation a abouti à la mise en place d'une quatrième journée qui a eu lieu le 16 novembre 2009.

1.2.2.2. Thème de l'atelier étudié

Lors de la 4^{ème} journée nous avons participé à un atelier sur le thème « contraception, maternité, prévention ». Outre l'animatrice, deux femmes tsiganes et sept professionnels de santé ont travaillé sur ce sujet. Deux rapporteurs ont été désignés pour présenter en séance plénière l'analyse du travail à l'ensemble des participants.

1.2.2.3. Déroulement de l'atelier

Vingt sept professionnels de santé et sept Gens du Voyage, tous volontaires ont participé à cette dernière journée de formation.

*REVIH-STs : Réseau Ville-Hôpital : VIH, Hépatites et Toxicomanies en Savoie

L'atelier « contraception, maternité, prévention » était basé sur un travail à partir de récits d'expériences anonymes. Le déroulement de la séance était animé par une femme Manouche et supervisé par l'un des formateurs. L'atelier a duré 1h30.

Une retranscription orale avec support écrit a été effectuée par deux des participantes lors d'une séance plénière.

2. L'analyse des données

2.1 Retranscription des entretiens en verbatim (38)

Chaque interview a été retranscrite mot à mot après écoute de la bande numérique pour faciliter l'analyse des résultats. Aucun des entretiens des Tsiganes n'a été inséré dans ce document par respect de la volonté des femmes interrogées et dans un souci d'éthique. D'ailleurs sept d'entre elles ont directement refusé l'enregistrement et préféré la prise de notes de peur que le dialogue ne soit dévoilé à leurs proches. Quelques unes ne voyaient pas d'inconvénient à la retranscription intégrale dans ce travail, mais pour une certaine homogénéité et au risque d'une perte de fiabilité de l'étude aucun entretien ne sera retranscrit intégralement. Cependant ce travail est enrichi par de nombreuses citations.

2.2 L'analyse de la formation croisée

Cette base de données vient simplement enrichir l'enquête qualitative, en apportant des éléments de réflexion, fondés sur un travail entre professionnels de santé et femmes tsiganes. Nous utilisons essentiellement les citations et le tableau de la retranscription présentée en séance plénière.

2.3 Méthodes d'analyses

2.3.1 Analyse par entretien et cartes conceptuelles

Tout d'abord nous avons analysé chaque entretien un par un, après réécoute et retranscription des interviews ou à partir des notes de terrain quand l'enregistrement avait été refusé.

Compte tenu de l'impossibilité de retranscription en verbatim des entretiens en annexe de ce travail, nous avons décidé, dans un souci de clarté et de cohérence de l'analyse des données, de schématiser chaque entretien par une carte conceptuelle (46). Ainsi nous pouvons référer chaque citation à une situation donnée.

Une carte conceptuelle est une représentation écrite d'un ensemble de concepts et de relations de sens qui les relie (46).

La carte conceptuelle est un moyen proposé pour représenter la structure cognitive, et donc l'organisation des connaissances et du vécu d'un individu. La carte conceptuelle est utilisée dans des formations médicales (46).

La réalisation de ces cartes a été possible après téléchargement gratuit du logiciel « CmapTools » sur internet à l'adresse suivante : <http://cmap.ihmc.us/Download/>.

2.3.2 Analyse thématique

L'analyse des données a été effectuée thème par thème, puis de façon transversale. Concernant les entretiens des femmes tsiganes, une grille d'entretien contenant des données systématiquement évoquées lors du dialogue a été créée pour faciliter l'analyse des résultats.

De nombreuses citations puisées dans les différents entretiens et dans la coformation ont permis d'enrichir nos propos. Les sigles suivants permettent de conserver l'anonymat : « I » réfère à l'Interviewer, « F *chiffre* » aux femmes interrogées et « CF » aux résultats de la coformation.

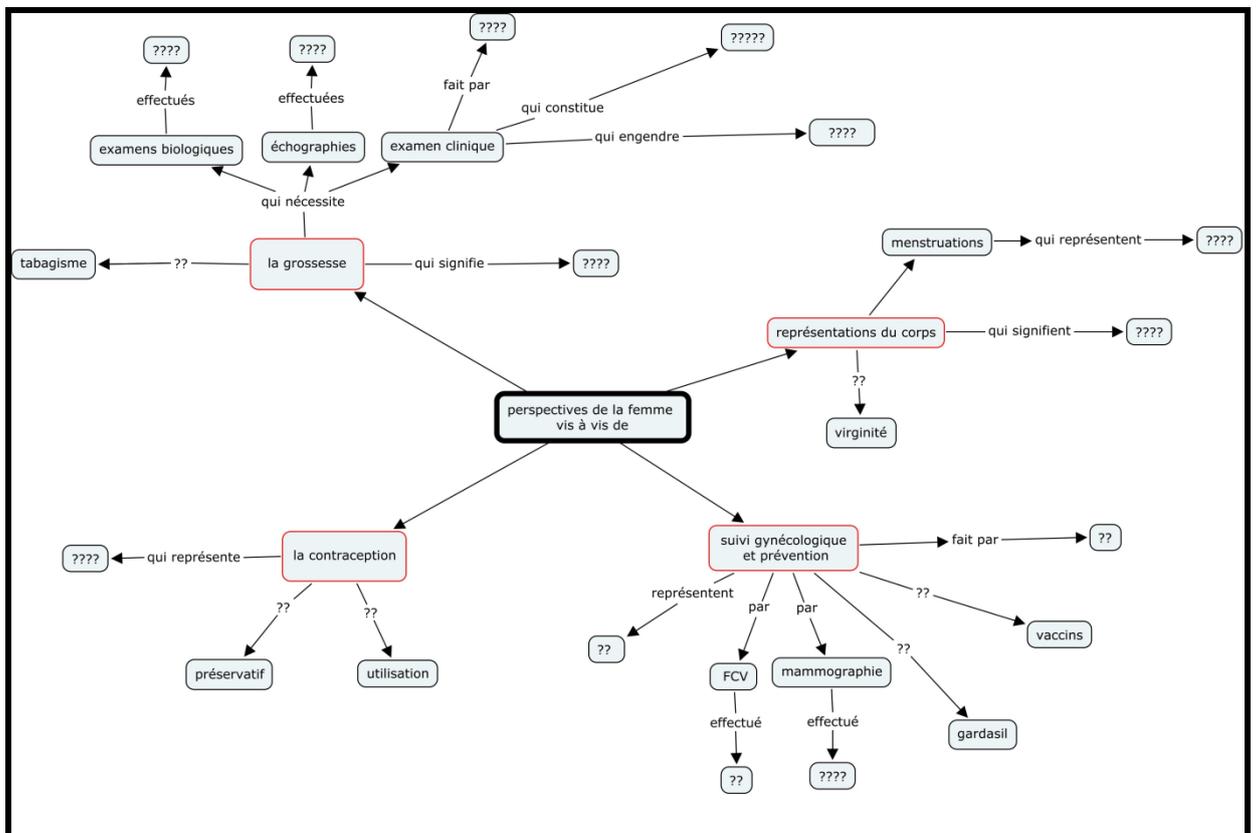
Résultats

Nous avons d'abord effectué une analyse entretien par entretien, par l'intermédiaire de la schématisation de chaque interview par une carte conceptuelle.

Puis, nous avons pris le parti de présenter les résultats de cette étude sous forme thématique dans un souci de clarté et de simplicité. Ainsi, les résultats sont présentés en six parties correspondant à l'organisation globale du guide d'entretien. Les résultats de l'enquête qualitative ont été enrichis par le travail d'un atelier sur les thèmes « contraception, maternité, prévention » lors d'une formation croisée avec des professionnels de santé et des Tsiganes.

1. Analyse par entretien : les cartes conceptuelles

Un modèle commun est utilisé pour créer les cartes conceptuelles des 24 entretiens. Il se base sur les quatre grands axes de l'étude : la grossesse, les représentations du corps, la contraception et la prévention par l'intermédiaire du suivi gynécologique.



Les vingt-quatre cartes conceptuelles ont été mises en annexe de ce travail (annexe 7).

2. Analyse thématique

2.1 Données générales

2.1.1 Organisation de l'étude

Les entretiens avec l'ARTAG, association basée à Lyon, se sont déroulés pour la plupart sur les terrains.

Avec la Sasson sur Chambéry et Albertville, après une première rencontre sur les aires d'accueil, les rendez-vous individuels avec les femmes étaient fixés dans une salle de l'association. Ceci a été rendu possible par la relative proximité entre l'aire d'accueil et les locaux de l'association.

Sur Annecy, l'ALAP nous a permis de rencontrer des itinérantes directement sur les terrains. Compte tenu de leur nomadisme, aucune préparation initiale en amont avec présentation du projet par un intervenant n'a été effectuée.

Suite à l'effet « boule de neige » et à la rencontre de professionnels de santé soignant cette population, nous avons pu interroger trois autres femmes tsiganes.

A plusieurs reprises, malgré une prise de rendez-vous et l'accord de la femme, l'entretien n'a pas eu lieu, soit parce qu'il avait été annulé à la dernière minute, soit parce qu'il n'y avait personne sur place.

2.1.2 Importance de l'introduction par une tierce personne de confiance

Vingt-quatre femmes tsiganes ont été interrogées. En réalité un vingt-cinquième entretien avait été entamé spontanément entre deux entretiens programmés. Une femme curieuse de l'entretien passé par sa voisine est venue commencer l'interview. Elle n'avait pas été introduite par l'association. L'entretien a duré deux minutes et n'a pas fonctionné : après la présentation du projet et les deux premières questions, la femme a interrompu le dialogue « ça ne m'intéresse pas ». Nous ne l'avons pas comptabilisé dans l'analyse, mais notons cependant cet évènement.

Le mot confiance est un terme employé à de nombreuses reprises par les femmes. Par exemple, le « bon médecin » est celui dans lequel elles ont confiance et celui qui les comprendra, qui les écoutera et qui leur expliquera clairement leur pathologie. La connaissance scientifique n'est pas un critère évoqué :

F1 « *Et il écoute, c'est un docteur qui écoute bien. Il a compris qui j'étais, ce que je comprenais et ce que je ne comprenais pas. Il m'a bien prise en charge, il a vu que j'avais peur et que j'étais stressée, il m'a tranquilisée... »*

2.1.3 Les interférences

La présence ou l'arrivée d'une tierce personne pouvait mettre fin à la conversation ou faire dévier le sujet, notamment la présence d'enfants ou plus radicalement l'arrivée des hommes.

A trois reprises, la survenue d'un enfant ou d'une jeune fille a interrompu la discussion (F9, F10, F7). La femme fermait alors la porte de la caravane pour éviter d'être à nouveau dérangée :

F23 : « *Devant les enfants, on ne parle pas de contraception. »*

F10 : « *On ne parle pas de ça devant les enfants ou les jeunes filles, ça ne se fait pas »*

L'arrivée ou la présence des hommes stoppait également la suite de l'entretien (F7, F13). Un des entretiens n'a pu aboutir, malgré les rendez-vous fixés auparavant, à cause d'une météo pluvieuse et donc de la présence de l'homme dans la caravane.

F19 : « *Si un après-midi les hommes sont partis travailler, on peut se retrouver entre femmes pour en parler. Mais si les hommes sont dans les parages alors là non »*

L'entretien directement sur le terrain ou dans les caravanes avait l'avantage d'enrichir l'observation. En outre la femme, plus à l'aise au sein de son environnement, parlait plus librement. A contrario, ces entretiens étaient très souvent interrompus par l'arrivée des enfants, du mari, d'une voisine ou d'une cousine curieuse de la présence de l'enquêteur, ou d'un événement sur le terrain (F7). Les entretiens réalisés dans les locaux de l'association, avaient l'inconvénient d'être moins spontanés. Le climat de confiance instauré par l'environnement de la femme semble a posteriori plus propice.

Formation croisée :

Lors de la formation croisée, l'atelier sur le thème « contraception, maternité, prévention » n'était constitué que de femmes tant du côté des professionnels que de celui des Gens du Voyage. Les deux femmes tsiganes ont apprécié l'absence d'homme en tant que participant. Elles pouvaient discuter sereinement et librement. D'ailleurs au

cours de l'atelier, un des formateurs (de sexe masculin) est entré dans la salle pour vérifier que l'atelier se déroulait correctement. Dès que sa présence fut remarquée, la discussion s'est trouvée perturbée et elle n'a pu reprendre sa vitalité qu'à la sortie de celui-ci.

Lors de la retranscription à la séance plénière, deux femmes devaient présenter au reste du groupe le travail effectué. Les femmes tsiganes ne voulaient pas être les interlocutrices car la présence d'hommes dans la salle les gênait.

2.1.4 L'enregistrement

Sept femmes ont refusé d'être enregistrées. Et la plupart d'entre elles ont accepté l'enregistrement par dictaphone à condition d'effacer l'entretien après analyse de celui-ci, sans retranscription écrite intégrale dans le travail final pour éviter d'être reconnues.

La prise de notes semblait cependant, à l'inverse de l'enregistrement, mettre un frein à la fluidité de l'échange et instaurait une barrière. Ces entretiens étaient moins spontanés et la perte de données était évidente, compte tenu également d'une difficulté de l'enquêteur de se concentrer sur le dialogue et sur l'observation.

2.1.5 Caractéristiques socioculturelles de l'échantillon :

Tableau 1

	Âge	Situation familiale	Mode de vie	Nombre d'enfants	Lieu de l'entretien
F1	48	mariée	S-S	3	T
F2	43	mariée	S	3	T
F3	28	mariée	S-S	2*enceinte	A
F4	50	mariée	S	4	A
F5	30	divorcée	S	1	A
F6	40	divorcée	S	2	A
F7	39	divorcée	I	3	T
F8	48	mariée	S	5	A
F9	25	mariée	S	3	T
F10	31	mariée	I	4	T
F11	21	mariée	I	2	T
F12	28	mariée	I	5	T
F13	65	mariée	S-S	5	T
F14	39	mariée	S-S	4	T
F15	39	mariée	I	4	T
F16	40	mariée	I	0	T
F17	26	mariée	I	2	T
F18	27	mariée	I	4	T
F19	25	célibataire	S	0*enceinte	T
F20	53	mariée	I	3	A
F21	75	divorcée	S	1	T
F22	40	mariée	S	2	A
F23	25	mariée	I	1*enceinte	A
F24	28	mariée	S	3*enceinte	T

S = sédentaire ; S-S = semi-sédentaire ; I = itinérante

T = terrain ; A = local de l'association

Nous n'avons pas inséré directement les sous-groupes communautaires dans le tableau ci-dessus, compte tenu d'une absence de différence notable entre eux pour ce sujet lors de cette étude, et permettant ainsi de préserver un maximum l'anonymat.

Tableau 2 : Nombre de femmes interrogées en fonction de leur sous-groupe communautaire

Sous-groupe communautaire	Nombre de femmes interrogées
Rom	5
Manouche	5
Gitan	4
Sinté	1
Yéniche	4
Manouche / Gitan	2
Yéniche / Gitan	1
Gitan / Gadjé	1
Non connu par la femme	1

Les femmes avaient entre 21 ans et 75 ans et toutes étaient ou avaient été en âge de procréer. Aucune jeune fille non mariée en âge de procréer n'a pu être interrogée malgré plusieurs sollicitations de l'interviewer, que ce soit à la mère de famille, ou bien à la jeune fille elle-même lors d'un passage opportun dans la caravane au cours d'un entretien. Mais la réponse reçue de la part de la mère, était que cela ne concernait pas sa fille puisqu'elle n'était pas mariée.

Vingt femmes bénéficiaient de la CMU. Deux autres n'avaient pas leur papier de CMU à jour (F17 et 22).

F7 attendaient la régularisation de ses papiers de CMU pour se faire soigner « *Non j'ai pas fait ma prise de sang car j'ai pas encore la CMU* ».

F19 et F2 avaient un emploi fixe et adhéraient à une mutuelle.

2.1.6 Le mariage

Toutes les femmes étaient ou avaient été mariées excepté F19. En sachant que F19 est la seule des femmes d'origine tzigane par son père et gadjé par sa mère.

F19 : *« Je vois la plupart de mes cousins sont mariés entre eux. »*

F12 : *« Nous, Gens du Voyage, enfin ça dépend desquels, on est vierge jusqu'au mariage. On sort ensemble, puis on part une semaine, on se fait un voyage et on revient et on fait une fête. On se marie pas à la mairie. »*

F19 : *« Moi, je sais que toutes mes cousines elles se sont mariées entre 16 et 17ans et maintenant elles ont entre 19 et 20 ans. »*

F23 : *« On dit qu'on est marié mais en fait c'est du concubinage. Ils partent en douce et quand ils reviennent ils sont mariés. »*

F6 : *« Ben j'étais marié à 16 ans. »*

2.1.7 Qui s'occupe de la santé ?

La santé semble en général être sous la responsabilité des femmes dans la communauté des Gens du Voyage.

F3 : *« C'est moi, c'est tout moi, lui il est au courant de rien, lui il saurait même pas faire un papier »*

F21 : *« C'est pour ça qu'on dit toujours : le meilleur des docteurs c'est la maman ! »*

Cependant même si la démarche et la prise en charge des soins sont effectuées par la femme, la décision semble tout de même supervisée par l'homme.

F19 : *« C'est la femme qui s'en occupe, mais elle demande l'autorisation au mari avant de prendre la décision. Parce que ça c'est une obligation. »*

F19 : *« Et c'est ce que je dis tout le temps : il faut l'autorisation du mari. »*

Tout se vit en groupe, en famille élargie et la santé est affaire de tous.

F3 : *« (...) à ma mère, à ma sœur, à une autre sœur, à l'autre sur la place, à tout le monde !! (...) On va voir la personne qui a déjà eu le problème. »*

F22 : « *Si je suis malade je verrai avec ma mère, si j'ai un problème gynéco avec mes sœurs, car c'est plus dur d'en parler aux parents. Si c'est mes enfants c'est moi qui m'en occupe.* »

2.2 La grossesse

2.2.1 Les représentations de la grossesse

La grossesse est un état naturel qui ne modifie pas le déroulement de la journée de la femme tzigane :

F21 : « *Non c'était normal d'être enceinte, c'était pas une maladie.* »

F3 : « *On est là pour avoir des enfants.* »

F3 : « *C'est important c'est la famille... après c'est plus pour de vrai !* »

F6 : « *Ben je pense parce que quand on a un enfant on est respecté par les adultes. On passe de l'enfance à la femme.* »

F6 : « *C'est terrible on oublie le mari on rentre dans le monde adulte, on est plus jeune fille, on est maman, donc c'est autre chose. Après elle ne peut plus se promener sans souci, elle a plein de soucis, elle a plus la même vie c'est plus pareil.* »

C'est un moment important pour la femme tzigane. Les entretiens ont commencé pour la plupart par le vécu des grossesses. Ce thème permettait d'instaurer un climat de confiance primordial pour le bon fonctionnement de l'entretien.

2.2.2 Les représentations de l'enfant

L'enfant est un évènement naturel dans la vie d'une femme :

F21 : « *Les enfants viennent et puis c'est tout, un enfant c'est que du bonheur.* »

F12 : « *C'est très important* »

F6 : « *Holala c'est toute la vie !* »

F21 : « *Non, le premier il est comme le dernier.* »

L'enfant permet à la femme d'obtenir un statut. Le mariage n'a sa place et sa valeur qu'autour de l'enfant.

F3 : « *Après c'est plus pour de vrai, tu fais plus partie de la famille d'un côté et de l'autre parce qu'il y a le petit. Nous on se marie c'est pour avoir des enfants, c'est pas pour faire semblant.* »

F11 : « *La grossesse : le mariage ça sert à ça !* »

F19 : « *Le 1^{er} enfant vient dans les mois après le mariage en général.* »

F6 : « *Ben je pense parce que quand on a un enfant on est respecté par les adultes. On passe de l'enfance à la femme.* »

L'enfant est précieux et très attendu. Il passera toujours en premier concernant les soins.

F20 : « *Pour moi je suis négligente mais pas pour les petits.* »

F20 : « *(...) la petite oui parce que les enfants ça passe avant tout* »

La femme n'ira pas spontanément se faire soigner ou réaliser des visites de contrôle sauf si l'occasion se présente en surplus d'une consultation pour un des ses enfants ou si elle est enceinte (car cela concerne un futur bébé).

F6 ira faire son examen gynécologique seulement si l'occasion se présente d'aller chez le médecin pour soigner son petit fils : « *Ben oui si j'emmène ma fille pour consulter son bébé à ce moment là j'irai* ».

2.2.3 Nombre d'enfants

Toutes les femmes rencontrées avaient eu des enfants excepté deux femmes :

F16 qui a divorcé au bout de quatre mois. Un nouveau mariage ne semble pas possible.

F19 qui n'a pas encore d'enfant malgré ses 25 ans. Elle est la seule des femmes interrogées à ne pas vouloir suivre le mode de vie « *gitan* » de son père. Sa mère est Gadjé. Elle vit en appartement. Son père critique son mode de vie. Elle se sent mise un peu à l'écart de son groupe familial d'origine gitane. Elle est actuellement enceinte mais non mariée ce qui accentue les reproches de sa famille tsigane lors de ses visites sur le terrain. Pour autant elle garde un contact régulier avec sa famille.

Dans cette étude, les femmes avaient en moyenne 2.79 enfants. Bien entendu, on ne retiendra ce chiffre qu'à titre indicatif et descriptif de l'échantillon étudié, il n'a aucune valeur statistique. Il faut noter que dix femmes avaient moins de 31 ans, que la plupart

étaient encore en âge de procréer et que quatre des femmes étaient enceintes (F3, F19, F24, F23).

Cependant, les femmes soulignent que les nouvelles générations limitent volontairement les naissances :

F21 : « (...)trois, quatre enfants c'est tout, avant c'était 11 »

F19 : « Ça dépend, généralement deux, ma tante elle en a eu neuf l'autre dix ; ça dépend des familles »

F19 : « Oui, parce qu'on voit les femmes à l'heure actuelle, au lieu d'en avoir neuf gamins avec chacun un an d'écart, maintenant les femmes elles ont trois gamins séparées de trois à quatre ans. Donc maintenant on voit que ça commence à changer. »

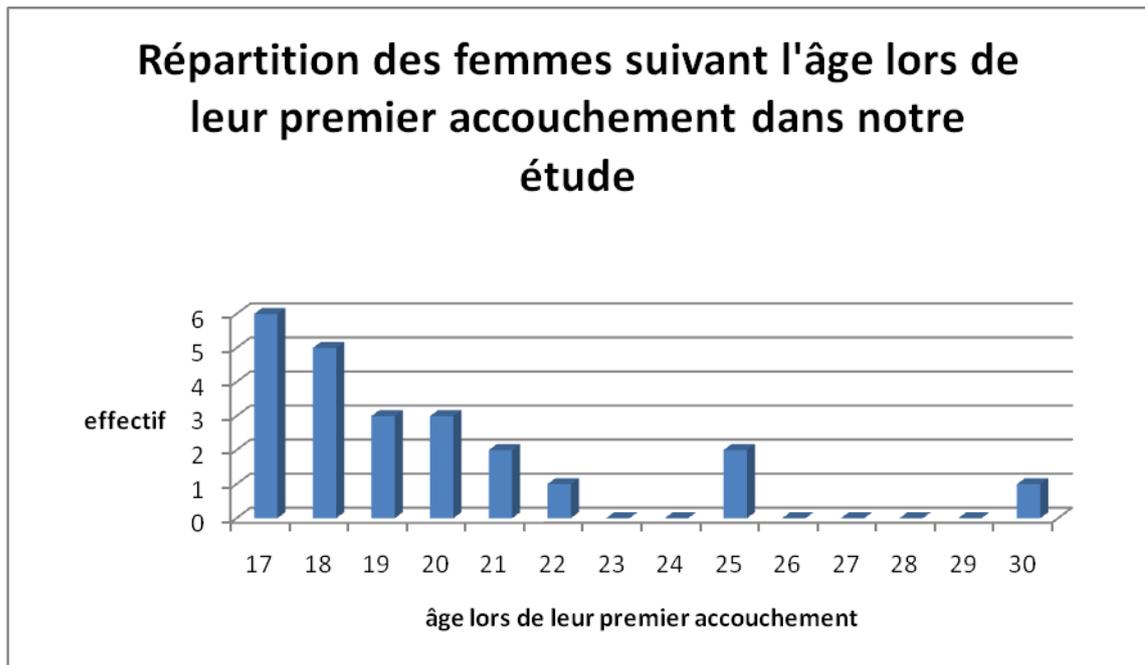
Dans cette étude, les femmes ayant moins de trois enfants étaient, soit encore en âge de procréer et en désir d'enfants, soit séparées de leur conjoint, excepté pour F22.

La limitation des grossesses dans ces cas paraît être liée plus à une séparation qu'à un réel choix de contrôle des naissances.

Les autres femmes avaient au moins trois enfants. Parmi les femmes interrogées le nombre maximum d'enfants était de cinq (F12, F13 et F8).

2.2.4 Age du premier accouchement

On constate que la plupart des femmes ont leur premier enfant entre 17 et 20 ans. Six femmes ont accouché de leur premier enfant avant 21 ans. Dans un souci de clarté nous avons réalisé ce graphique concernant les femmes de l'étude. L'âge de la première grossesse s'avère jeune.



2.2.5 Le suivi obstétrical

2.2.5.1 Les examens complémentaires : échographies et biologie

L'échographie a quelque chose de magique. La plupart des femmes sont généralement en demande d'examens et tout particulièrement de l'échographie.

F3 : « *Les échographies oui, quatre ou cinq* » « (...) *plutôt les échographies.* »

F12 : « *Les échographies moi j'en faisais tous les mois, ou deux mois.* »

Malgré le voyage, le suivi obstétrical reste important :

F12 : « *Même si on bouge quand on arrive sur une place j'allais vite prendre les rendez-vous au cabinet de radiologie, faire les prises de sang tous les mois, les visites.* »

(...) I : « *Tous les mois ?* » F12 : « *Oui, ah pour ça !* »

F19 : « *Quand on bouge beaucoup et qu'on est enceinte et bien ce n'est pas facile en fait. Mais elles y arrivent, c'est accepté.* »

2.2.5.2 L'examen gynécologique

Elles préféreraient, par contre, éviter l'examen gynécologique, qu'elles appréhendent et qui demeure une effraction à leur intimité. La représentation du corps reste floue et la méconnaissance accentue la crainte de l'examen clinique :

F3 : « *Les examens car j'aime bien mais à l'intérieur, j'aime pas* »

F3 : « *J'y vais que quand c'est obligatoire.* » « *Ça j'y vais pas hors les grossesses* »

2.2.6 La prévention autour de la grossesse

L'expérience de la mère, de la belle mère, de la femme plus âgée a parfois autant de poids que le savoir médical :

F19 : « *Mes cousines me disent : nos mères elles ont fumé pendant des années et on n'est pas mortes.* »

Les soins en l'absence de maladie ne semblent pas judicieux aux yeux des femmes et sont souvent incompris, de même que la médicalisation d'un évènement naturel.

F21 : « *Non c'était normal d'être enceinte, c'était pas une maladie* »

F21 : « *Mais vous savez, quand une catastrophe elle doit arriver ben elle arrive même avec les échographies.* »

Plusieurs femmes déclarent avoir subi des accouchements prématurés ou des fausses couches.

F12 : « *C'est tous des prématurés.* »

F4 : « *Tous prématurés sauf K.* »

F7 : « *J'ai fait sept fausses couches.* »

F3 : « *C'est le troisième mais j'ai fait cinq grossesses.* »

2.2.7 Le séjour à l'hôpital

Pour sept d'entre elles, le séjour hospitalier a été raccourci par une sortie contre avis médical au cours d'une de leur grossesse.

F5 : « *j'ai eu mon fils à 19h45 et le lendemain je suis sortie.* »

Les motifs évoqués sont la présence d'enfants malades à domicile (F4, F1, F10), des tensions à la maternité et un manque de confiance (F5, F1, F20), un temps d'hospitalisation trop long et inutile (F18), ou d'autres raisons personnelles (F11, F5) :

F4 : « *Si une fois avec k. parce que j'avais pas le choix, parce que mes petits ils étaient malades, j'ai accouché dans la nuit du vendredi au samedi et je suis sortie le lundi.* »

F18 « *Si c'est pour prendre des cachets par la bouche je peux le faire chez moi.* »

Cependant la plupart des femmes accordent une importance à ce temps post natal hospitalier :

F22 : « *Il faut que le bébé aille bien et moi aussi.* »

Les femmes ne sont pas en totale sérénité au cours de ces hospitalisations, craignant des effractions à leur intimité, lors de la présence de visiteurs masculins :

F20 : « *Par exemple les femmes qui viennent d'avoir un bébé, les hommes ils savent que les infirmières rentrent et qu'elles demandent : « vous avez besoin de ci, vous avez besoin de ça ». Ils voient le bébé et après ils ne vont plus à l'hôpital pour pas gêner la mère parce qu'ils savent que les infirmières vont venir et dire les choses, qu'elle va avoir honte, donc ils vont venir voir le bébé une fois, puis plus personne ne vient. Le père ou le grand père de la fille, sinon personne. Mais les autres non, ils attendent que la femme revienne pour voir le bébé. Parce qu'une fois chez nous on parle de plus rien.* »

F12 : « *Quand il y a les hommes ne pas expliquer l'accouchement...on a eu des points... de ne pas parler de chose en rapport avec la femme.* »

Le suivi de grossesse et l'accouchement se font en général sans le père de l'enfant attendu, mais sous le regard bienveillant de la mère de la femme enceinte ou de sa belle mère.

CF : « *Le suivi de grossesse et l'accouchement sans les papas.* »

Deux femmes signalent des difficultés lors de leur séjour hospitalier à la maternité liées à une incompréhension de la situation et à l'absence de dialogue.

F5 : « *Ils avaient prévu la césarienne le 29, j'étais à terme le 22. Ils ont prévu la césarienne presque une semaine après la date de mon terme, et il a fallu que mon frère... j'avais des contractions mais comme je n'avais pas de passage. Ce qui fait que le travail se faisait pas. J'avais des bonnes contractions mais il y a rien du tout qui se faisait. Et au niveau du docteur qui me suivait il voulait attendre pour voir... mais on*

n'attend pas une semaine. Il a fallu que mon frère le menace... c'est la vérité et ils m'ont fait la césarienne. C'est un interne qui m'a fait la césarienne sans qu'il y ait de docteur. »

F5 : « Et ça on comprend pas nous, on en parle souvent. On est très gentil. Là dernièrement le dernier accouchement qu'on a eu chez nous, c'est ma petite cousine. Elle a souffert parce qu'elle a été déchiquetée. Ben j'ai ma tante qui n'a rien dit jusqu'au dernier moment, c'est dire comme elle a été calme. Parce que c'est une femme d'habitude qui s'énerve très vite et on peut rien lui dire d'habitude. Là je sais pas si elle avait peur pour sa fille ou pour le petit bébé mais elle a rien dit. C'est nous, c'est tellement que nous on lui a dit, qu'elle a crié. ...De plus on est gentil, nous on ressent les choses comme ça, plus qu'on va s'abaisser, plus qu'on va rien nous dire. Quand on crie on nous dit plus de choses. »

2.2.8 L'interruption volontaire de grossesse

L'interruption de grossesse était un sujet délicat à aborder. Le sujet reste tabou ou peu accepté, donc caché :

F12 : « Enlever un bébé, chez nous c'est rare. »

F19 : « C'est pas trop accepté comme partout je pense. »

F6 : « Les IVG chez les Voyageuses je ne sais pas y en a qu'ils font mais ils en parlent pas ; ça se fait seulement s'il y a des problèmes, si l'enfant n'est pas normal et là c'est pas pareil. »

F12 : « J'ai tombé enceinte après sans le vouloir. Moi je ne voulais pas le garder. Mon mari voulait pas, il a dit « on va avoir des problèmes » et du coup j'ai eu encore un bébé(...) c'était un accident lors d'un changement de pilule, et moi je ne voulais pas parce que c'était rapproché. Et puis mon mari il ne voulait pas il me disait « si on l'enlève, on risque de ne plus en avoir, tout ça, c'est pas bien tout ça » du coup ça fait que le l'ai gardé. Si c'est pour l'enlever et en faire un l'année prochaine ou 2 ans après autant qu'il est là. »

F7 : « L'avortement chez nous ça se fait pas, moi je suis chrétienne de par ma religion je n'ai pas droit de prendre une vie. »

La religion est souvent évoquée comme interdisant cet acte.

F20 : « *Y en a qui le font mais nous on ne veut pas, on est croyant : nous il est là il est là. »*

Huit femmes déclarent avoir subi au moins une fois une IVG.

F24 : « *Moi je suis évangéliste aussi et c'est vrai que c'est pas accepté. Devant Dieu on n'a pas droit de faire ça, faire partir des enfants mais moi j'étais obligée, c'était compliqué j'avais pas le choix et donc c'est vrai que j'ai prié, j'ai demandé à Dieu et j'ai demandé pardon à Dieu de l'avoir fait partir, parce que je ne pouvais pas, ça faisait trop. »*

F23 : « *Oui ça se fait. En fait chez les Voyageuses, il y a que le mari qui est au courant, c'est caché. Mes tantes elles se sont fait avorter.»*

I : « *T'en as parlé à ton mari ?* » F22 : « *Non pas trop ce n'est pas que c'est un peu difficile c'est que ça nous vient pas, on en cause pas de cette chose, on en parle pas de ces choses. »*

2.2.9 La contraception avant grossesse

2.2.9.1 Un enfant avant tout

Seulement trois femmes ont pris une contraception avant leur première grossesse : F19, F14 et F9. La première contraception n'est envisagée qu'après le premier enfant. Même si la plupart des femmes ne voient pas d'inconvénient à la prise d'une contraception dès le mariage, peu d'entre elles utilisent cette possibilité, et une naissance est le prolongement naturel du mariage tsigane. (F19, F14, F9)

F23 : « *J'me suis mariée en janvier et je suis tombé enceinte en février. »*

F12 : « *J'me suis mariée à 17 ans et demi, et à 18 ans j'ai eu mon bébé.»(...) Il y en a qui prennent la pilule, des trucs comme ça pour profiter un peu, ils trouvent qu'ils sont jeunes, mais moi je ne sais pas, je me suis dis je suis en ménage, on est ensemble, profiter comme ça non, on veut un bébé ! »*

F22 : « *Ça faisait un an que j'étais mariée le temps de porter un bébé »*

F6 : « *Ben non, je ne me suis pas posé la question, quand je me suis mariée, si il y avait un enfant c'était bien. »*

I : « *Et le premier enfant ?* » F19 : « *Dans les mois après le mariage en général. »*

2.2.9.2 Craintes, et croyances

Le couple tzigane se construit autour de l'enfant. C'est par son arrivée qu'il prend sens, notamment aux yeux de la famille. C'est pourquoi la naissance du premier enfant va de pair avec le mariage. Le fait d'avoir pris une contraception avant, peut perturber le corps de la femme. Le besoin d'être rassuré sur la fertilité de la femme est essentiel pour l'équilibre du couple.

F20 : « *Avant les plus vieilles que nous avaient peur que la petite elle n'ait pas d'enfant. (...) Mais avant ils disaient non, non, non faut rien prendre parce que si tu peux pas avoir d'enfants, on ne sait pas..., après... pour le moment tu prends rien. »*

2.3 La contraception

2.3.1 Utilisée ou refusée ?

Dix huit femmes trouvent que la contraception est un progrès.

Il semble que malgré l'importance de l'enfant, la possibilité de gérer le nombre de grossesses a permis une amélioration de la qualité de vie et de santé des femmes :

F22 : « *Heureusement ! Avant on enchaînait les grossesses c'était horrible. »*

F9 : « *(...) sinon on aurait des enfants tout le temps. »*

F19 : « *La contraception c'est un progrès. Les femmes quand elles ont accouché elles essayent d'en parler à leur mari pour en prendre une, pour pas avoir des enfants tout le temps. Oui parce qu'on voit les femmes à l'heure actuelle, au lieu d'en avoir neuf gamins avec chacun un an d'écart, maintenant les femmes elles ont trois gamins séparés de trois à quatre ans. Donc maintenant on voit que ça commence à changer. »*

F24 : « *Non c'est bien ce qu'ils ont fait avant elles avaient des enfants toutes les minutes. »*

F12 : « *Après ma fille la première, une fois que j'ai accouché, il fallait que je me protège je ne voulais pas un autre tout de suite. »*

Le critère économique entre aussi en compte :

F21 : « *Avant on mettait deux pommes de terre en plus, dans la soupe et c'était bon, maintenant c'est plus pareil, maintenant les grosses familles, y en n'a plus, parce que la vie est dure faut les habiller...* »

« *Y en a qui disent « mais ils touchent les allocations ! » Mais les allocations ça fait pas tout : pour nourrir quatre gosses et habiller quatre gosses et leur donner une instruction et ben tu sais les allocations ça suffit pas.* »

F20 « *Si c'est bien ! Je suis pas pour les grandes familles j'suis pour deux ou trois. Moi ce que je pense c'est déjà aux enfants car il faut les aider. C'est facile de faire des petits, mais c'est pas facile de les aider. Si c'est pour les avoir l'un avec une pantoufle l'autre avec une basket, alors qu'avec deux ou trois on peut les aider, parce qu'il y a pas beaucoup de travail.* »

2.3.2 Encore des réticences :

Quatre femmes de l'étude refusent la contraception (F3, F13, F14 et F23). Une jeune femme de 28 ans (F3) affirme : « *J'ai jamais rien pris de ma vie. J'prends pas... on prend pas et on tombe même pas enceinte.* »

F3 : « *Non jamais de contraception, parce que c'est comme ça, je sais pas, c'est naturel.* » (...) « *Nous on est restée dans le temps d'avant, c'est vraiment pas un plus. Moi je sais que de ma vie je n'en prendrais pas, on est là pour avoir des enfants* ».

CF : « *Refus du cachet des Gadjé* »

F13 et F23 pensent que les contraceptifs n'ont pas d'intérêt.

F23 : « *La contraception moi ça me manquerait pas, si ça aide des femmes, mais pour moi non.* »

F14 a déjà utilisé des contraceptifs, mais remet en cause son intérêt.

L'expérience malheureuse d'une d'entre elles avec un des moyens contraceptifs influence le reste des femmes :

F23 : « *Tranquille, tranquille, c'est vite dit ! Ma cousine elle est tombée enceinte avec un stérilet. »*

La pilule est le contraceptif de loin le plus utilisé, mais sa prise régulière semble poser problème. (CF)

La contraception tout comme la grossesse est l'affaire des femmes :

CF : « *La contraception, c'est pas le souci de l'homme. »*

Néanmoins, l'accord du mari demeure obligatoire.

CF : « *Il faut l'accord du mari pour la contraception. »*

2.3.3 Des peurs :

2.3.3.1 Liées aux contraceptifs

Les contraceptifs intracorporels font peur, notamment le stérilet. Néanmoins quatre femmes l'utilisaient.

F6 : « *Le stérilet : Non, mais j'avais pas envie j'avais un peu peur. »*

F3 : « *j'ai trop peur que ça reste coincé dans toi... où....je sais pas. »*

Le stérilet et l'implant restent assimilés à des corps étrangers. (CF)

2.3.3.2 Liées à une image abstraite du corps

La connaissance du corps et tout particulièrement des organes génitaux demeure abstraite. La représentation du corps est difficile et engendre donc une inquiétude, des craintes, une incompréhension.

F3 : « *La pilule, le truc dans le bras, le truc qu'on met dans le ventre. »*

F23 : « *Le stérilet ça me répugne ! Parce qu'il me semble d'avoir ça à l'intérieur. L'examen gynéco déjà je crains en plus.»*

F7 : « *Il y a le stérilet mais j'ai peur... parce que ça fait longtemps mais il s'est perdu dans une femme de chez nous. »*

F7 : « *Je préfère prendre la pilule que de prendre ça ; ça se perd, je sais pas, dans mon corps. »*

F7 : « C'est quoi ça ? Ah, le stérilet dans le bras ? »

F10 : « la pilule dans le bras(...) »

F3 : « Le préservatif je ne l'ai jamais utilisé. Jamais j'ai trop peur que ça reste coincé dans toi, où ? Je sais pas... »

F3 « Moi tout ce qui est là dedans j'aime pas, j'aime pas toucher, machiner... tout ce qui est là dedans ça me gêne. »

2.3.4 Des croyances

L'absence de régularité des règles inquiète, interroge.

F22 : « Moi j'ai un stérilet et j'ai le ventre qui gonfle... »

F12 : « j'ai le stérilet depuis novembre et j'ai eu mes règles qu'une fois, c'est normal ? ...c'est pénible. Des fois je ne me sens pas bien, je me sens un peu ballonnée, un peu gonflée... et là par exemple je ne me sens pas bien. »

2.3.5 Après une première grossesse

La première prise de contraceptifs est le plus souvent prescrite par la maternité.

F19 : « Ben maintenant on a quand même plus d'information qu'avant au niveau de la contraception. Les femmes savent déjà plus ce qui se passe. »

F19 : « Au premier enfant à la maternité, on leur explique déjà beaucoup de choses qu'on leur parlait pas forcément avant. Souvent la première contraception, c'est après le premier enfant. »

F6 : « Ben c'est la clinique qui m'a donné. »

I : « Votre première contraception ? » F24 : « c'est en sortant de la maternité. »

2.3.6 Une absence de prévention ?

D'après F21, les femmes tsiganes ont toujours essayé de limiter les naissances avec leurs moyens :

F20 : « Mon dieu y avait rien ! Et la femme qui avait du retard et qui faisait tout ce qu'elle pouvait pour pas le garder. Elle allait prendre de l'aspirine ou elle se faisait un

bain de pied à la moutarde bien chaud. Ça faisait venir le retard et voilà c'était ça la contraception. »

2.3.7 La contraception : avant le premier enfant ?

La contraception est acceptée et largement utilisée chez les femmes mariées. Avant le mariage, l'importance de la virginité et les tabous sont des obstacles à son utilisation.

F19 : *« La contraception c'est acceptée, mais comme je vous dis c'est vachement tabou, on en parle pas à nos parents. C'est à toi de te débrouiller pour trouver un système. C'est soit tu vas au centre de planification et t'arrives à trouver quelqu'un pour lui en parler, sans que ta mère sache que tu y es allée ou alors t'essaie d'en parler à tes cousines avec les plus grandes qui ont eu des enfants. »*

F19 : *« Le préservatif, c'est la seule chose entre guillemets qu'ils arrivent bien à connaître car quand on va à l'école ils nous apprennent ça au collège donc c'est la priorité car c'est ce qui coûte le moins cher et c'est la seule chose qui comme ils disent ils peuvent plus le cacher. La caravane ce n'est pas comme une maison. Car la pilule on a du mal à la cacher dans les tiroirs. Quand maman fait le ménage elle a vite fait de trouver. Donc le préservatif c'est utilisé une fois et après c'est jeté, on n'en parle plus ; enfin je sais que c'est ce qu'elles disent, c'est plus pratique. »*

2.3.8 Le préservatif

A la question *« quel moyen de contraception connaissez-vous ? »*, seulement trois femmes citent spontanément le préservatif.

Toutes le connaissent et approuvent : *« ah oui, ça ! »* (F...) après citation de celui-ci par l'enquêteur.

Seulement 3 affirment l'avoir déjà utilisé. La plupart ont des doutes sur l'acceptation de ce type de contraceptif par leur mari.

F23 : *« Alors là je ne pourrais pas trop vous répondre, je pense que non. »*

Ce moyen contraceptif est également associé à la honte, au déshonneur :

CF : *« le préservatif quelle honte ! »*

On lui reproche d'enlever une part de la virilité de leur mari (CF).

Il est reconnu que l'homme peut avoir des relations sexuelles avant le mariage. Le préservatif est accepté par la communauté pour l'homme avant le mariage par la communauté et utilisé :

F20 : « *Ah j'en ai déjà vu dans les poches de mon petit je fais comme si je n'avais rien vu.* »

L'association du préservatif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) augmente le rejet de ce principe contraceptif.

F7 : « *Non chez nous non, c'est pas accepté car chez nous il n'y a pas ça, il n'y a pas de SIDA, les femmes sont vierges* »

Cependant certaines femmes expriment une angoisse et un doute :

F22 : « *Moi la première fois, j'étais jeune, j'avais peur, j'étais tétanisée. Nous, on n'entendait pas ces choses : se protéger... oui ça passe à la télé maintenant on voit aussi qu'il y a des Gens du Voyage qui ont été malades. Je ne citerai pas les noms mais j'ai connu.* »

L'homme représente la barrière à l'acceptation de ce moyen de contraception. Le « *ils* » renvoie aux hommes de la communauté. L'obligation de virginité des jeunes femmes célibataires induit l'inutilité de cette contraception.

F7 : « *ils acceptent pas chez nous.* »

F3 : « *De toutes façons je n'ai eu qu'un seul homme dans ma vie : mon mari !* »

F19 qui s'est marginalisée par rapport à la communauté tzigane en voulant vivre comme sa mère Gadjé, garde une position de confidente auprès des jeunes de la communauté, à cause même de sa situation marginale. D'après elle, le préservatif est en théorie non accepté, mais reste en pratique, le moyen le plus simple à utiliser pour les adolescents tziganes au-delà des tabous.

F19 : « *Le préservatif est utilisé, moi je sais que la plupart de mes cousins cousines utilisent ça car ils ont tous 15-16 ans ils ont déjà une vie bien remplie, on va dire, quand je parle avec eux. Parce qu'avec moi ils parlent, il n'y a pas de problème. Normalement c'est tabou aussi, on est censé rester vierge jusqu'au mariage, mais bon, les traditions se perdent aussi, faut pas se leurrer. C'est vrai que j'en parle aussi avec*

elles, mais avec eux aussi. Le fait que je suis un peu à l'écart de la communauté c'est plus facile. »

2.3.9 La stérilisation féminine

La stérilisation féminine est évoquée à plusieurs reprises par les femmes. Cette possibilité s'avère utilisée de façon non négligeable par la communauté. Il apparaît qu'elle soit proposée à la suite de grossesses rapprochées et répétées ou de plusieurs césariennes. Quatre d'entre elles ont choisi cette possibilité avant l'âge de 31 ans. (F20, F4, F1, F8)

C'est une possibilité envisagée après plusieurs grossesses, même si la femme est jeune. (CF)

F20 : *« Je me suis faite ligaturée les trompes il y a 27 ans, j'avais 27 ans. Ben j'avais eu trois césariennes c'était trop dangereux alors mon docteur il ne voulait pas. »*

F4 : *« A 30 ans j'ai eu une ligature de trompes, moi je voulais sans la vouloir mais on m'a dit que ça devenait vraiment très dangereux d'avoir des grossesses. »*

2.4 Les représentations liées corps

2.4.1 Le corps reste encore un mystère et une source de tabous

Lors des entretiens, les femmes avaient des difficultés à nommer ce qui se rapporte au corps et spécifiquement aux organes génitaux féminins. On n'en parle pas. Le corps reste abstrait et les choses se confondent :

F3 : *« (...) tout ce qu'il y a là dedans j'en parle à personne. »*

I : *« Avez- vous déjà eu des frottis cervico-vaginaux chez votre médecin ou un gynécologique ? Vous savez lors d'un examen gynécologique(...) »* F21 : *« Je n'ai jamais eu de problème venant du rein ou de la vessie, parce que ma mère m'a donné une bonne hygiène de vie »*

F3 : *« Moi, tout ce qui est là dedans j'aime pas, j'aime pas toucher, j'aime pas machiner... tout ce qui est là dedans ça me gêne ! »*

2.4.2 Importance de la virginité

La virginité de la femme avant le mariage reste une valeur importante dans la communauté tsigane. L'homme peut avoir des expériences sexuelles avant le mariage mais la jeune fille doit rester vierge. (CF)

F22 : « *Parce que pour nous c'est important la virginité c'est très, très important oui mais c'est dur de parler de ça avant... c'est difficile la mère peut pas en parler ; par contre avec d'autres filles de son âge elles peuvent en parler.* »

2.4.3 La sexualité

La sexualité, en lien avec la représentation du corps, demeure chargée de tabou. Le sujet reste difficile à aborder même entre femmes.

CF : « *on ne parle pas de l'acte sexuel (...) ni les pères ni les mères ne parlent de sexualité* »

F4 : « *J'ai toujours été une mère, même si je suis une Voyageuse. D'ailleurs j'suis une bonne manouche 100% mais moi mes petits je les ai toujours élevés..., c'est sûr qu'il y a des choses qu'on ne va pas parler avec nos enfants parce qu'ils sont tabous. On ne parle pas de sexe, on ne parle pas de rapport sexuel on en parle pas, même après le mariage... jamais.* »

F6 : « *Avant ça se faisait pas, maintenant un peu plus, dans le temps les vieilles personnes n'en parlaient pas. Mais maintenant qu'on commence à avoir des enfants on commence à en parler.* »

F22 : « *Oui parce que si elles ont un copain, moi je serai gênée de parler avec ma fille.* »

Chez les jeunes, les informations données à l'école et à la télévision pallient l'absence de dialogue sur ce sujet et la présence de tabous.

F19 : « *Au niveau sexuel, au niveau tout, on en parle à l'école et on en parle à la télé* »

Le sexe est associé à la pudeur, à une gêne, au déshonneur. La sexualité chez la femme tsigane n'est pas associée au plaisir. De plus elle ne peut se refuser à son mari.

CF : « *Le sexe c'est la honte !* », « *(...) Obligation du devoir conjugal.* »

Lors des séparations, même si c'est l'homme qui part, il semble avoir toujours l'autorité sur sa femme et ses enfants et un nouveau mariage pour celle-ci paraît difficile.

CF : « *Une femme, même délaissée, reste sous la domination de son mari et de sa belle famille.* »

2.4.4 Les menstruations

Les menstruations sont cachées à l'homme. Rien de ne doit transparaître, l'homme ne doit pas savoir, car c'est une « *histoire de femmes* » (CF). On cache soigneusement les serviettes hygiéniques. Le mot reste tabou et son existence « *inavouée* » aux yeux des hommes. Elles représentent une honte, une gêne.

F23 : « *Tu ne parle pas de règles, pour nous c'est une pudeur* »

F23 : « *Les machins, il ne faut pas en parler devant les hommes c'est une question de honte, de pudeur. Quand je les ai, il faut cacher.* »

F20 : « *On n'en parle pas devant les hommes. Ils savent mais c'est comme si ils ne savaient pas. Parce qu'on a honte de ça. Les choses naturelles dans la vie d'une femme, on en parle entre femmes mais pas devant les hommes.* »

F7 : « *Ça se parle qu'entre femmes quand il y a un homme, non, parce qu'il y a une limite. Y a un respect quoi.* »

F6 : « *C'est pour le respect des hommes parce que ça ne se dit pas.* »

F24 : « *Les règles, on ne dit pas le mot c'est gênant ; par exemple à la maternité, y avait mon père et ils ont amené des serviettes hygiéniques, c'est dégradant, c'est gênant.* »

L'arrivée des menstruations est synonyme du passage de la vie d'enfant à celle de jeune fille et souvent associée à la possibilité de mariage.

F19 : « *Ben à part le fait de devenir une femme et puis après comme ils disent t'es en âge de te marier quoi, c'est pour ça qu'à 16 ans la plupart elles sont mariées* »

2.4.5 Méconnaissance, illettrisme, absentéisme scolaire

Une méconnaissance du corps est souvent liée à une scolarité fluctuante et épisodique. L'école est la première ouverture au monde extérieur. Pour le Tsigane le monde

extérieur assimilé au monde des Gadjé fait peur et est associé au risque de rejet. Des réticences à la scolarité demeurent.

F19 : « *L'éducation passait après chez nous, « savoir lire et écrire » comme il disait mon grand-père » qu'est ce que ça va te servir plus tard ? Tant que tu sais déferrailier et tant que tu sais faire ton ménage le reste on s'en fout un peu.* »

F19 : « *Moi ma cousine qui a mis son petit bout aller à l'école ça s'est très mal passé la première année parce qu'il s'est fait rejeté par les autres enfants « on ne joue pas avec toi parce que tu es sale... on ne joue pas avec toi parce que tu ne sais pas parler français. » Et ils ont que quatre ans. »*

F23 : « *Mon conjoint il sait ni lire et écrire donc maintenant c'est très dur. »*

2.5 Suivi gynécologique

2.5.1 Intérêt du suivi gynécologique

Le suivi gynécologique est évité au maximum. La plupart des femmes se feront examiner seulement quand elles ressentent des symptômes qui les y obligent. Autrement l'intérêt d'un suivi ne leur semble pas évident. La grossesse est une exception et remplace le symptôme.

F3 : « *Jamais, jamais je me fais regarder, c'est vraiment quand c'est obligatoire, obligatoire. »*

F3 : « *Hors grossesse j'y vais pas. »*

F3 : « *Moi je vais voir le docteur quand je suis enceinte après j'y vais plus ou quand j'ai très mal aux dents. »*

F6 : « *Oui j'étais obligé de le faire faire, ben c'est parce que j'avais beaucoup de saignement et ils m'ont dit qu'il fallait faire un frottis alors j'y suis allée. » (23)*

F19 : « *Par contre mes cousines pas du tout, les frottis elles en font pas. »*

F21 : « *J'ai eu une mammographie il y a cinq ans mais j'y retournerais plus ça fait trop mal. »*

Les frottis cervicaux sont réalisés régulièrement pour huit femmes de notre étude qui y accordent une importance. Toutes sont sédentaires ou semi-sédentaires. Une femme

itinérante effectuée régulièrement des FCV car « *il y a beaucoup de cancer dans la famille* »(F23).

Sept femmes n'ont jamais eu de FCV ; une seule (F5) est sédentaire et n'en a jamais fait, car elle n'en connaît pas l'utilité : « *je ne sais pas à quoi ça sert.* ». Malgré l'explication, la femme n'est pas sûre d'y avoir recours un jour. Les autres femmes ne connaissaient pas (F17, F7) ou n'y voient pas d'intérêt (F15, F16). F21 et F13, affirment que : « *ça ne se faisait pas de mon temps* »

Pour le reste des femmes les FCV sont effectués seulement au cours des grossesses.

F12 : « *Lors de chaque grossesse.* »

F3 : « *Frottis j'en ai fait que quand j'étais enceinte. Sans ça j'en aurais jamais fait. Mais là c'est fini, ça y est j'y vais plus. Parce que je crains, j'aime pas, j'ai horreur de ça. J'aime pas, j'ai honte.* »

2.5.2 Importance secondaire du suivi gynécologique

On n'ira pas spontanément consulter un médecin pour soi-même mais on profitera de la consultation pour un des enfants.

F6 : « *Ben oui si j'emmène ma fille pour consulter son bébé à ce moment là j'irai.* »

F6 : « *Non faut avoir du temps pour aller voir un médecin nous on n'a pas le temps.* »

F19 : « *Tiens je vois une de mes petites cousines depuis qu'elle a accouché ... elle a quel âge déjà la petite ? Six mois ?... Elle a du revoir une fois la gynéco en retour de couches et basta et son père lui a dit « c'est fini tu n'y vas plus » et pourtant elle sent qu'il y a des trucs qui vont pas.* »

La consultation pour un enfant est rapidement une priorité, alors que l'adulte attendra un symptôme plus important pour consulter.

F20 : « *Pour moi je suis négligente mais pas pour les petits.* »

2.5.3 Peurs

L'examen clinique comme pour beaucoup de femmes en général, engendre craintes et réticences.

I : « *Et là quand tu as été voir ton gynéco ?* »

F3 : « *Fallait voir comme j'étais angoissée, j'étais stressée, j'me laisse pas faire.* »

F3 : « *Frottis (...) Parce que je crains, j'aime pas, j'ai horreur de ça !* »

2.5.4 La place de la religion : l'imposition des mains

La religion peut également avoir un impact non négligeable.

F20 : « *J'ai déjà eu un nodule au sein avec une biopsie et je devais retourner tous les six mois et je me suis fait imposer les mains par un pasteur. On est chrétien et tu sais ce que c'est les chrétiens, les évangélistes*»(...) « *J'ai connu la parole de Dieu à 52 ans. L'imposition des mains, Jésus a dit à ses apôtres. Partez, guérissez les malades, imposez leur les mains en mon nom et ils seront guéris, alors ils m'ont imposé les mains et le nodule est parti. Il m'avait dit de faire une mammographie tous les six mois et je les ai pas faites.* »

2.5.5 Quels acteurs de soins ?

Elles ont souvent recours aux gynécologues de l'hôpital pour leur suivi.

F7 : « *Normalement je vais à l'hôpital.* »

2.6 La prévention

2.6.1 Représentation de la prévention, intérêt d'un suivi

L'intérêt d'un suivi, la notion et la signification de soins préventifs ne leur sont pas évidents :

F3 : « *Oui si je ne suis pas à l'agonie j'y vais pas, faut vraiment qu'il y ait quelque chose.* »

F3 : « *La semaine dernière parce que là c'était obligé c'était pour la visite.* »

F20 : « *Je suis négligente moi, tu tombes sur la plus négligente. Faut que je sois vraiment malade pour aller au docteur...* »

F20 : « *J'étais obligée d'y aller, sinon j'y vais pas si il y a pas de problème. Le nombre de fois où je suis allée au docteur on peut les compter sur les doigts, je ne vais pas chez le docteur.* »

F3 : « *Moi je vais voir le docteur quand je suis enceinte après j'y vais plus, ou quand j'ai vraiment mal aux dents* »

2.6.2 Peurs, craintes

Consulter un médecin alors que tout va bien, n'est pas spontané, voire risque de déclencher la maladie :

F20 : « *Ah mon dieu j'ai horreur d'aller chez le docteur, de me faire examiner ; si je vois une piqûre, je me sauve. »*

CF : « *la prévention ça ne fonctionne pas (...) la prévention peut amener la maladie »*

2.6.3 Regard sur la prévention à travers un exemple : la vaccination

Excepté pour les enfants, la vaccination contre le tétanos, ne semble pas être liée à une démarche systématique ou résulte d'un évènement ponctuel au cours de soins curatifs:

F3 : « *Je sais qu'un jour je m'étais coupée le pied et les médecins m'ont fait tout de suite un vaccin d'anti... je sais pas quoi, c'était il y a quatre, cinq ans. »*

F23 : « *J'ai plus rien à jour, parce qu'il fallait que je fasse un rappel et je l'ai pas fait j'ai loupé la date. J'amène jamais mon carnet de santé donc il ne peut pas savoir si je ne suis pas à jour. Ça ne me dérange pas, je n'y pense pas. »*

F20 : « *Des vaccins j'en ai jamais fait de ma vie. Pour moi je suis négligente mais pas pour les petits. »*

F20 : « *Ben je fais pas attention j'suis bien j'ai pas besoin de vaccin, la petite oui parce que les enfants ça passe avant tout »*

F7 : « *Je l'ai fait une fois quand on se coupe tout ça. »*

F22 : « *La dernière fois que je me suis faite vacciner c'est parce que je m'étais coupée c'était il y a huit ans. »*

Deux femmes ont récemment mis à jour leurs vaccinations car elles ont rencontrées la médecine du travail de par leur emploi.

F6 : « *Ils m'ont fait le tétanos car je vais travailler dans la forêt. »*

Concernant la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), la virginité, les tabous accentuent les réticences :

F23 : « *Moi je pense que ça fait petit pour se faire vacciner contre ça, moi j'ai trouvé ça jeune parce que déjà il y a une de mes copines, elle a eu des jumelles et elle connaît un médecin dans sa région, elle est dans le midi enfin elle bouge (...) Oui donc elle si elle avait voulu, sa médecin, elle avait les vaccins(...) Elle voulait les faire vacciner moi je lui ai dit tu te rends compte. Ça fait bizarre de vacciner les petits contre ça car en plus je sais pas, elles sont petites, ça les concerne pas. Les autres vaccins oui. »*

F7 : « *Non chez nous la fille est vierge. »*

2.6.4 Centre de prévention

Le centre de planification est une structure de soins généralement inconnue des femmes Gens du Voyage. Seules quatre femmes (F3, F19, F8 et F22) de notre étude en connaissent l'existence, et une d'entre elles s'y est déjà rendue. (F19)

La nouvelle génération sédentarisée semble être au courant de cette possibilité mais a des difficultés à y accéder :

F19 : « *En fait, ce qu'elles m'expliquent un petit peu, c'est qu'elles ont un peu peur d'aller au centre de planification, d'aller au gynécologue, pour que la mère ne sache pas... parce qu'elles se cachent énormément. »*

F19 : « *Le centre de Planification elles ont toujours peur que ce soit relié un jour avec leur famille donc c'est pour ça aussi qu'elles n'y vont pas. Mes cousines qui vivent par là elles le connaissent mais elles n'y vont pas. Parce qu'elles ont peur qu'ils appellent leur mère, qu'ils arrivent au domicile. »*

F19 : « *C'est difficile de sortir du terrain sans que ça se sache (...) en général si tu sors..., tu sors, avec le cousin, le frère. »*

2.6.5 Quels acteurs de soins ?

Les itinérantes interrogées n'avaient pas de médecin traitant ni de gynécologue excepté deux femmes qui signalent cependant qu'elles en consultent d'autres, suivant le lieu où elles se trouvent. L'hôpital semble le lieu privilégié pour leur suivi gynécologique :

F12 : « *Non c'est dur parce qu'on est tout le temps sur le voyage si on est à 400 km pour aller voir son médecin ce n'est pas possible.* »

F20 : « *Non c'est un gynécologue que l'on connaissait, c'est un, deux, trois qui m'ont envoyée.* »

F3 : « *Non je change de médecin. J'ai un docteur par ci, par là, chez les docteurs que les autres ils connaissent.* »

F7 : « *j'ai un médecin traitant à G. mais j'en vois d'autres, car je bouge.* »

Pour les itinérants, l'accès à un médecin traitant pour des symptômes aigus est parfois difficile. F15 récemment arrivée sur le terrain nous demandait pour sa fille le numéro de téléphone d'un médecin du secteur qui accepterait de voir des Gens du Voyage. La veille, sa voisine avait été voir le médecin le plus proche, qui d'après elle ne semblait pas souhaiter « revoir d'autres tsiganes ». Les urgences et SOS médecins leur apparaissent la voie d'accès aux soins la plus simple :

F19 : « *Ce n'est pas pareil pour mes cousins qui vivent en caravane, c'est un petit peu plus compliqué quand même. Parce que quand ils se présentent chez les médecins, on ne veut généralement pas les voir. Moi je sais que ma cousine qui vit sur le terrain derrière, la dernière fois son petit était malade, elle a du faire 8 médecins avant que quelqu'un veuille la prendre ! Ils ne sont pas sédentaires, ils bougent tout le temps. Et ce qui arrive, c'est que quand elle arrive et se pose sur un terrain, et que les petits ils sont malades, et bien, il faut trouver un médecin qui veut bien les prendre, donc généralement ils attendent le soir et ils vont directement aux urgences de l'hôpital.* »

Concernant les sédentaires de cette étude, elles ont toutes un médecin traitant et même souvent en plus un gynécologue. Le choix du médecin traitant est fortement lié à la notion de confiance et à la capacité de compréhension du médecin vis à vis de leur communauté. Des médecins ayant travaillé à SOS médecin sont souvent connus de la communauté et donc choisis par les Gens du Voyage lors de leur installation en cabinet.

F24 : « *Oui c'est Dr V je l'ai connu quand il était à SOS médecin et après dès qu'il a eu son cabinet j'ai fait suivre mes enfants par lui.* »

F19 : « *Moi je me rappelle à l'époque personne ne voulait nous prendre donc on a eu un médecin qui s'occupait des Gens du Voyage le Dr G. et ben c'est lui qui a pris en charge ma mère et puis nous. »*

2.6.6 La confiance

Le bon médecin apparaît être le médecin qui écoute, qui explique bien et qui comprend la communauté :

F1 « *Et il écoute, c'est un docteur qui écoute bien, il a compris qui j'étais ce que je comprenais et ce que je ne comprenais pas, il m'a bien prise en charge, il a vu que j'avais peur et que j'étais stressée, il m'a tranquilisée... »*

F1 : « *La seule chose que je reproche aux médecins, c'est ça, c'est qu'ils n'écoutent pas, ils font leur diagnostic sans vraiment vous écouter, voir votre inquiétude, alors t'es obligée d'y retourner...alors t'y retournes...ben t'es constamment chez les médecins. »*

F21 : « *Parfois on leur dit qu'on ne comprend pas leur jargon dites le nous autrement. »*

2.6.7 Les conséquences du rejet de la différence

Le discours de ces femmes est superposable à un discours d'exclu. Elles parlent à la première personne du pluriel se considérant avant tout Gens du Voyage et exclues du « monde extérieur » : le « monde des Gadjé ». Cette attitude est liée à la peur réciproque engendrée par la différence. On constate une exclusion des Tsiganes par la population générale, mais également une auto-exclusion des Tsiganes du monde extérieur à leur communauté, le tout entretenu par des clichés, des préjugés fondés sur la méconnaissance réciproque des uns et des autres.

F19 : « *Le regard des gens, quand on va à l'école on se fait un peu mal regardé, mal traité. Moi j'ai beaucoup de petits cousins à moi qui vont à l'école on entend encore «sales gitans, les voleurs de poules, les voleurs d'enfants » c'est pour ça que ma mère nous a toujours donné cet aspect de paysans ; donc moi je vois que j'ai moins de problème par rapport à mes cousines pour me faire accepter dans la société. »*

F19 : « *Mes parents ont divorcé car ça n'allait plus du tout et j'ai commencé à côtoyer d'autres gens que les gens de chez nous. C'est ça quand on est enfermé dans quelque chose. Pour nous les Gadjé comme on dit c'étaient des gens sales, c'étaient des gens à*

pas s'accrocher, on avait peur d'eux comme eux ils avaient peur de nous je pense. Les femmes du voyage elles ont très peur de la saleté c'est pour ça qu'elles astiquent constamment les caravanes. »

F19 : « Ça été très dur au début pour que nous on soit accepté, parce qu'on était moitié Gadjé moitié Gitan. Ça été très dur dans la famille. Pareil les cousins ne voulaient pas nous parler, ils ne voulaient pas être avec nous. Très dur de s'intégrer dans la famille. Mais autrement dans le temps ça c'est fait tout seul. Tout doucement ils ont appris à nous accepter. »

Discussion

1. A propos de ce travail

1.1 Les biais et les limites de l'étude (42)

1.1.1 Liés au temps requis

La première limite de l'étude est le manque de temps pour créer une relation de confiance. Après analyse des entretiens, il apparaît qu'un suivi des femmes rencontrées aurait enrichi cette étude qualitative. La fiabilité et la pertinence des données auraient été renforcées par la répétition des échanges.

1.1.2 Liés à l'interviewer

La deuxième limite, après relecture des verbatim, est la difficulté de la part de l'interviewer à ne pas influencer l'échange. Le fait que l'enquêteur soit de profession médicale induisait un nombre important de questions de la part des femmes. Pour répondre à leurs attentes sans influencer le déroulement du questionnaire, il était précisé, au début de chaque interview, qu'un temps serait consacré à la fin de l'entretien pour les éventuelles questions. Cependant, il ne nous a pas toujours été possible de respecter cette condition.

On note à plusieurs reprises une perte de neutralité. Toute la difficulté de ces entretiens résidait dans l'équilibre fragile entre l'instauration de la confiance nécessaire pour créer le dialogue et le risque d'une perte d'objectivité. Les entretiens qualitatifs nécessitent une expérience qui se construit au cours des différentes études (43).

La différence de milieu social entre l'interviewée et l'interviewer peut instaurer des barrières et des mécanismes de défense de la part de l'enquêtée et « *inhiber la production discursive* » (38). « *Le cadre institué par l'interviewer crée un monde référentiel commun* » qui peut s'avérer suffisant pour palier cette différence sociale (38). Les entretiens réalisés dans les caravanes avaient cet avantage par rapport à ceux réalisés dans les locaux de l'association.

1.1.3 Liés à l'échantillonnage et au recrutement

La constitution du corpus (ensemble des entretiens) (38) de l'enquête a été influencée par les différents médiateurs, qui ont permis les rencontres avec les femmes. Leur type de relation à la population étudiée, pouvait interférer dans la création de

l'échantillonnage. La diversification des médiateurs par l'élargissement de l'étude à plusieurs départements a permis de palier ce biais.

Le corpus est composé de femmes qui ont accepté d'être interrogées sur leur santé gynécologique et qui ont donc, de ce fait, déjà une démarche d'acceptation du soin.

1.1.4 Liés à la retranscription des données

Aucun des entretiens effectués avec les femmes n'a été retranscrit en annexe de ce travail faisant perdre une base de données effectives. Cette décision a été prise pour préserver l'anonymat des femmes qui ont accepté de se confier, compte tenu du caractère intime et tabou du sujet dans leur culture. D'ailleurs sept d'entre elles ont refusé l'enregistrement et les entretiens ont été analysés grâce à des notes de terrain. Cette décision a été prise dans un souci d'éthique. C'est une des conditions si l'on veut interroger cette population sur ce sujet ; sans quoi, aucun travail avec ces femmes n'aurait été possible.

1.1.5 Liés à l'analyse des données

La triangulation des données consiste à augmenter la validité des résultats par comparaison d'au moins deux analyses différentes des verbatim (37, 38, 42). Celle-ci était impossible, compte tenu d'un seul analyseur. La réalisation de thèse en binôme prendrait tout son intérêt dans le cadre d'une recherche qualitative.

1.2 Une étude originale

1.2.1 Par sa démarche

Le fait d'aller vers l'autre est le point de départ d'actions auprès des populations marginalisées. La démarche de ce travail reste primordiale : pour promouvoir la santé d'une population précarisée, il faut tout d'abord aller vers elle, lui donner la parole, l'écouter. Les entretiens réalisés directement sur les terrains avaient également l'avantage de rassurer la personne interrogée.

1.2.2 Par la population étudiée

La faible quantité de travaux de recherche sur cette communauté dans le domaine médical semble liée à la difficulté d'interroger cette population. Cette étude nous a

demandé du temps, car aborder les femmes tsiganes, d'autant plus sur un sujet tabou, exige une relation de confiance.

L'individualité des interviews était tout d'abord gênante pour la femme, qui a l'habitude de fonctionner en famille et dans un espace où la notion de groupe interfère dans chaque relation (2, 28). Néanmoins, la présence d'une autre personne de la communauté aurait pu influencer ses propos compte tenu des tabous relatifs au sujet.

1.2.3 Par le thème abordé

La gynécologie, la sexualité et la prévention sont des thèmes qui touchent à l'intime, donc peu exploités. L'importance de la grossesse dans la vie de la communauté permettait d'introduire le dialogue et d'engendrer un intérêt.

Le fait que l'interviewer soit une femme a facilité la rencontre et l'accord des Tsiganes pour cette étude.

1.2.4 Par le type de travail réalisé

Dans le domaine de la recherche médicale, le qualitatif est moins utilisé que le quantitatif. Néanmoins, sur certains sujets, il s'avère être la technique méthodologique la plus adaptée. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les comportements et les expériences personnelles des patients (37). Les entretiens semi-directifs ont toute leur place dans l'étude du vécu et des représentations d'un individu. Ils aboutissent à un échange qui permet une fiabilité des données.

1.2.5 La formation croisée : professionnels de santé/Gens du Voyage

La formation croisée est une approche intéressante car les savoirs sont mis sur un pied d'égalité. Elle permet ainsi de faire tomber les préjugés et de faire travailler ensemble professionnels et patients, dans un objectif de promotion de la santé.

2. Points importants émergeant de ce travail

Il faut se méfier du culturalisme qui cherche à tout prix dans la culture une explication à un problème donné. Ce travail n'entend pas être exhaustif, mais se focalise sur un des déterminants qui intervient dans l'accès à la santé préventive de ces femmes : les représentations des Tsiganes. Bien entendu, le contexte socio-économique, le

comportement et les représentations des professionnels jouent un rôle important voire prépondérant dans le comportement des patients face à la santé, mais seraient l'objet d'études complémentaires.

Les éléments importants se dégageant de ce travail reflètent une tendance générale ne concernant évidemment pas toutes les femmes tsiganes.

2.1 Instauration d'une confiance : un point de départ essentiel

2.1.1 Un contexte social particulier : une population précaire avec un lien familial fort

La majorité des femmes bénéficiaient du RSA et de la CMU. On peut effectivement parler de statut précaire lié aux conditions de vie, à l'instabilité de leurs emplois traditionnels et à un certain degré d'illettrisme (5).

Cependant dans notre société moderne, contrairement à d'autres publics considérés comme précaires tels que les SDF, la communauté tsigane, malgré une certaine exclusion et un rejet par la population gadjé, a un statut différent. De part son lien familial fort, elle se rapproche des sociétés traditionnelles et non d'une « *société des individus* »(47). Dans son livre « Les cliniques de la précarité » Jean Furtos différencie bien les sociétés précaires des sociétés traditionnelles, « *qui souvent très pauvres en terme de PNB, n'ont pas ou n'avaient pas cette obsession, (...) de la perte possible ou avérée des objets sociaux (...) sans que la confiance qui repose sur les solidarités familiales et claniques n'en soit entamée* »(47).

2.1.2 Rejet et exclusion : un point de départ pour la défiance

On note à travers ces entretiens une sensation d'exclusion et de rejet du groupe communautaire par la population dominante. Cette impression semble entretenue par la présence de préjugés dès la scolarisation.

Habitée au rejet, la communauté tsigane s'est créée une carapace de défiance voire de méfiance, et a même parfois tendance à s'auto-exclure.

Les enfants dès leur plus jeune âge, sont élevés dans une ambiance de la peur de « l'autre ». Du côté des Gadjé, les mêmes sentiments sont aussi entretenus par des clichés.

*« Et après quand on passe de l'autre côté,
on se dit que non, au final on est tous pareils. »(F19)*

Les rapports avec le monde extérieur à leur communauté, restent dès le départ imprégnés de méfiance.

« Lorsque les liens sociaux sont rompus, fragilisés(...) et cela depuis l'enfance, il existe une forte probabilité que le lien avec les institutions soit particulièrement ténu et que les personnes se tiennent à distance des professionnels, pour mieux s'en protéger »(47).

Les Gens du Voyage ont des réticences et une certaine défiance envers les structures extérieures qu'elles soient sociales, sanitaires... Ces réactions ne sont pas spécifiques de la population tzigane mais sont souvent constatées dans les populations marginalisées et exclues. Elles entravent la qualité de leur accès aux soins.

« Dans ces situations de précarité, la confiance envers les institutions s'altère, les gens se préservent du contrôle social »(47).

Il est donc important que des liens soient établis par les institutions avec les populations précaires.

2.1.3 Relation avec les professionnels de santé : besoin de dépasser ce stade de la défiance

Pour les itinérants, le médecin sera souvent choisi « de bouche à oreille », selon sa réputation ; « *C'est un médecin qui connaît les Gens du Voyage* » (F1), est le gage de ne pas être rejeté.

Un « *bon médecin* » est finalement un médecin qui a pris le temps d'expliquer et qui comprend la communauté. Le climat de confiance instauré dans la relation patient/médecin est essentiel. D'après une étude faite sur cette communauté à Toulouse en 2007, la disponibilité, l'écoute, la compréhension et la bienveillance sont les qualités que le médecin doit avoir pour inspirer confiance (13).

Afin d'éviter un éventuel rejet et le souci du nomadisme médical, la deuxième solution pour la femme itinérante est de consulter au service d'urgence de l'hôpital le plus proche.

F19 : « *Ils ne sont pas sédentaires, ils bougent tout le temps. Et ce qui arrive, c'est que quand elle arrive, et se pose sur un terrain, et que les petits ils sont malades, et bien, il faut trouver un médecin qui veut bien les prendre, donc généralement ils attendent le soir et ils vont directement aux urgences de l'hôpital.* »

L'accès à la santé préventive est certainement altérée pour les itinérants par cette difficulté d'accéder aux soins.

Cela se complique quand il s'agit de prendre un rendez-vous chez un spécialiste, avec la notion de délai qui s'y rapporte. Comment planifier une consultation de suivi dans plusieurs mois, alors que l'itinérance se programme de semaine en semaine, voire de jour en jour ?

2.1.4 La communication : la base de la confiance

L'incompréhension et la peur sont génératrices de conflits au sein des structures de santé. Nous constatons que la plupart des situations d'échec de soins évoquées par les femmes sont liées à un manque de dialogue avec sensation d'exclusion et de rejet. Dans notre étude, certaines femmes sont sorties contre avis médical suite à l'accouchement. Diverses explications sont données. Une des raisons évoquées est un manque de confiance ou un conflit avec le personnel soignant, le plus souvent liées à un défaut de communication. Dans ces situations, le Tsigane a l'impression que s'il ne hausse pas la voix, l'information ou le diagnostic lui seront cachés, et qu'on le soignera moins bien. « *Plus on est gentil moins on nous explique* » (F5). De façon sous-jacente, il évoque que son appartenance à la communauté des Gens du Voyage risque de le défavoriser par rapport à un autre patient (13).

2.2 La prévention

2.2.1 La prévention une démarche difficile

La prévention, selon la définition de l'OMS, est « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents* ». On distingue trois types de prévention :

- ✓ *La prévention primaire. C'est « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas ».*
- ✓ *La prévention secondaire. Ce sont « tous les actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie donc à réduire sa durée d'évolution ».*

- ✓ *La prévention tertiaire.* Ce sont « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie ».

Nous abordons dans cette étude la prévention primaire et secondaire. Le terme « prévention » est rarement connu des femmes interrogées.

La prévention est pour la plupart des individus, une démarche peu spontanée et difficile. On le souligne très fortement dans des maladies chroniques telles que le diabète. Sur ce point les médecins ont un travail d'éducation et d'information.

Les Tsiganes vivent au jour le jour, ce qui implique une difficulté à se projeter et donc à prévenir les risques de l'avenir. La consultation préventive pour un bilan, pour un frottis cervical n'a pas d'intérêt à leurs yeux, puisqu'il n'y a pas de maladie. Néanmoins quelques femmes, la plupart sédentaires, adhèrent à un suivi gynécologique régulier. L'image de la mère est très importante et influence la façon dont la jeune femme se soignera ou accèdera à la contraception.

Leur mode de fonctionnement est, comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, rythmé par les symptômes. Nous ne pouvons, cependant pas parler d'absence totale de prévention.

Les femmes ont des démarches de soins préventifs : qu'elles soient universellement reconnues, comme javelliser la caravane quotidiennement pour éliminer les bactéries, ou qu'elles soient liées à leurs coutumes ou leurs croyances, comme par exemple retirer leurs colliers évite le risque que le cordon ombilical ne s'enroule autour du cou du bébé (11, 27).

2.2.2 L'itinérance, une difficulté de plus pour l'accès à la prévention

La plupart des femmes itinérantes déclaraient ne pas avoir de médecin traitant. Elles consultent de médecin en médecin, au gré des symptômes. Ce nomadisme médical est la plupart du temps contraint par leur mode de vie.

Depuis janvier 2005, avec la réforme de l'assurance maladie, tout individu doit choisir son médecin traitant dans le but d'une amélioration de la qualité des soins (48). Cette obligation est inadéquate pour cette population. Il s'agit d'un exemple parmi d'autres, de l'inadaptation du système de santé français aux personnes itinérantes. Le dossier

médical personnel (DMP) est par contre une piste intéressante pour le suivi des patients itinérants (49).

La prévention est souvent négligée par les itinérants, mais aussi par les professionnels, qui ne rencontrent cette population qu'occasionnellement. Le motif de consultation étant le plus souvent un symptôme aigu, le médecin sollicité ne connaissant ni la patiente, ni son dossier, fait souvent du « dépannage ».

2.2.3 Une absence de rencontre avec les services de prévention

Les Gens du Voyage sont un public peu connu des différentes structures de prévention existantes : la médecine scolaire à cause d'une scolarité épisodique, la médecine du travail parce qu'elle concerne rarement les métiers traditionnels exercés par la communauté, et le planning familial qui ne semble pas connu par cette population. La protection maternelle et infantile (PMI) paraît plus utilisée parce qu'il s'agit de l'enfant (4, 15).

Des exemples de démarches spécifiques entreprises par les services de prévention en faveur de cette population en ont démontré l'efficacité (intervention du service de PMI sur des aires de Bergerac...) (15).

La dissociation préventif-curatif ne semble pas pertinente. Les messages de prévention et les moyens de les communiquer doivent être adaptés.

2.2.4 Place des croyances / prévention

La religion et les croyances populaires tiennent une place importante pour les Tsiganes, et ont une influence sur leur relation à la santé.

✓ La religion interfère parfois dangereusement dans les soins. L'imposition des mains, pratique assez répandue chez les évangélistes, peut contrecarrer le suivi préventif ou curatif de l'individu.

✓ La vaccination ne représente pas à leurs yeux un moyen de prévenir la maladie, mais est au contraire suspectée de pouvoir la déclencher. Néanmoins, elle semble relativement acceptée pour les enfants. Pour les adultes, elle se fera la plupart du temps, seulement suite à une plaie.

2.2.5 La politique du tout ou rien

Quand il s'agit de l'enfant, de la grossesse et donc implicitement de l'enfant attendu, ou encore d'un symptôme aigu gênant, la demande d'examens complémentaires devient urgente et nécessaire (4). A l'opposé, l'adulte, et tout particulièrement la femme, ne s'occupera de sa santé que si la situation est extrême. On constate une négligence de leur bien-être personnel au profit de leur famille ou de leur rôle dans le foyer (4, 5, 36).

2.3 Le suivi obstétrical

La grossesse est un évènement clé dans la vie de la femme tsigane. Tout gravite autour de l'enfant. La femme acquiert un statut au sein de la communauté de par son rôle de mère. C'est pourquoi il est primordial d'avoir un enfant dès le mariage car la place de la jeune femme au sein de sa famille et de sa belle famille se forgera avec la présence de l'enfant. La prise de contraceptif ne s'envisage qu'après une première grossesse. Même si la contraception paraît largement acceptée dans cette étude par la société tsigane, sa primo-utilisation reste post-natale.

2.3.1 La grossesse : un moment propice pour la prévention

Il faut profiter de cet évènement pour favoriser un dynamisme propre de la communauté. Pour la plupart des Gens du Voyage, c'est le seul motif de consultation spontané, autre que la maladie et le symptôme. La femme est plus à l'écoute de son corps. Il est fondamental de profiter de cette circonstance pour délivrer des messages de prévention : informations sur la contraception, sur les vaccinations, nécessité d'un suivi gynécologique régulier... Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2005 sur le suivi obstétrical soulignent que l'état de grossesse est opportun pour la prévention. Le frottis cervical, si celui-ci est inférieur à 2 ans, est par exemple recommandé (50, 51).

2.3.2 Le suivi obstétrical : une « obligation » acceptée

La présence d'un enfant change le comportement de la femme vis-à-vis de la santé et celle-ci adhère facilement au suivi médical, et ce malgré le voyage ! L'enfant avant tout ! L'enfant est surprotégé.

Les échographies de contrôle sont en général appréciées ; elles rassurent. Elles sont même parfois, demandées excessivement au moindre signe (36).

L'examen gynécologique reste un passage contraignant mais obligatoire. Les tabous et la pudeur sont mis de côté et le frottis peut même être envisagé.

Différents articles expliquent cela en établissant un lien entre une acceptation du suivi obstétrical et le droit aux prestations sociales (API, allocations familiales...) ce qui dénote la persistance d'idées préconçues au sein de la population générale (4, 5).

F21 : « *Y en a qui disent « mais ils touchent les allocations ! » Mais les allocations ça fait pas tout : pour nourrir 4 gosses, et habiller 4 gosses, et leur donner une instruction, et ben tu sais les allocations ça suffit pas. »*

2.3.3 La maternité : « une histoire » de femmes

La maternité concerne exclusivement les femmes, comme d'ailleurs dans d'autres sociétés traditionnelles, et c'est la mère ou la belle mère qui accompagne la femme enceinte lors de l'accouchement.

2.3.4 L'hospitalisation

Les sorties de la maternité sous décharge semblent moins fréquentes qu'auparavant (23). En parallèle les maternités ont raccourci leur temps d'hospitalisation post-natal, ce qui explique probablement la diminution des sorties contre avis des femmes tsiganes. Selon l'HAS, une sortie précoce, définie comme sortie de J0 à J2, nécessite « un suivi médical, social et psychologique » dès le retour à domicile et une préparation préalable pour éviter les complications maternelles et infantiles (52). Toutefois, de retour sur le terrain, l'accompagnement et le suivi préconisés lors de ces sorties ne sont pas toujours respectés.

Les différences culturelles, si on les prend à bon escient, peuvent devenir un atout, au lieu d'être considérées comme un obstacle. En effet par exemple dans la communauté tsigane, le rôle de la mère, lien fort familial peut s'avérer essentiel au moment des grossesses.

Lors des sorties contre avis médical après accouchement, la jeune femme, de retour sur le terrain, n'est pas seule. L'environnement familial, composé de la grand-mère, la belle-mère, des cousines et sœurs, palie en partie le manque d'expérience de la jeune mère. L'entourage peut répondre à ses questions et lui permettre un accompagnement.

2.4 La contraception

2.4.1 Un progrès

Une partie non négligeable des interviewées pensent que la contraception est un progrès dans la vie d'une femme.

Quelques unes évoquent encore leurs réticences mais leurs cas semblent plus sporadiques. La pilule est associée aux Gadjé : « *refus du cachet des Gadjé* » (CF).

L'enchaînement des grossesses était de rigueur (5, 27). « *Au-delà de trois ou quatre grossesses, à part quelques exceptions, la femme peut subir les suivantes avec résignation silencieuse* » (5). Le rôle de la femme est lié au fait d'être mère donc « *la contraception est alors mal perçue puisque la femme a le devoir de procréer* » (12).

Même si l'enfant est primordial, l'espacement des naissances grâce aux contraceptifs semble maintenant apprécié par les femmes tziganes, et une amélioration de leurs conditions de vie est constatée.

D'après un document récent sur la santé des Gens du Voyage édité au cours de ce travail (15), le nombre d'enfants par femme est estimé à trois ou quatre. Aucune donnée nationale précise n'est disponible, néanmoins d'après notre étude et ce document (15), une diminution des naissances est constatée. Le taux de fécondité en France en 2007 est estimé à 2enfants par femme (53, 54).

Le critère économique est évoqué par certaines des femmes interviewées, mais ne semble pas être signalé dans la littérature. Est-ce la conséquence d'une précarisation de leurs emplois et d'une incertitude face à l'avenir ?

2.4.2 La contraception : oui mais pour qui ?

Même si elle est acceptée, la première contraception ne s'envisage qu'après le premier accouchement. Les premiers conseils sont donc dispensés à la maternité.

Les menstruations représentent l'entrée des filles dans la vie de femme, et donc la possibilité d'un mariage et d'une grossesse.

Entre l'enfance et la première grossesse, la jeune femme consulte exceptionnellement un professionnel de santé. De plus, il est inconvenant d'évoquer des sujets en rapport

avec la sexualité devant une jeune fille. La contraception, le vaccin contre l'HPV, la sexualité, ne sont donc jamais abordés dans le groupe familial.

2.4.3 En pratique

Les résultats de cette étude rejoignent les constats initiaux en ce qui concerne l'utilisation des moyens contraceptifs, à savoir : tabagisme et inobservance associés à la pilule, craintes des contraceptifs intracorporels, demande de stérilisation féminine, refus du préservatif, promotion d'une technique contraceptive par le bouche à oreille... (4, 5, 12, 23)

Néanmoins, nous constatons que :

- ✓ L'utilisation de la pilule reste malgré cela, de première intention.
- ✓ La stérilisation féminine reste une solution pour les femmes ayant plusieurs enfants bien que le taux de fécondité ait diminué. En tant que professionnels de santé nous pouvons être confrontés à des demandes chez des femmes jeunes, ce qui peut poser des problèmes éthiques dans notre pratique. Les recommandations actuelles, notamment celles de l'HAS (55), ne proposent pas de ligne de conduite précise.

2.4.4 La question du préservatif

Bien que connu, le préservatif est rarement cité spontanément comme moyen contraceptif.

Le préservatif semble accepté pour les jeunes hommes, mais souvent refusé par les maris. Certaines femmes n'osent poser la question à leur mari, de peur d'une mise en doute de leur virginité. Les entretiens n'ont pas permis d'explorer ce sujet. Une question reste en suspens concernant la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST).

L'impact des MST dans cette population est peu abordé dans la littérature. Il semble que le VIH soit un sujet tabou.

Un amalgame « VIH, virginité et préservatif » est posé : la non-utilisation du préservatif est le garant de la virginité de la femme.

F7 : « Non chez nous non, c'est pas accepté car chez nous il n'y a pas ça, il n'y a pas de SIDA, les femmes sont vierges ».

2.5 Peurs multiples, un frein à l'accès aux soins

Les craintes motivent souvent la conduite vis-à-vis des soins. Elles ne sont, pour la plupart, pas spécifiques aux femmes tsiganes, mais communes, notamment chez les femmes de population communautaire et de publics précaires.

La place importante des croyances majore les peurs chez les Tsiganes.

2.5.1 La peur de la maladie

La maladie est appréhendée car elle signifie, entre autres, la fin du voyage. Plus que la maladie, le symptôme inquiète. Il est générateur d'angoisse et le besoin immédiat de le soigner en est la conséquence directe.

Il est difficile de faire comprendre « qu'il y a des maladies graves qui ne donnent pas de symptôme et qu'il y a des symptômes bruyants qui sont, en fait, bénins. » Là est toute la difficulté pour faire accepter la prévention.

2.5.2 La peur des Gadjé, et du monde extérieur / la peur du rejet

La différence est rarement acceptée. A travers la musique, le spectacle, le mode de vie, le Tsigane peut à la fois fasciner et engendrer la curiosité. Mais au quotidien, la population générale se comporte avec plus de réticences. La localisation de la plupart des terrains où les entretiens se sont déroulés, sont significatifs de l'exclusion qui demeure (3, 5...).

De multiples préjugés persistent. L'arrivée de Gens du Voyage dans une commune est rarement accompagnée de « bienvenue » (5, 7).

Ce climat de peur et de rejet marque chaque relation avec l'extérieur du terrain.

2.5.3 La peur de l'examen clinique

La peur de l'examen clinique est constatée chez beaucoup de femmes mais n'est pas spécifique de cette communauté. Chez les femmes tsiganes, elle est parfois accentuée par une méconnaissance de l'anatomie, probablement due à une scolarité épisodique. La plupart des femmes n'en ont que des notions abstraites ou erronées. « *L'intérieur* » génère une peur. Un amalgame peut se retrouver entre les différents organes. Par exemple, l'utérus et le vagin de la femme sont confondus avec la vessie. Cette

méconnaissance peut entraîner des craintes par rapport à l'utilisation de contraceptifs. Elle crée un obstacle à la demande de soins.

2.5.4 La peur de la prévention

Là encore, des craintes relatives à la prévention interfèrent avec l'adhésion aux soins médicaux. L'intervention sur un corps sain peut le rendre malade (CF) et donc la prévention est suspectée d'amener la maladie au lieu de l'éviter. On retrouve ces réticences par rapport à la vaccination, ou bien par rapport à la peur d'induire une infertilité chez le couple s'il utilise la pilule comme moyen contraceptif avant la naissance du premier enfant. Cela pourrait, en partie, expliquer la persistance de grossesses précoces.

2.5.5 La peur générée par un défaut de communication

Les mauvaises expériences lors de l'hospitalisation en maternité s'avèrent liées à un défaut de dialogue, à une crainte et une angoisse qui aboutissent à des réactions d'agressivité. L'incompréhension de la situation, accentuée par l'oppression que ressent cette communauté dans un lieu comme l'hôpital, entraîne des conflits et des dérapages (CF, 2).

2.5.6 La peur d'une incompréhension par rapport à un sujet tabou

Même si c'est la femme qui est garante de la santé de la famille, le mari garde le pouvoir de décision finale. Par exemple, un certain nombre de femmes doutent de l'acceptation du préservatif par le mari. La question ne semble même pas pouvoir être abordée au risque de mettre en cause la fidélité au sein du couple.

2.6 La place des tabous

La présence de nombreux tabous peut devenir un frein à la prise en charge médicale des femmes tziganes.

« *La sexualité est taboue et officiellement l'avortement n'existe pas* » (19).

Les menstruations, la sexualité, le préservatif, la virginité, l'IVG, la contraception chez les jeunes filles sont des thèmes difficiles à aborder et empreints de réticences.

On ne doit pas parler de gynécologie ou de sexualité en présence des hommes, de jeunes filles ou d'enfants.

✓ Aucune jeune fille non mariée en âge de procréer n'a pu être interrogée. A une reprise, lors d'un entretien, une jeune fille d'environ 17-18 ans est entrée dans la caravane, alors que nous étions en cours de discussion sur la contraception. Nous lui avons proposé de regarder également les prospectus et les différents contraceptifs, mais la femme interviewée nous a interrompues nettement, considérant qu'elle n'était pas concernée, n'étant pas mariée. F7 « *Non, non, c'est une jeune fille !* ». Tout ce qui touche la contraception est une histoire de femmes, nous dirons même de femmes mariées.

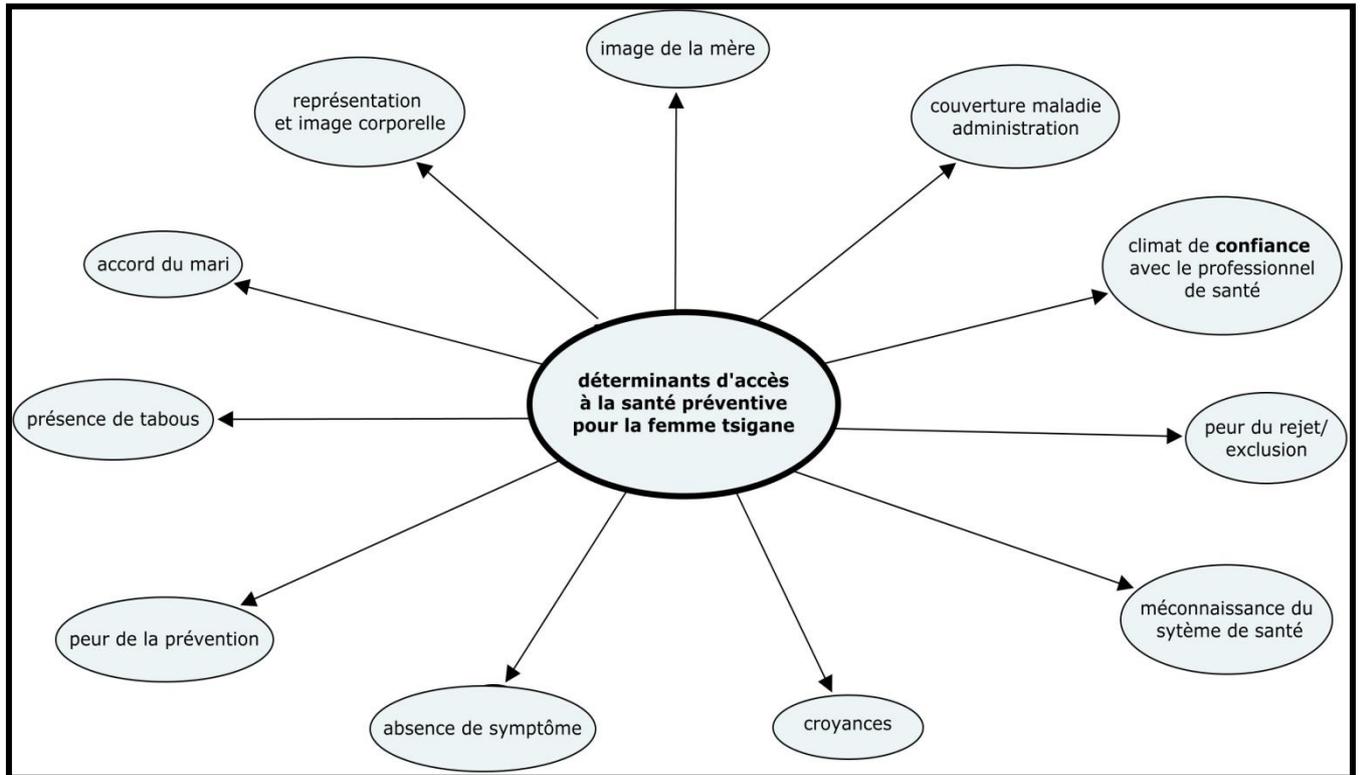
✓ Les menstruations doivent être cachées. La plupart des femmes affirment qu'il ne faut pas en parler en présence d'hommes car « *on a honte de ça* ». Nous avons noté beaucoup de connotations négatives autour des menstruations ; elles apparaissent comme sales, anormales. Le mot est souvent détourné et non prononcé. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, les menstruations inquiètent, interrogent et sont liées à la notion d'impureté. Par exemple dans le pays du Dogon au Mali, les femmes sont regroupées dans une case à l'écart des autres habitations, lors de leurs menstruations (56).

✓ Les mots désir et plaisir ne sont pas associés au terme sexualité. « *Le sexe c'est la honte.* »(CF)

✓ L'IVG n'est pas acceptée par la communauté comme dans beaucoup de milieux. Toutefois, même si auparavant, on constatait une demande rarement suivi d'un passage à l'acte (23) actuellement le recours à cette possibilité semble présent dans notre étude.

✓ Les gens du Voyage ont un fonctionnement de groupe. L'individu existe de par sa famille. Même la santé s'aborde de façon collective. C'est pourquoi la femme tsigane se trouve dans une situation inhabituelle pour elle, lorsque qu'il s'agit de soins gynécologiques. Habituee aux démarches familiales, la femme doit subitement opter pour un comportement individuel à cause de la présence de tabous au niveau de la gynécologie et de la sexualité. Il s'agit dans ce cas particulier de la santé, d'un obstacle de plus à la prévention.

2.7 Déterminants d'accès à la santé pour la femme tsigane :



3. Propositions et pistes d'approfondissement

*« Il y a une chose qui peut sauver le monde
c'est d'arriver à s'entendre et se comprendre,
il faut se donner la peine de comprendre,
faut apprendre à vivre ensemble » (F21)*

3.1 Au près de la population tsigane :

- ✓ **Profiter de la grossesse pour transmettre des messages de prévention.** On se rend compte que les jeunes filles ne sont pas vues en consultation après leur

enfance. Elles échappent à tout suivi médical. C'est pourquoi le premier contact médical de la jeune femme se situe à l'occasion de la grossesse. Il est donc nécessaire d'être très attentif et de profiter de cette période pour faire passer divers messages de prévention.

✓ **Sensibiliser les femmes à la santé en organisant des groupes de discussion sur des thèmes pertinents de santé :**

Les femmes restent curieuses et ouvertes à la discussion après avoir surmonté la première barrière de méfiance. L'expérience des entretiens nous ont montré qu'il est possible de parler de soins préventifs avec les femmes. Toutes les femmes avaient des questions. Deux des entretiens se sont terminés avec plusieurs femmes dans la caravane, par des échanges d'informations sur les différents contraceptifs, les menstruations, le frottis cervical, ou sur le vaccin contre l'HPV. Cela ne veut pas dire que leur attitude et leurs habitudes changeront du jour au lendemain. Mais l'échange est possible, et avec du temps et de la patience, des messages de prévention peuvent être entendus. Le support de transmission des concepts de prévention est important. Des plaquettes écrites auront peu d'impact. Il faut privilégier l'oralité, les groupes de discussion, les films, les plaquettes visuelles. Le passage du « Bus info santé » comme dans la région du Rhône serait un outil adapté à cette population (57)

✓ **Inciter des Tsiganes à être eux même intervenants pour leur communauté :** Les messages de prévention seraient plus efficaces s'ils provenaient de personnes sources à l'intérieur du groupe. Par exemple, lors de la coformation, le fait que l'une des animatrices soit d'origine Manouche, a permis d'accentuer la pertinence de ce travail. Les emplois « d'adultes relais », créés initialement dans les banlieues (58) pourraient avoir un rôle efficace sur les aires d'accueil.

✓ **Sensibiliser les enfants dès leur plus jeune âge à la santé,** à la représentation du corps par des actions à l'école primaire, alors qu'ils sont encore relativement scolarisés. L'école est un lieu central d'informations sur les questions d'hygiène, de prévention des maladies et de connaissance du corps. Le programme scolaire prévoit maintenant des heures d'éducation à la sexualité de l'école primaire au lycée.

- ✓ Approfondir cette enquête par une **étude centrée sur les maladies sexuellement transmissibles**, sur la représentation que la population tsigane a du VIH, et sur ses réticences vis-à-vis du préservatif.

3.2 Auprès des professionnels de santé :

- ✓ Suite à ce travail, nous avons commencé des entretiens auprès de quelques professionnels de santé sur le Bassin Chambérien pour connaître leurs représentations, leurs difficultés et appréhensions vis-à-vis de la communauté des Gens du Voyage. Ce travail n'a pas été retranscrit dans cette étude, car il ne permettait pas d'apporter des éléments pertinents sur les représentations et le vécu des femmes tsiganes autour de la gynécologie, de la grossesse et de la prévention. Cependant, les données recueillies semblent ouvrir des pistes de réflexions exploitables et complémentaires sur les obstacles d'accès aux soins préventifs de cette population. Il apparaît par exemple que le suivi médical des Tsiganes semble souvent effectué par des professionnels de santé travaillant auparavant à SOS médecins, et que les services de soins préventifs sont effectivement peu ou pas consultés...

Il serait intéressant **de réaliser une étude semi-dirigée auprès des médecins généralistes et des structures de soins préventifs** tels que la PMI ou le planning familial, pour savoir comment ils appréhendent la communauté tsigane et son accès à la santé, et quelles sont leurs représentations des Gens du Voyage. Elle permettrait de mieux cerner l'opinion, le ressenti et le vécu des professionnels. La recherche d'obstacles à l'entrée d'une population dans les soins doit avoir plusieurs niveaux d'approches : la revue de littérature, les représentations de professionnels de santé et les représentations de la population ciblée.

- ✓ **Encourager à ce que la consultation de médecine générale**, même si elle n'est pas faite par le médecin traitant, soit considérée comme une **opportunité pour faire passer des messages de prévention**. C'est une condition pour que les populations itinérantes aient un accès à une médecine de qualité. Il est difficile d'appréhender un patient dans son ensemble lors d'une consultation ponctuelle, et ce d'autant plus que le motif est un symptôme aigu et que le patient nous est inconnu. Cependant nous avons remarqué que la plupart des patients itinérants s'inscrivent dans ce type de

démarche et la difficulté d'avoir un médecin traitant compromet la continuité de la prise en charge médicale.

- ✓ Le carnet de santé a normalement cette fonction de suivi médical. Toutefois, on se rend compte qu'il n'est plus rempli après l'enfance, excepté pour les vaccinations. De plus, concernant la population étudiée, on se confronte à nouveau à l'obstacle du document écrit auquel elle attache peu d'importance.

Le développement du dossier médical personnel (DMP) à travers la carte vitale permettrait aux itinérants de conserver un suivi médical, malgré le nomadisme (49). Pour le suivi de grossesse des femmes nomades, le carnet de santé maternité peut être un outil primordial. Cependant il n'est pas systématique dans toutes les régions, et la femme doit en faire la demande. En outre il reste un support écrit, donc moins exploitable pour la femme. **Il semble important d'encourager le suivi de toutes les femmes enceintes par un carnet de santé maternité tenu à jour.**

- ✓ **Encourager la formation des professionnels de santé** pour les sensibiliser aux problèmes de cette population. Bien soigner c'est avant tout connaître l'environnement du patient, son mode de vie et de pensée, sa culture, son système de valeurs qui peut être différent et qui peut interférer dans les soins. Cela afin d'essayer de travailler avec et non contre. Il est de plus nécessaire de faire tomber les préjugés. Les professionnels de santé doivent également modifier leurs représentations parfois négatives de cette population. La rupture des stéréotypes est essentielle pour améliorer le soin.

Il serait intéressant d'instaurer un enseignement à la faculté de médecine en ce qui concerne les diverses représentations de la santé et les rapports au corps qu'entretiennent les différentes cultures qui composent notre société. Le cursus universitaire médical ne comprend en général que des matières optionnelles à ce sujet. (59)

- ✓ Inciter les structures de soins préventifs à aller davantage au contact des populations afin d'être plus visibles et présentes sur les terrains ; mais également pour qu'à terme, elles prennent d'elles même l'initiative de s'inscrire dans une démarche de prévention.

Thèse soutenue par : PIKETTY Aude

Titre : La prévention gynécologique et obstétricale chez les femmes tsiganes : analyse qualitative des représentations à travers une enquête de terrain

Conclusion

La population tsigane a une espérance de vie de quinze ans inférieure à celle de la population générale. Les différentes études et la littérature sur les Tsiganes montrent une population en mauvais état général et socialement défavorisée. Elle semble avoir tendance à aborder la santé de façon curative, au gré des symptômes, et à privilégier une consommation de soins d'urgence. Outre les difficultés relatives à travailler sur la prévention, il existe des tabous très marqués, notamment autour de la gynécologie, dont les études sur les représentations et les pratiques sont rares.

Face à ce constat, nous avons mené une étude qualitative à partir de 24 entretiens semi-dirigés de femmes tsiganes de la région Rhône-Alpes, afin de décrire leur représentation et leur vécu de la gynécologie, de la grossesse, de la sexualité et des soins préventifs.

La prévention est une démarche difficile pour la plupart des individus, mais certainement une des plus rentables dans le domaine de la santé. Il serait faux de dire que les Tsiganes n'ont aucune démarche préventive. Néanmoins beaucoup d'efforts restent à faire avec cette population qui a d'autres priorités et qui échappe au suivi du médecin traitant, du médecin du travail, et même parfois de la médecine scolaire.

Confrontés à d'autres sources (littérature, entretiens auprès de quelques professionnels, formation croisée : professionnels de santé/Gens du Voyage), plusieurs points importants émergent de cette étude :

- ✓ Les Tsiganes demeurent une population angoissée, l'anxiété étant entretenue par la méconnaissance du corps, l'incompréhension du système de santé, et les craintes vis-à-vis de la population générale, la peur du rejet : il est important d'instaurer un climat de « CONFIANCE » ; sans quoi tous les efforts, imprégnés de nos connaissances scientifiques, ne seront pas effectifs. Cela présuppose une écoute et une compréhension de son fonctionnement.

- ✓ Il apparaît que la méconnaissance du système de santé et du corps, la présence de tabous, l'omniprésence de peurs, l'incertitude face à l'avenir compliquent l'accès à la santé de type préventive.
- ✓ Les femmes ont une place privilégiée dans la santé de la famille. En tant que pilier dans le système familial, elles ont une influence certaine sur la santé du reste du groupe. De plus elles sont l'intermédiaire dans la relation avec la société Gadgé.
- ✓ La grossesse est un moment clé dans la société tsigane. Le suivi médical à cette occasion est reconnu et accepté.
- ✓ La contraception est utilisée dans la communauté, mais seulement après le premier enfant. Une demande d'espacement des naissances est constatée. Des réticences et des craintes demeurent sur certains contraceptifs, notamment sur le préservatif.
- ✓ Les obstacles à l'accès aux soins préventifs sont multiples, mais en premier lieu il ne faut pas oublier des conditions de vie difficiles, une paupérisation par perte progressive des emplois traditionnels, un handicap lié à l'illettrisme très fréquent... Il est tentant de rejeter la faute sur les particularités culturelles, alors que les réalités de vie quotidienne sont très différentes de celles perçues par les professionnels de santé. « Il n'y a pas de clinique hors contexte social » (J. FURTOS)

Ces résultats nous amènent à proposer plusieurs pistes de recherche. De la sensibilisation des femmes à la santé par des groupes de discussion, ou des enfants à l'école primaire, jusqu'à un travail auprès des professionnels de santé sur leurs représentations et leurs pratiques face à des Gens du Voyage, en passant par le développement de nouveaux outils comme le dossier médical personnel (DMP), le carnet de santé maternité..., cette étude permet d'ouvrir des pistes de réflexion et d'action dans ce large champ de la prévention, auprès de cette population qui reste mal connue.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/5/2010

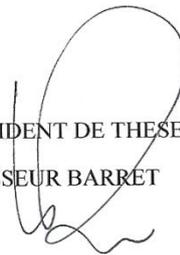
LE DOYEN

B. SELE




LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR BARRET



Bibliographie

1. OMS. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. New York, 22 juillet 1946. Disponible sur : <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>>
2. *Monde Tsigane. Spécial santé*, ARTAG, 2^{ème} trimestre 2009, n°30, 8 p.
3. LE ROUX, Muriel, GUIRAUD, Jean-Claude, BOTTON, Didier. Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2007, n°390, p. 4-6 (« Aide à l'Action »). Disponible sur : <<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/390/07.htm> >
4. LEVY, Daniel. La santé chez les Gens du Voyage. In DROBENKO, Bernard (ed.) *Territoires et minorités : la situation des gens du voyage. Actes du colloque des 25 et 26 mars 2004 à l'Université de Limoges*. Limoges : PULIM, p. 203-217. (Les Cahiers du CRIDEAU n°12) (Centre de Recherches Interdisciplinaires en Droit de l'Environnement, de l'Aménagement et de l'Urbanisme)
5. DURANTEAU, Camille. *La santé des gens du voyage : approche sanitaire et sociale*. Paris, Montréal (Québec) : L'Harmattan, 1999, 160 p.
6. CRESTANI, Josette. *L'accès aux soins des Gens du voyage*. Thèse de Médecine générale : Université de Nancy I, 1992, 139 p. + annexes
7. BIDET, Marie. *Les gens du voyage, locaux ou cosmopolites ? : la gestion publique du nomadisme en France*. Thèse de doctorat de sociologie : Ecole Normale Supérieure de Cachan, 2009, 541 p. Disponible sur : <<http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00457477/fr/>>
8. LIEGEOIS, Jean-Pierre. *Mutation tsigane : la révolution bohémienne*. Bruxelles : Complexe, Paris : diffusion PUF, 1976, 228 p. (L'Humanité complexe)

9. REYNIERS, Alain. *Tsigane, heureux si tu es libre! ...Les Roms entre marche et insertion*. Paris : UNESCO, 1998, 225 p. + 1 CD-ROM. (Mémoire des peuples)
10. Assemblée Nationale. Proposition de loi N°3714, tendant à la reconnaissance du génocide tsigane pendant la seconde Guerre Mondiale, 27 février 2007
11. RIVES, Julie. *La maternité dans la « sécurité » médicale : le cas d'une communauté tsigane dans le sud-ouest de la France*. DESS de psychologie interculturelle : Université Toulouse 2 - Le Mirail, 1994, 64 p. + annexes
12. CUZIN-FAGUIER, Claire. *La nuptialité et la fécondité des femmes tsiganes : évolution sociodémographique. Un exemple en Île de France*. Maîtrise de sociologie, option démographie : Université Paris X – Nanterre, 1993, 100 p.
13. HUYGHE, Claire. *Le médecin généraliste et le patient tsigane : Analyse des représentations, des attentes réciproques et de la diversité de la relation médecin-malade à partir d'une enquête de terrain au sein de l'agglomération toulousaine*. Thèse de médecine générale : Toulouse : Université Toulouse III Paul Sabatier, 2007, 191 p.
14. Le Centre Européen pour les droits des Roms. *HORS d'ICI! Anti-tsiganisme en France*. Série des rapports pays. N°15, 2005, 352 p. Disponible sur : <http://www.a-part-entiere.org/data/File/rapport_ERRC.pdf>
15. Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. *La santé des Gens du Voyage : comprendre et agir*. 2009, 71 p. Disponible sur : <http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/La%20sante%20des%20Gens%20du%20Voyage.pdf>
16. Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000583573>>

17. Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes. *Gens du voyage : passer du stationnement à l'habitat*. 2007, 80 p. (Dossiers de la MRIE). Disponible sur :
<http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/DossierGensduvoyage2007.pdf>
18. Ligue des droits de l'Homme. *Rapport annuel 2008*. Numéro spécial LDH, 2009, 230 p. Disponible sur : <http://www.ldh-france.org/IMG/pdf/rapport_annuel_2008_def.pdf>
19. LANGLET Marianne. Gens du voyage : un chemin vers les soins semé d'embûches. *Lien Social*. 2006, n° 791, p. 8-11. Disponible sur : <http://www.lien-social.com/spip.php?article1151&id_groupe=12>
20. Association Tsigane Solidarité. La santé et l'accès aux soins à Toulouse. *Etudes tsiganes : Tsiganes et santé : De nouveaux risques ?*, 2/1999, n°14, p. 85-86
21. LANGLET Marianne. *Il faut tenir compte de leur singularité*. *Lien Social*. 2006, n° 791, p. 8-11. Disponible sur : <http://www.lien-social.com/spip.php?article1151&id_groupe=12>
22. KOVACS-BOSCH, Annie. *Etude exploratoire des représentations de la maladie et de la guérison chez les Manush'*. DEA anthropologie sociale et ethnologie : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1997, 162 p.
23. PLANE, Philippe. *Les tsiganes et le système de santé*. Mémoire pour l'obtention du certificat d'études spéciales d'Hygiène, de Médecine Préventive et de Santé Publique. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, 1989, 176 p.
24. FAYA, Jean. Diagnostic de santé communautaire de la population des Gens du Voyage du Rhône. *Migrations Santé : Interculturel, Socialisation et Santé communautaire*. 1^{er} trimestre 2003, n°114, p. 51-68
25. Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale (CRCOS). Populations particulièrement exposé : les Gens du Voyage. In *Différentes facettes de la*

précarité en Basse-Normandie. janvier 2006, 6 p. Disponible sur : < <http://basse-normandie.sante.gouv.fr/drass/social/crcos/facettes/GENSDUVOYAGE.pdf>>

26. GRANIER-TURPIN, Danièle. Europe : la santé des tsiganes en examen ? *Etudes tsiganes : Tsiganes et santé : De nouveaux risques ?*, 2/1999, n°14, p. 99-102
27. STITOU, Emmanuelle. Femmes gitanes et manouches face à la maternité. *Migrants tsiganes*, 2006, n°20, p. 4-5
28. BELOT, Marie-Hélène. Les Tsiganes...l'hôpital...et nous : rencontre « interculturelle » avec les Tsiganes : quelques conseils pratiques. *Migrants tsiganes*, 2006, n°20, p. 8
29. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000020684>>
30. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS : recommandations et indicateurs*. Mai 2008, 10p. (Etablissements de santé. Droits et accueil des usagers. Disponible sur : <http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2008/06_juin_2008/sante//44899_recommandations_pass.pdf>
31. PRAPS. *La première génération de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité*. Annexe 4. Fiche de synthèse : La santé des gens du voyage dans les PRAPS. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/2210pr.htm>>
32. Direction Générale de la Santé. *Circulaire n° DGS/SD6D/2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)*. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/3414pr.htm>>

33. Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. *Evaluation de la loi CMU : rapport n° IV réalisé en application de l'article 34 de la loi n°9 9-641 du 27 juillet 1999.* juillet 2009, 132 p. Disponible sur :
<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000402/0000.pdf>>
34. QUERROUIL, Olivier. Assurance maladie et CMU. *Etudes tsiganes : Tsiganes et santé : De nouveaux risques ?*, 2/1999, n°14, p. 43-45
35. LOISEAU, Gaëlla. L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales. In : LIEGEOIS Jean Pierre (dir.) *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France. Rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale.* Rennes : Editions de l'Ecole nationale de santé publique, 2007, p. 153-193
36. Association Ulysse 35. *Les femmes du Voyage à la maternité : peurs et tabous.* Rennes : Mars 2007, 19 p. multigr.
37. AUBEN-AUGER, Isabelle, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue française de médecine générale*, 2008, vol. 19, n°84, p. 142-145
38. BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien.* 2^{ème} édition refondue. Paris : Armand Colin, 2010, 126 p. (« 128 » Sociologie)
39. PASQUIER, Estelle. *Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale.* Mémoire de Médecine Générale : Lyon : Faculté Lyon Nord, 2004, 21 p.
40. JONES, Russel A. *Méthodes de recherche en sciences humaines.* Traduction de la 2^{ème} édition. Paris, Bruxelles : De Boeck université, 2000, p.137-165 (Méthodes en sciences humaines)

41. MILES, Matthew B., HUBERMAN, A. Michael. *Analyse des données qualitatives*. Traduction de la 2^{ème} édition. Paris, Bruxelles : De Boeck université, 2003, 626 p. (Méthodes en sciences humaines) (p.58-71)
42. Ibid. (p.477-518)
43. OLIVIER DE SARDAN, Jean Pierre. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant, 2008, 365 p. (Anthropologie prospective ; 3)
44. Groupes de recherche Quart Monde - Université et Quart Monde Partenaire. *Le croisement des savoirs et des pratiques : quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble*. Paris : Éditions de l'Atelier et Editions ATD Quart Monde, 2008, 703 p.
45. DE GOER, Bruno, FERRAND, Claude, HAINZELIN, Pierre. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n°2, p.163-175
46. MARCHAND, Claire, D'IVERNOIS, Jean-François. Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie médicale*, novembre 2004, vol. 5, n°4, p. 230-240.
47. FURTOS, Jean. *Les cliniques de la précarité. : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2008, 284 p. (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française)
48. Ministère de la santé et des solidarités. *Réforme de l'Assurance maladie. Dossiers d'actualité. Médecin référent, médecin traitant : ce qui va changer : Questions pratiques sur le médecin traitant*. disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/actu/medecinref_0105/questions.htm

49. Ministère de la Santé et des Sports. Le dossier médical personnel : *Les atouts du dossier médical personnel*. Juillet 2004. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/actu/dmp.htm>
50. HAS, service des recommandations professionnelles. *Comment mieux informer les femmes enceintes : recommandations pour les professionnels de santé*. Avril 2005, 134 p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf>
51. Haute Autorité de santé (HAS), service des recommandations professionnelles. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées : recommandations professionnelles*. Mai 2007, 39 p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf>
52. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Service des recommandations professionnelles / Service évaluation économique. *Recommandations pour la pratique clinique : Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. Mai 2004, 31 p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf>
53. *La demande de soins : Grossesse : l'essentiel*. In COHEN, Jean, MADELENAT, Patrick, LEVY-TOLEDANO, Rachel (éd.). *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ? : état des lieux et perspectives en 2020*. Mis en ligne par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 30 mai 2000 Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_07.htm>
54. Institut national de la statistique et des études économiques. *Natalité et fécondité au sein de l'Union Européenne*. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPTEF02215>

55. ANAES, service des recommandations professionnelles. *Recommandations pour la pratique clinique : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Décembre 2004, 47 p. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf>
56. GRIAULE, Marcel : DIEU D'EAU: entretiens avec Ogotemméli. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1975, 224 pages. Première édition: 1948.
<http://classiques.uqac.ca/classiques/griaule_marcel/ogotemmeli_dieudeau/ogotemmeli_dieudeau.html>
57. Bus Info Santé : l'info pour tous ! Rhône le département. Disponible sur : <http://www.rhone.fr/solidarite/l_enfant_et_sa_famille/sante_et_pmi/la_famille/bus_info_sante_l_info_pour_tous>
58. Ministère du travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. *Les activités d'adultes relais*. Disponible sur : <<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/contrats-de-travail,109/les-activites-d-adultes-relais,993.html>>
59. FAYA, Jean. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. Thèse de médecine générale : Lyon : Université Claude Bernard Lyon I, 2001, 130 p.
60. Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC), Conseil de l'Europe. *Vaincre les obstacles : l'accès des femmes roms à la santé publique*. Septembre 2003, 132 p. disponible sur : <<http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/ROMA-HC-FR.pdf>>
61. *Etudes Tsiganes : Etre une femme dans le monde tsigane*, 1^{er} et 2^{ème} trimestre 2008, n°33-34
62. MISSAOUI, Lamia. *Gitans et santé de Barcelone à Turin : les compétences de l'étranger de l'intérieur, ethnicité et métissage chez les gitans catalans et andalous*

autour des problèmes de santé publique. Cante : Ed. Trabucaire, 1999, 103 p.
(Recherches en cours ; 2)

63. ROMEUROPE. Actes du Colloque Européen (Paris, 2000/10/19-20) *Roms, Sintés, Kalés, Tsiganes en Europe : promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse*. Paris : Romeurope, 2001, 129 p.
64. LAMARA, Farid. Projet Romeurope : de l'identification des déterminants de l'état de santé à l'élaboration d'un réseau transnational pour la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé chez les populations roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion en Europe. *Etudes tsiganes : Tsiganes et Santé : De nouveaux risques ?*, 2/1999, n°14, p. 114-131
65. Charlemagne, Jacqueline. Politiques sociales, exclusion, santé. *Etudes tsiganes : Tsiganes et santé : De nouveaux risques ?*, 2/1999, n°14, p.10-33. Disponible sur : <http://www.etudestsiganes.asso.fr/tablesrevue/PDFs/Vol%2014%20tsiganes%20et%20sant%20E9.pdf>
66. GUIRAUD, Jean-Claude. La santé des tsiganes en questions. *Etudes tsiganes : Tsiganes et santé : De nouveaux risques ?*, 2/1999, n°14, p. 46-47

ANNEXE 2 : Description des aires d'accueil

TYPES D'AIRES	TERRAIN pour la halte	AIRE de petit passage	AIRE d'accueil	AIRE de grand passage	EMPLACEMENT pour grand rassemblement	TERRAINS familiaux (art. 8)
Destination	Simple halte pour assurer la liberté constitutionnelle d'aller et de venir	Séjour de très courte durée et occasionnels pour des petits groupes de caravanes	Accueil de familles dont les durées de séjour sont variables et peuvent aller jusqu'à plusieurs mois	Séjours de courte durée pour les grands groupes de 50 à 200 caravanes au maximum	Terrain pour grands rassemblements traditionnels ou occasionnels regroupant un grand nombre de caravanes quelques jours par an	Terrains pour l'installation des caravanes constituant l'habitat permanent de leurs occupants. Durée de séjour plus longue, définie par un contrat d'occupation
Inscription au schéma	Non	en annexe du schéma	Oui	Oui	Oui	En annexe du schéma
Aide de l'Etat à l'investissement	Non	70 % de la dépense dans la limite d'un plafond de subvention de 20 000 F par place de caravane	70 % de la dépense plafonnée à 100 000 F par place de caravane pour les aires nouvelles et à 60 000 F pour les aires à réhabiliter	70 % de la dépense plafonnée à 750 000 F par opération	Non	Non
Aide de l'Etat à la gestion	Non	Non	840 F par mois et par place de caravane	Néant	Non	Non
Application des dispositions de l'article 9	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Pouvoir de substitution du préfet	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Normes et préconisations d'aménagement	-	Préconisations	Normes et préconisations	Préconisations	-	-
Normes et préconisations de gestion	-	-	Normes et préconisations	Préconisations	-	-

ANNEXE 3 : Présentations des diverses associations ayant participées à ce projet

(Données reprises sur le site internet de la FNASAT : Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes, <http://www.fnasat.asso.fr/presentation.htm>)

A.R.T.A.G.

Association Régionale des Tsiganes et de leurs Amis Gadjé
B.P. 105
69150 DECINES
Tél. 04.78.79.60.80 - Fax 04.78.82.06.88
E-mail : contact@artag-asso.com

Président : Franck Sicler - **Directeur** : Xavier POUSSET

Statut : Association 1901

Zone(s) géographique(s) d'intervention :

Départementale - Régionale

Actions et activités :

Défense des droits et action militante

Accompagnement procédure judiciaire

Médiation

Groupes de travail lutte contre les discriminations

Habitat et séjour

Diagnostic

Accompagnement et conception de projet habitat

Sédentaire et aires d'accueil

Membre du GIE CATHS

Mise en œuvre et suivi du schéma départemental

Economie

Appui à la création et au développement d'activités économiques indépendantes

Formations à la gestion de micro entreprise

Approche du salariat

Scolarisation et Animations périscolaires

Soutien et accompagnement scolaire, médiation auprès des écoles

Sorties pédagogiques, animations sur les terrains en lien avec les parents

Accès aux nouvelles technologies

Domiciliation

Election de domicile pour favoriser l'accès aux droits (575 familles)

Accompagnement social

Suivi d'insertion des personnes bénéficiaires du RMI

Permanences d'information et d'orientation des familles...

Formation et actions de sensibilisation

Formations auprès d'écoles et des partenaires sur la " connaissance des GDV "

Santé

Groupe de travail Voyageurs et personnel médical (2008-2009)

Actions culturelles

Festival annuel **Itinérances Tsiganes**,

Promotion/ sensibilisation du " grand public " : stand, expo, participation à divers projets culturels, diffusion d'outils de connaissance

Edition d'un Journal trimestriel **Monde Tsigane**

Centre de documentation

Livres, Revues spécialisées (Etudes tsiganes, Territoires...)

Compte-rendu d'activités

Documentation

Revue de presse

Vidéo

Musique

Europe

Projet **CODIPE EQUAL CO**ntre les **DI**scriminations et **P**our l'**E**mloi des Gens du Voyage [2002-fin 2007]

Programme Roms et Voyageurs (Comité de pilotage) pour appuyer le développement d'initiatives locales axées sur l'éducation informelle afin de favoriser l'inclusion des Roms et Voyageurs en Roumanie, Slovaquie, France et Bulgarie

A.L.A.P.

Association Logement Accueil et Promotion

Section Gens du Voyage

4 passage de la Cathédrale

74000 ANNECY

Tél. 04.50.51.53.14 / 04.50.45.90.38 (Serv. Gens du Voyage) Fax 04.50.45.99.36

E-mail : alap3@wanadoo.fr - alap.actionsociale@wanadoo.fr - Site Web : www.alap74.org

Président : Jean-Claude LALLIARD - **Directeur** : J.Boude

Antenne Annemasse

Antenne Thonon-les-Bains

Statut : Association 1901

Zone(s) géographique(s) d'intervention :

Communale

Intercommunale

Départementale

Actions et activités :

Défense des droits et action militante

Habitat et séjour

Secrétariat du Comité Habitat Adapté

Economie (entreprise d'insertion...)

Accompagnement économique

Formation et scolarisation

Formation d'enseignants

Santé
Action PRAPS

RMI
- Domiciliation
- suivi d'insertion
- service instructeur

Développement local : les schémas départementaux
Membre du comité consultatif

La Sasson
(Equipe sociale)
142 rue de la Perrodière
73 230 SAINT ALBAN LEYSSE
Tel : 04 79 60 72 60 Fax : 04 79 85 26 57
Email : paule.lasasson@wanadoo.fr

La Sasson
(Secteur Gens du Voyage Tarentaise)
45, avenue Jean Jaurès
73200 ALBERTVILLE
Tel/Fax : 04 79 38 88 73
lasassongdv@wanadoo.fr

Président : Pierre Colin - **Responsable** : Fabien Terraz

Statut : Association 1901

Zone(s) géographique(s) d'intervention :

Départementale
Communale
Intercommunale

Actions et activités :

Habitat et séjour

Economie (entreprise d'insertion...)
En partenariat avec l'association ADIE

Formation et scolarisation

Santé

RMI
- Domiciliation
- suivi d'insertion
- service instructeur

Développement local : les schémas départementaux

A.P.M.V.

Action et Promotion en Milieu Voyageur
Service social des Gens du Voyage
129, Cours Berriat
38000 GRENOBLE
Tél. 04.76.49.01.03 - Fax 04.76.49.30.78
E-mail : apmv@sea38.org

Président : Monsieur DETROYAT - **Directeur** : Philippe Gallet

Statut :

Association 1901

Zone(s) géographique(s) d'intervention :

Départementale

Actions et activités :

Economie (entreprise d'insertion...)

Santé

RMI

- Domiciliation
- suivi d'insertion
- service instructeur

Développement local : les schémas départementaux

ANNEXE 4 : Guide d'entretiens

➤ Questions sur la grossesse

- parlez-moi de vos grossesses
- Que représente le premier enfant ?
- Que représente la grossesse ?
- Nombre d'enfants, nombre de grossesses, nombre de fausses couches
- Age de la première grossesse
- Intérêt pour vous des échographies, du suivi
- Accouchement, l'hôpital
- Tabac et grossesse
- L'IVG : acceptée par la communauté ?

➤ Pouvez-vous me parler de vous ?

- Age, situation familiale : célibataire / mariée
- Nombre d'enfants
- Appartenance à quelle communauté ?
- Itinérante / semi-sédentaire / sédentaire
- Profession, emploi / RSA, illettrisme ?
- Couverture d'assurance maladie (mutuelle / CMU)
- Suivi par un médecin généraliste ?, suivi par un gynécologue ?
- Qui s'occupe de la santé dans la famille ?

➤ **Questions sur la contraception**

- Que représente pour vous la contraception ?
- Utilité / peur / tabou / difficulté / accessibilité
- Connaissance des différents contraceptifs
- Le préservatif
- Utilisez-vous un contraceptif ? le(s)quel(s) ? A quelle période de votre vie génitale ? Qui vous le prescrit ?

➤ **Questions sur les représentations**

- Représentation du corps
- représentation des menstruations
- Les tabous autour de la gynécologie et la sexualité
- La virginité

➤ **Questions sur le suivi gynécologique**

- Intérêt d'un suivi ?
- FCV ? Mammographie ?
- L'examen gynécologique

➤ **Que représente pour vous la prévention ?**

- La dernière fois que vous avez consulté un médecin ? où ? (médecin généraliste /hôpital /urgences... ? Motifs ? Curatif ou préventif ?
- Le symptôme
- Vaccinations / Vaccin contre HPV intérêt ?

➤ **Questions ?**

ANNEXE 5 : Préambule à l'entretien des femmes tsiganes

Explications orales données aux femmes avant le début de l'entretien :

- C'est une étude pour ma thèse de médecine générale : j'interroge des femmes Gens du Voyage sur leur vécu de la grossesse leur approche de la santé gynécologique. Ce travail est réalisé pour mieux comprendre vos attentes et pour améliorer notre prise en charge en tant que médecin. *Nom de l'association* m'a dit que vous étiez intéressée pour répondre à un entretien
- Vos réponses resteront anonymes,
- Si vous le permettez l'entretien est enregistré pour pouvoir le mettre ensuite par écrit et l'analyser. Acceptez vous qu'il soit retranscrit dans le travail final ?
- L'entretien va durer 30 à 45 minutes environ.
- Si vous ne comprenez pas bien ce que je vous demande, n'hésitez pas à me demander.
- Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser. J'essaierai d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien pour vous laisser entièrement la parole avant.

LA GROSSESSE

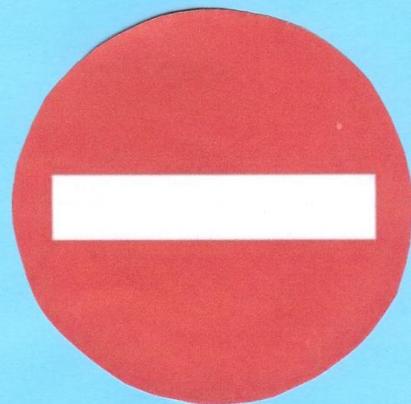
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

Pas de tabac

Pas de drogue

Pas d'alcool

Pas de médicament (sans avis de son médecin)



Eviter les longs trajets

CE QU'IL FAUT FAIRE



Attention aux petits signes
d'alerte

Consulter votre médecin



Se nettoyer les mains
régulièrement

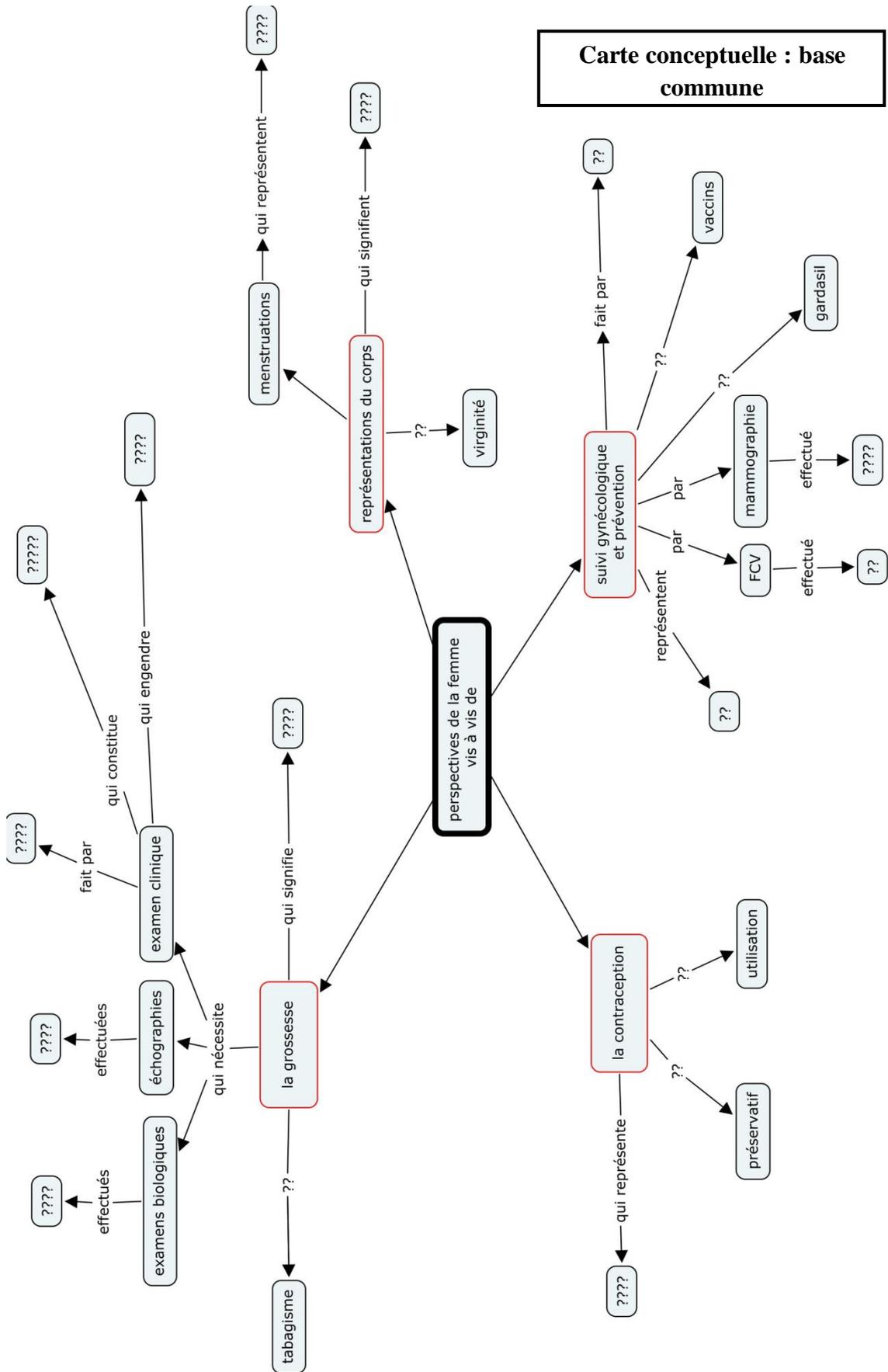
Laver régulièrement le
réfrigérateur



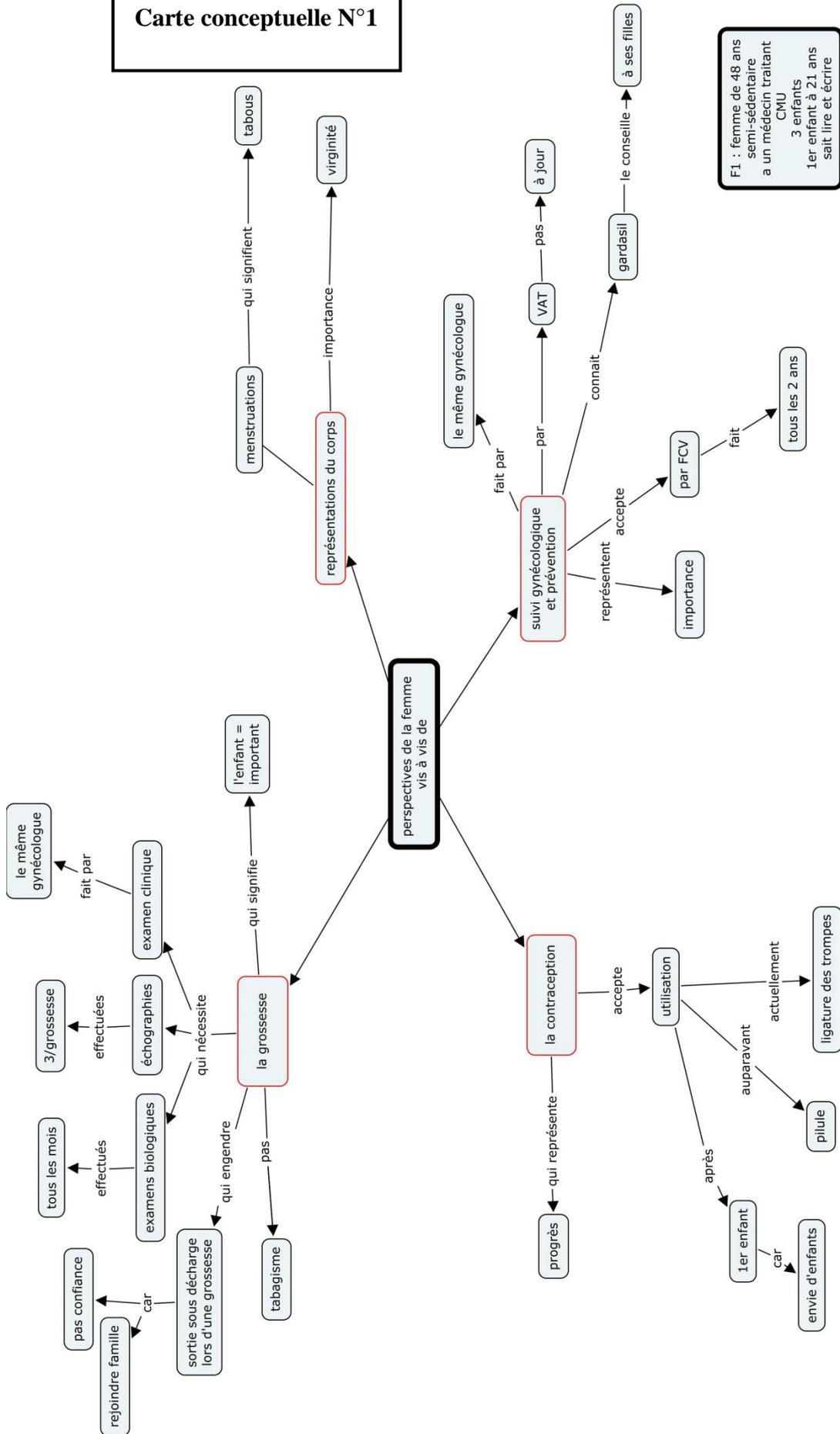
Alimentation équilibrée

Bien laver les fruits et légumes

ANNEXE 7 : Cartes conceptuelles

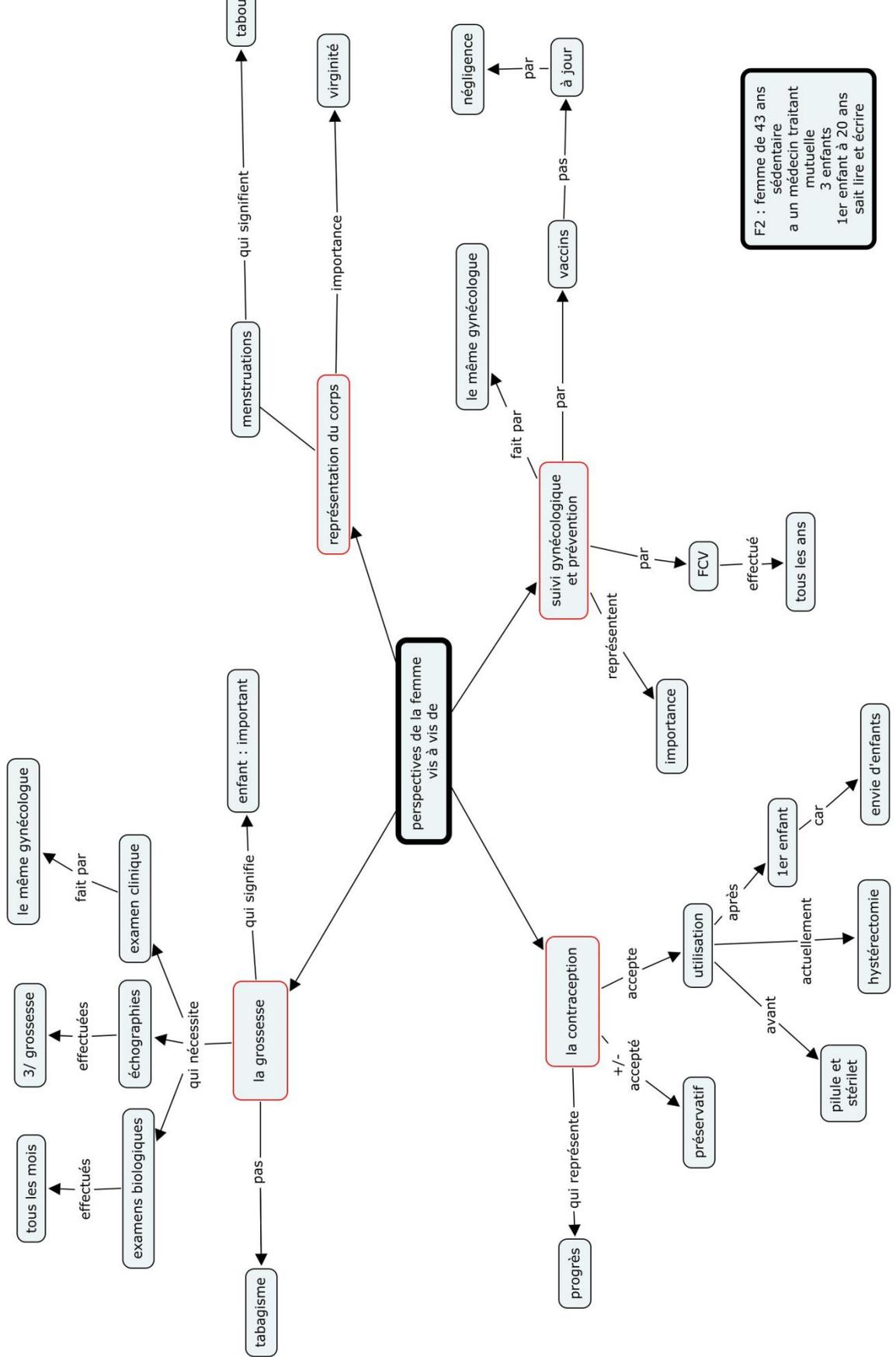


Carte conceptuelle N°1



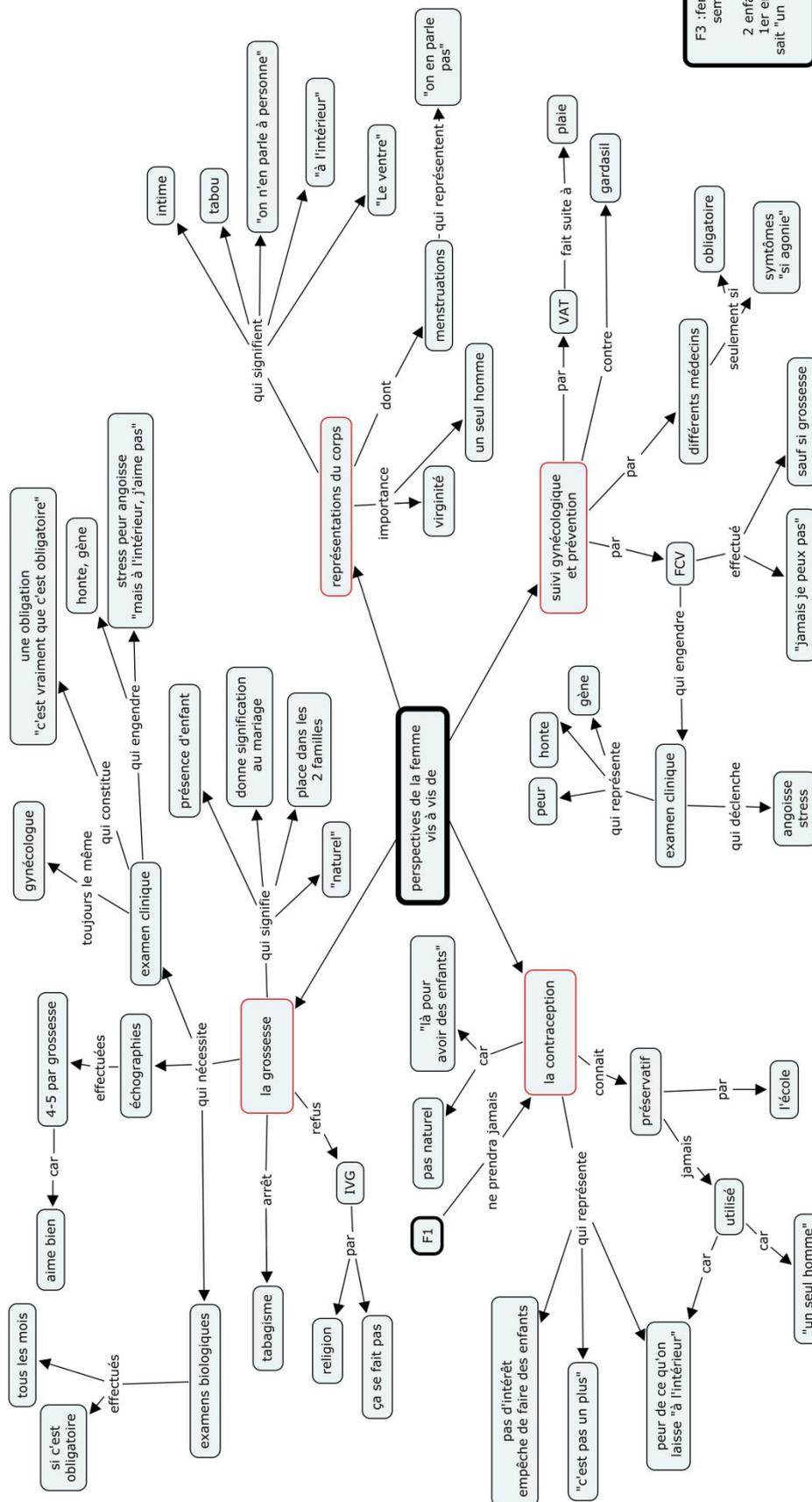
F1 : femme de 48 ans
 semi-sédentaire
 a un médecin traitant
 CMU
 3 enfants
 1er enfant à 21 ans
 sait lire et écrire

Carte conceptuelle N°2



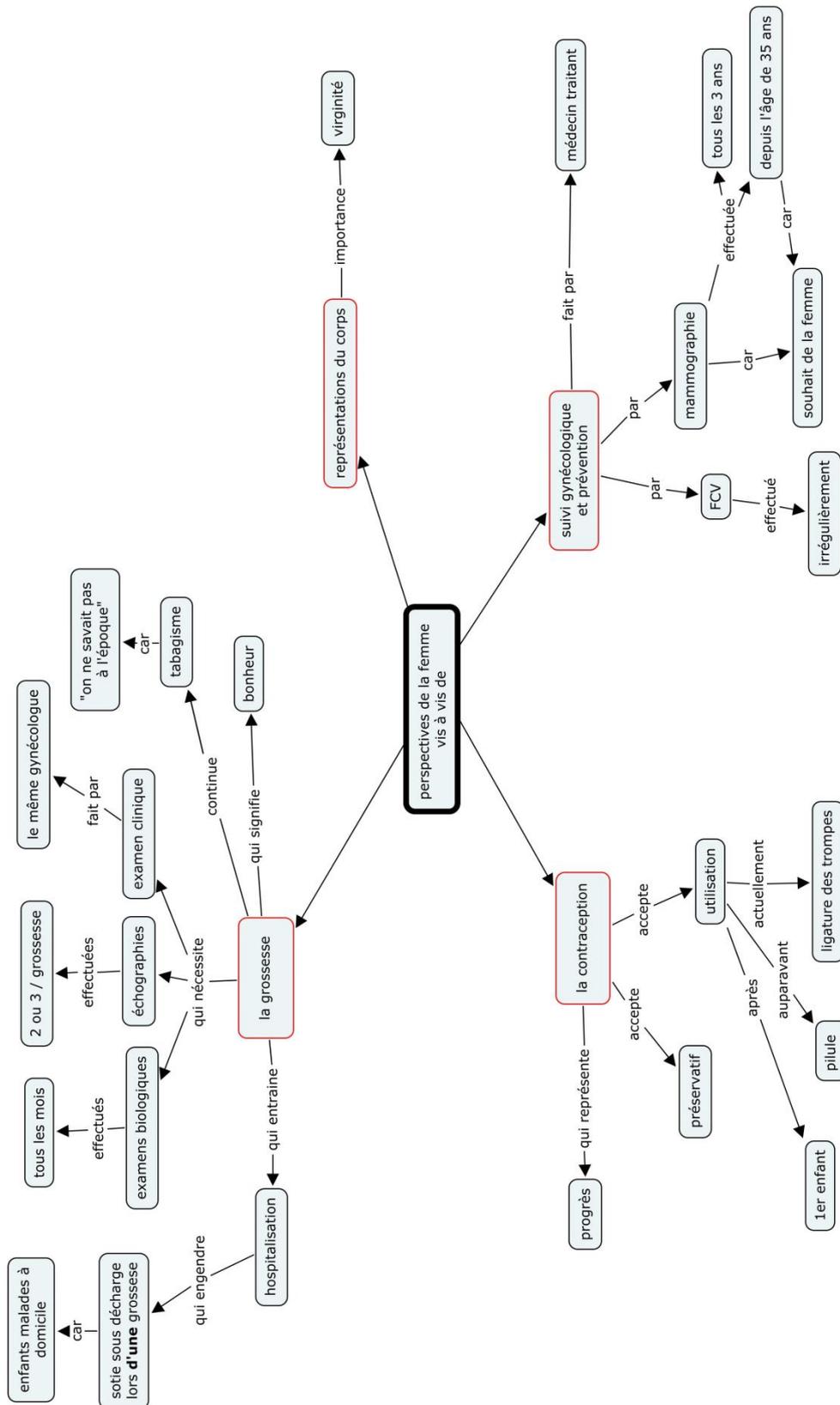
F2 : femme de 43 ans
sédentaire
a un médecin traitant
mutuelle
3 enfants
1er enfant à 20 ans
sait lire et écrire

Carte conceptuelle N°3



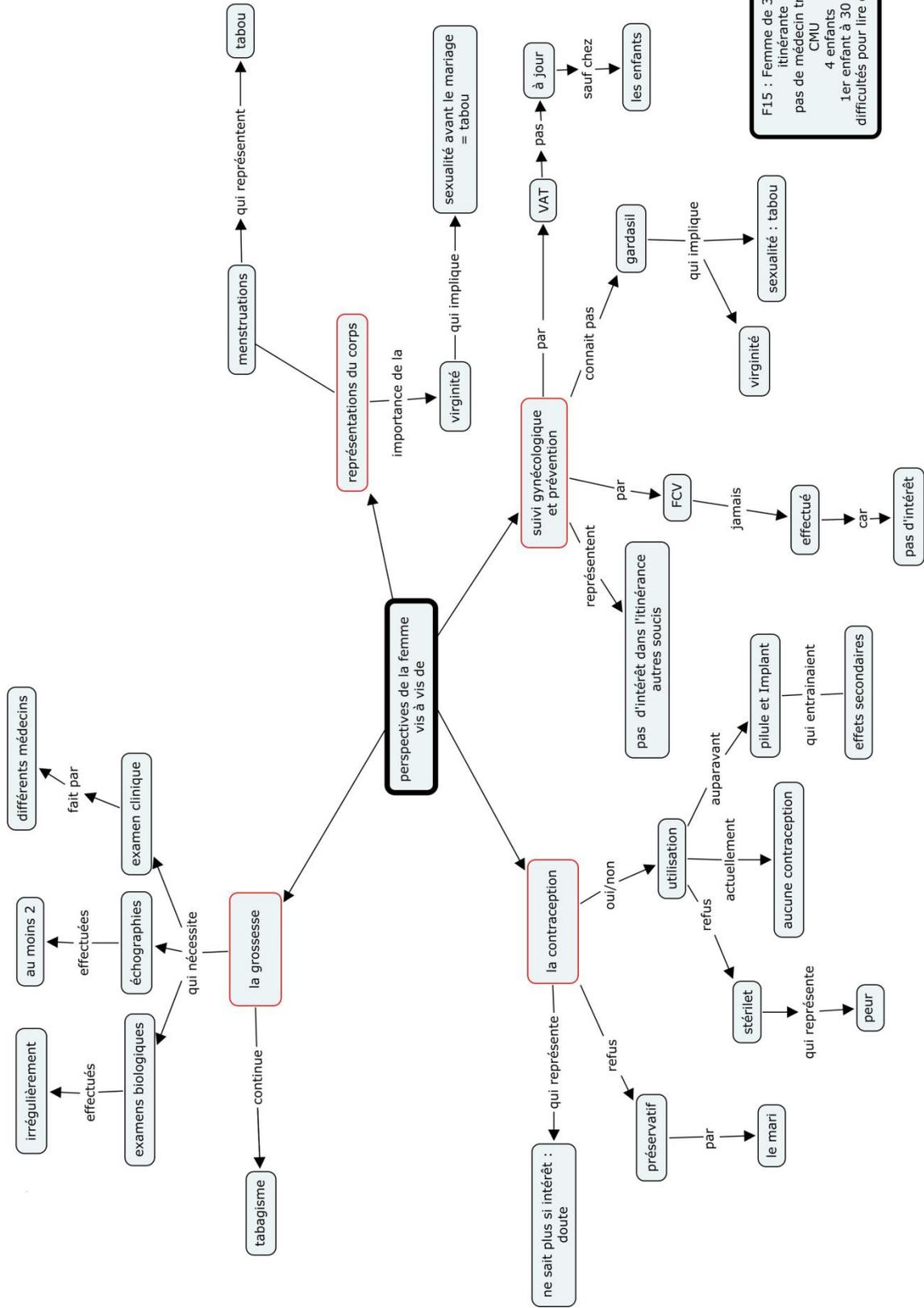
F3 : femme de 28 ans
semi-sédentaire
CMU
2 enfants, enceinte
1er enfant à 20 ans
sait "un peu" lire et écrire

Carte conceptuelle n°4

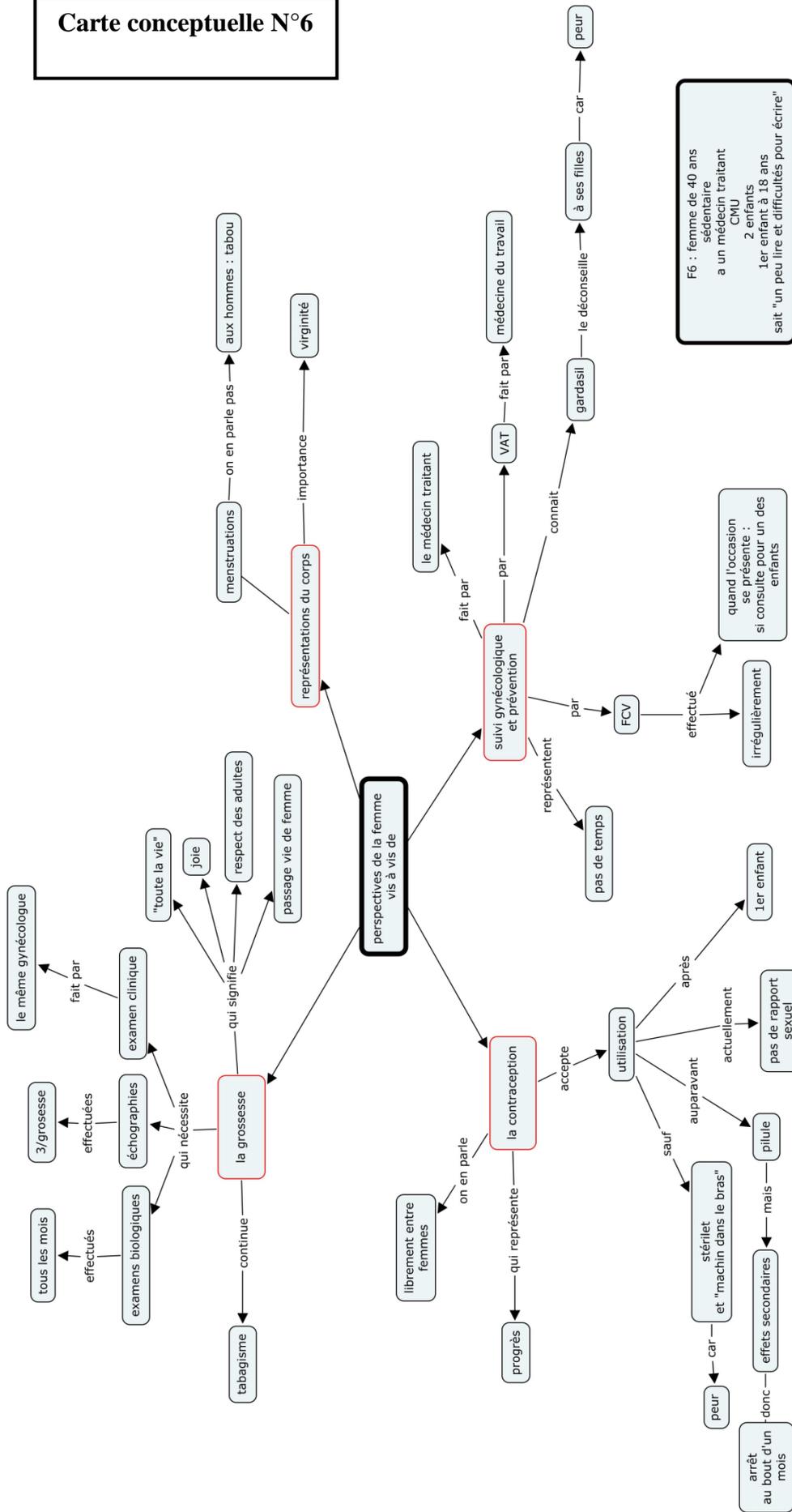


F4 : femme de 50 ans
sédentaire
a un médecin traitant
CMU
4 enfants
1er enfant à 22 ans
sait lire et écrire

Carte conceptuelle N°5

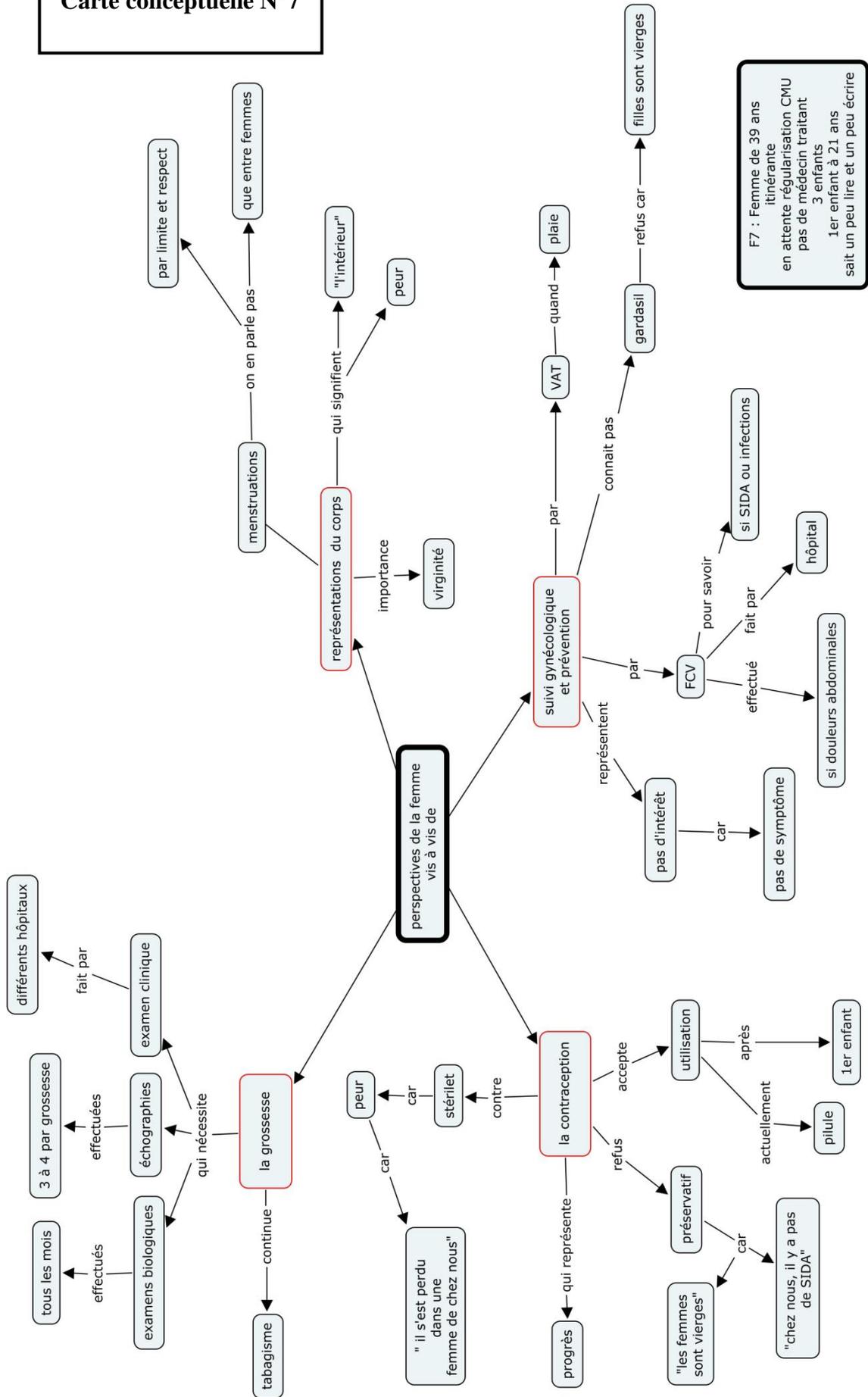


Carte conceptuelle N°6



F6 : femme de 40 ans sédentaire a un médecin traitant CMU 2 enfants 1er enfant à 18 ans sait "un peu lire et difficultés pour écrire"

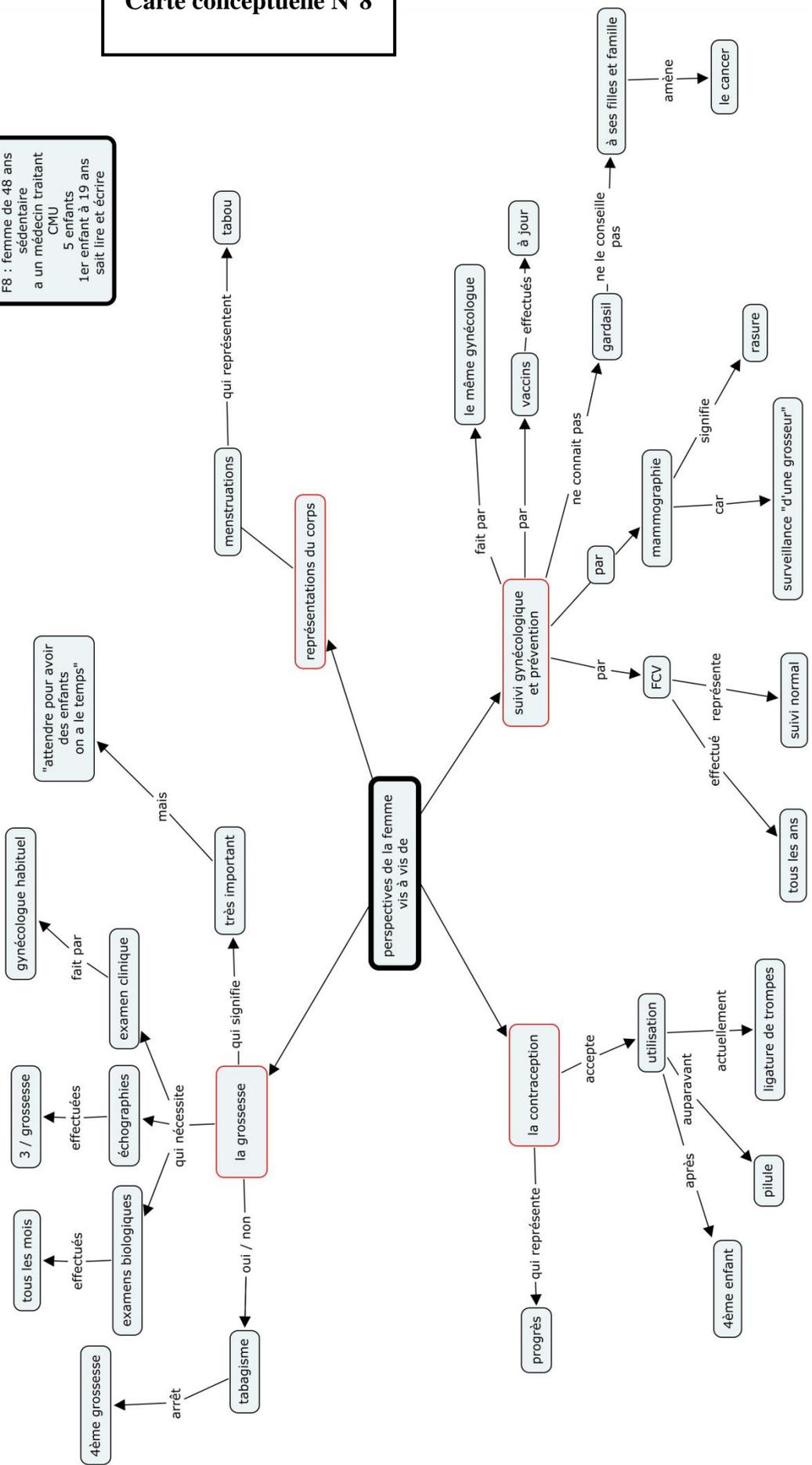
Carte conceptuelle N°7



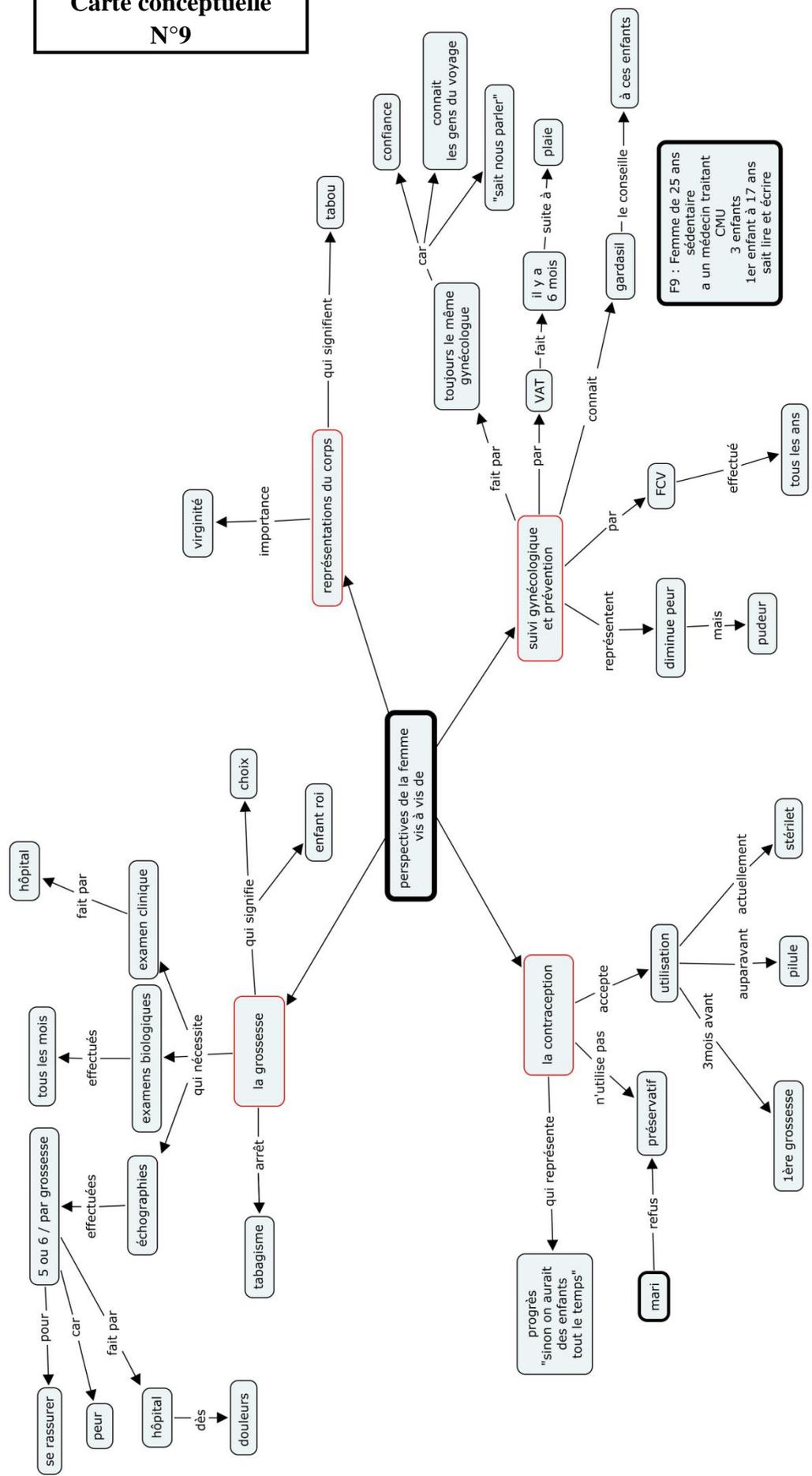
F7 : Femme de 39 ans
itinérante
en attente régularisation CMU
pas de médecin traitant
3 enfants
1er enfant à 21 ans
sait un peu lire et un peu écrire

Carte conceptuelle N°8

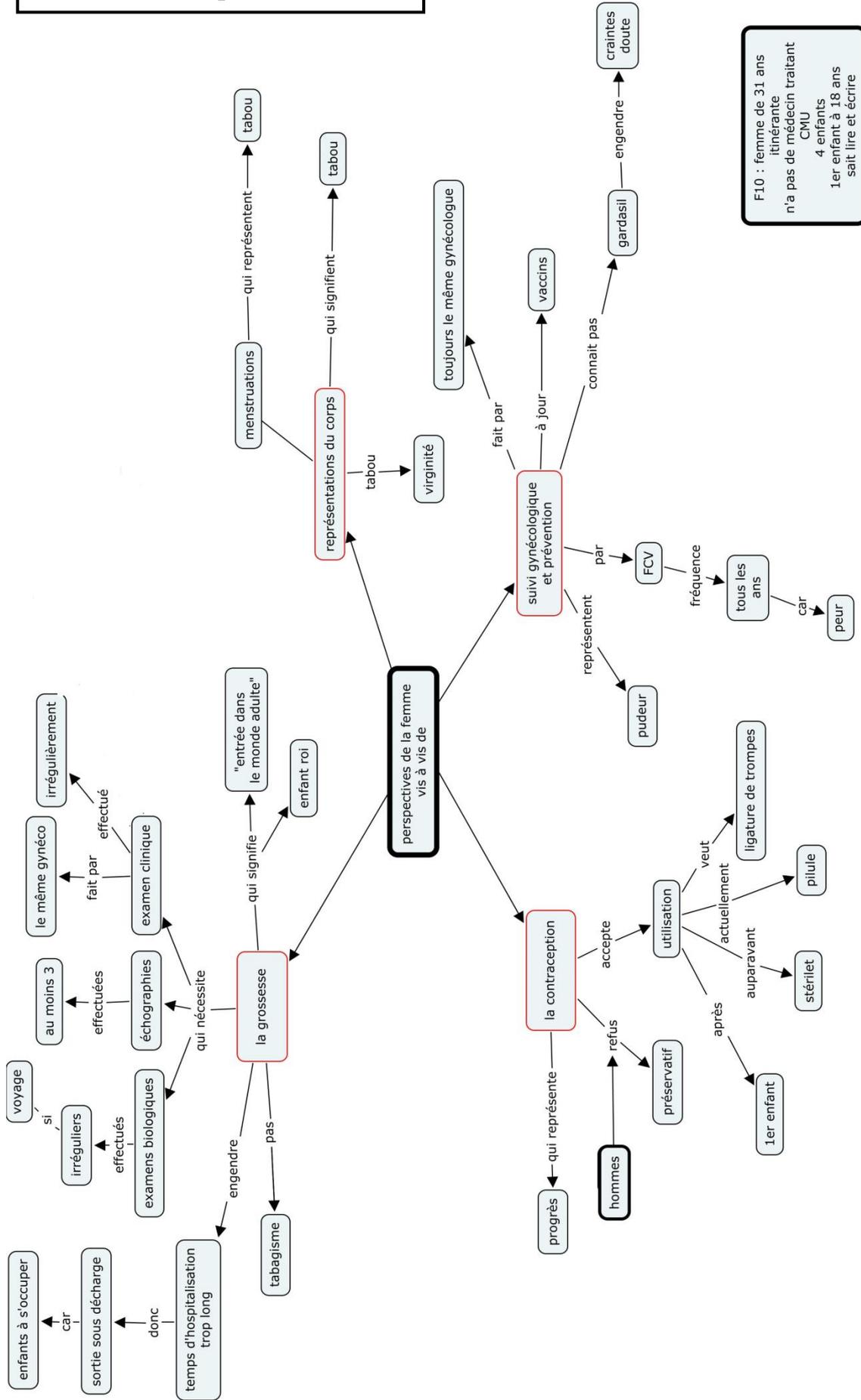
F8 : femme de 48 ans
sédentaire
a un médecin traitant
CMU
5 enfants
1er enfant à 19 ans
sait lire et écrire



**Carte conceptuelle
N°9**

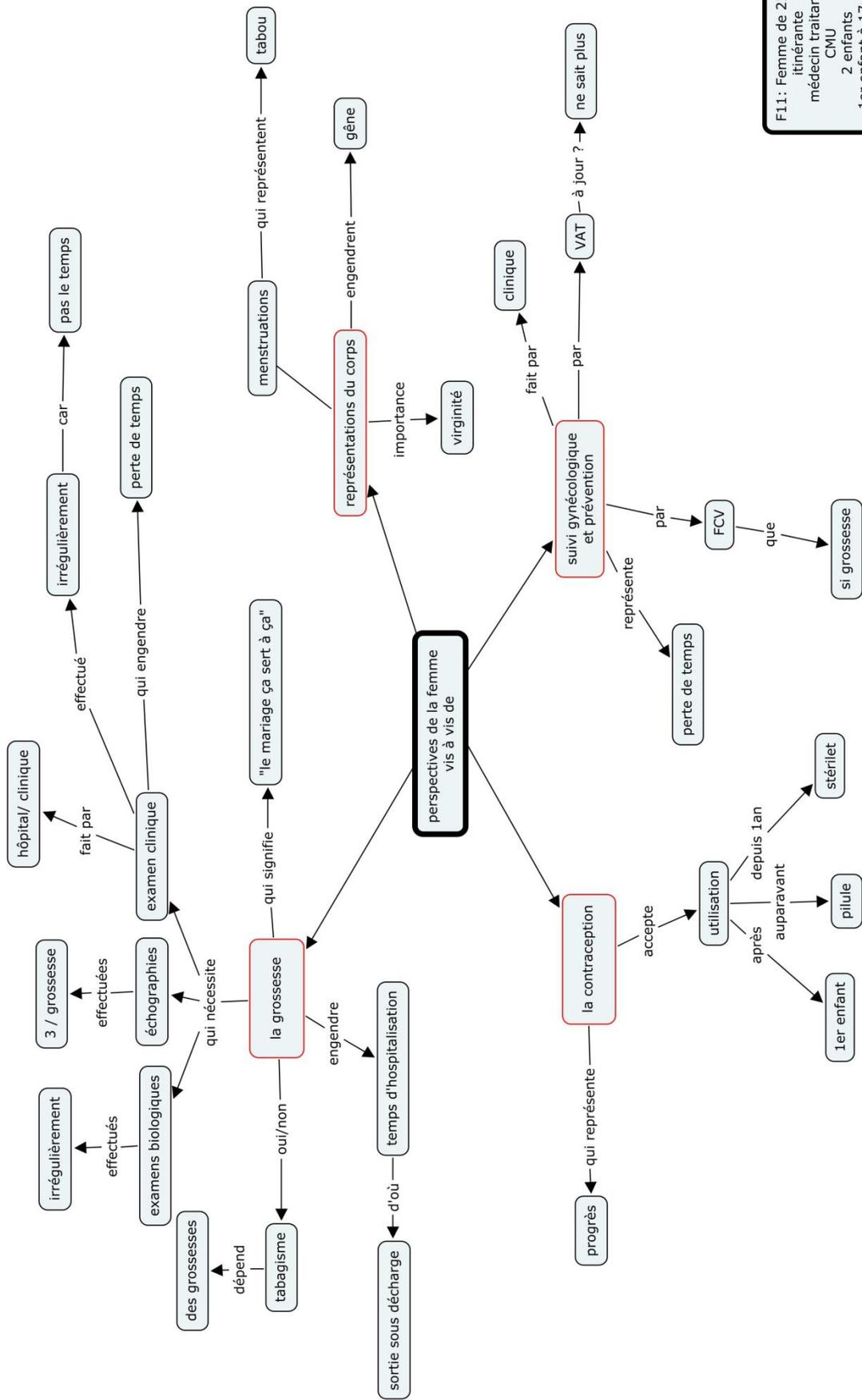


Carte conceptuelle N°10



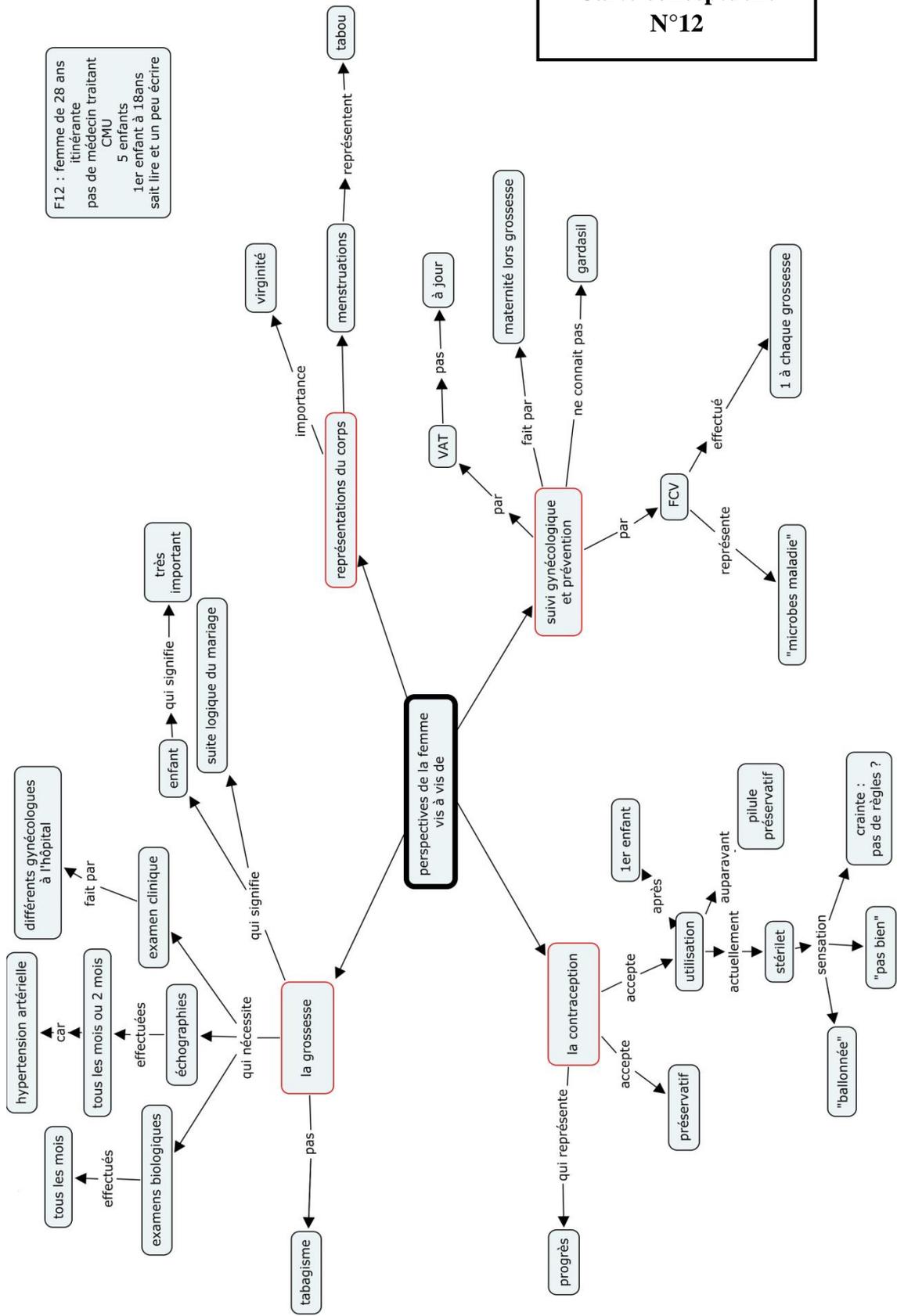
F10 : femme de 31 ans
itinerante
n'a pas de médecin traitant
CMU
4 enfants
1er enfant à 18 ans
sait lire et écrire

Carte conceptuelle N°11



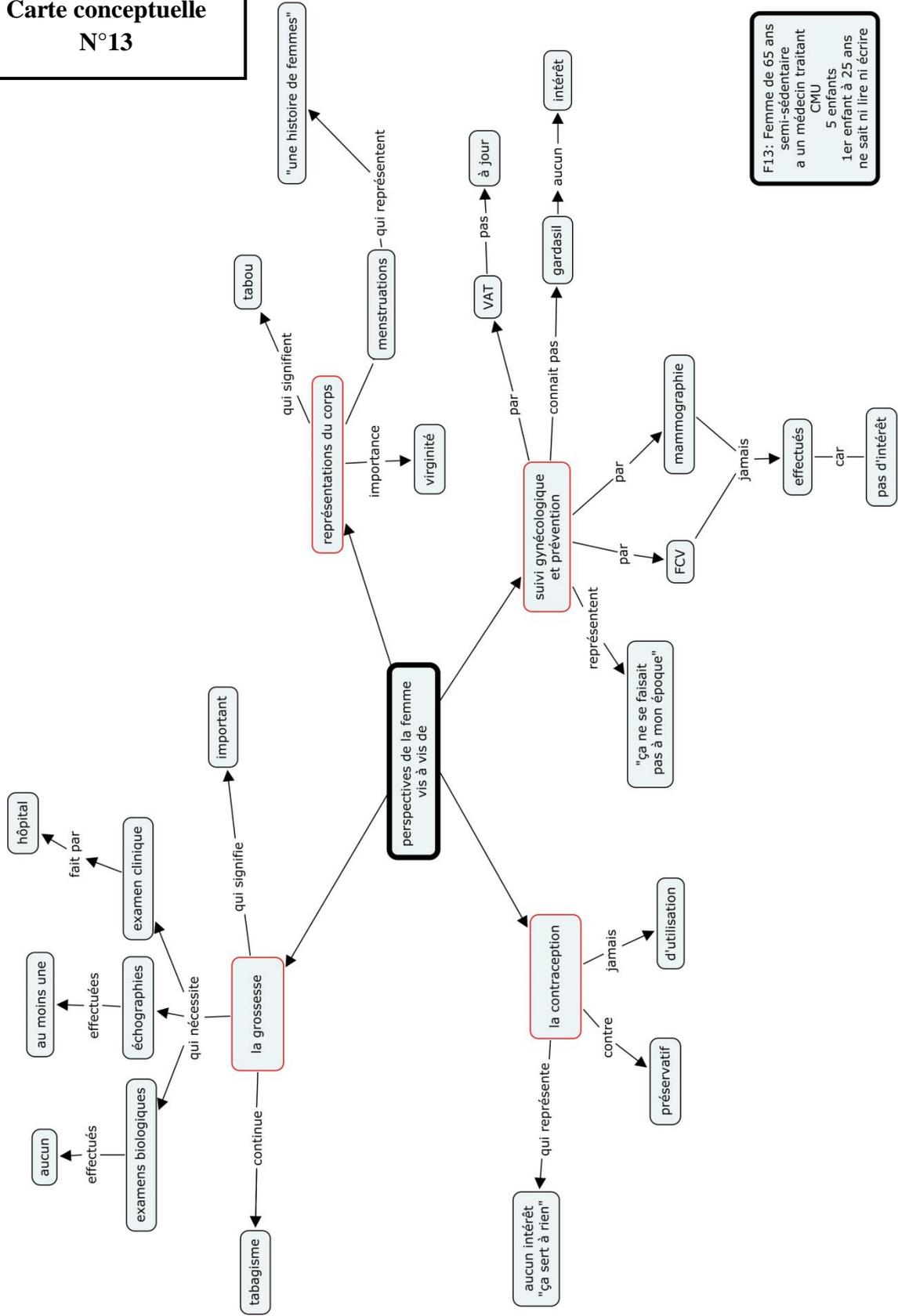
F11: Femme de 21 ans
itinerante
médecin traitant?
CMU
2 enfants
1er enfant à 17 ans
sait lire et écrire

Carte conceptuelle
N°12



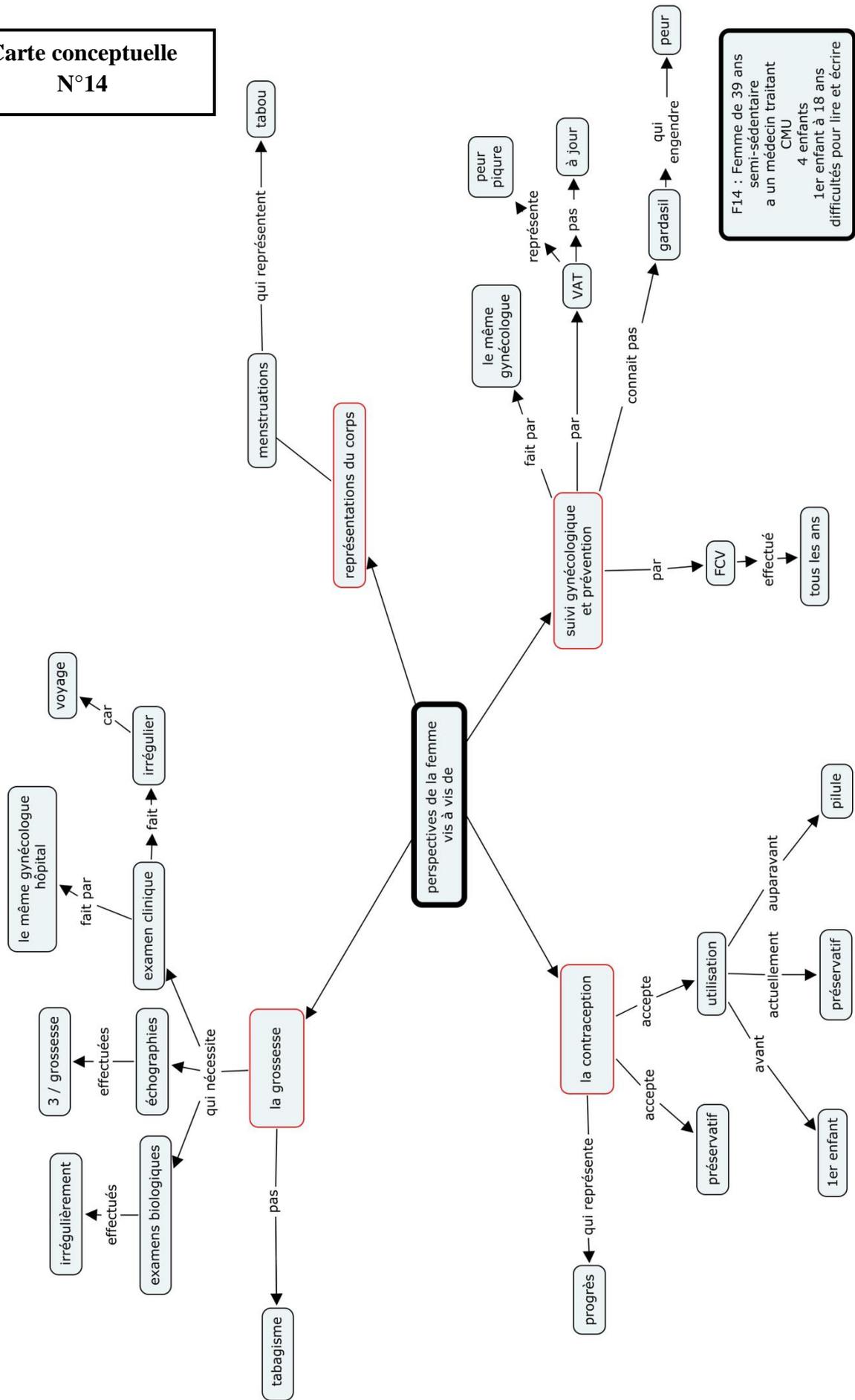
F12 : femme de 28 ans
itinerante
pas de médecin traitant
CMU
5 enfants
1er enfant à 18ans
sait lire et un peu écrire

**Carte conceptuelle
N°13**



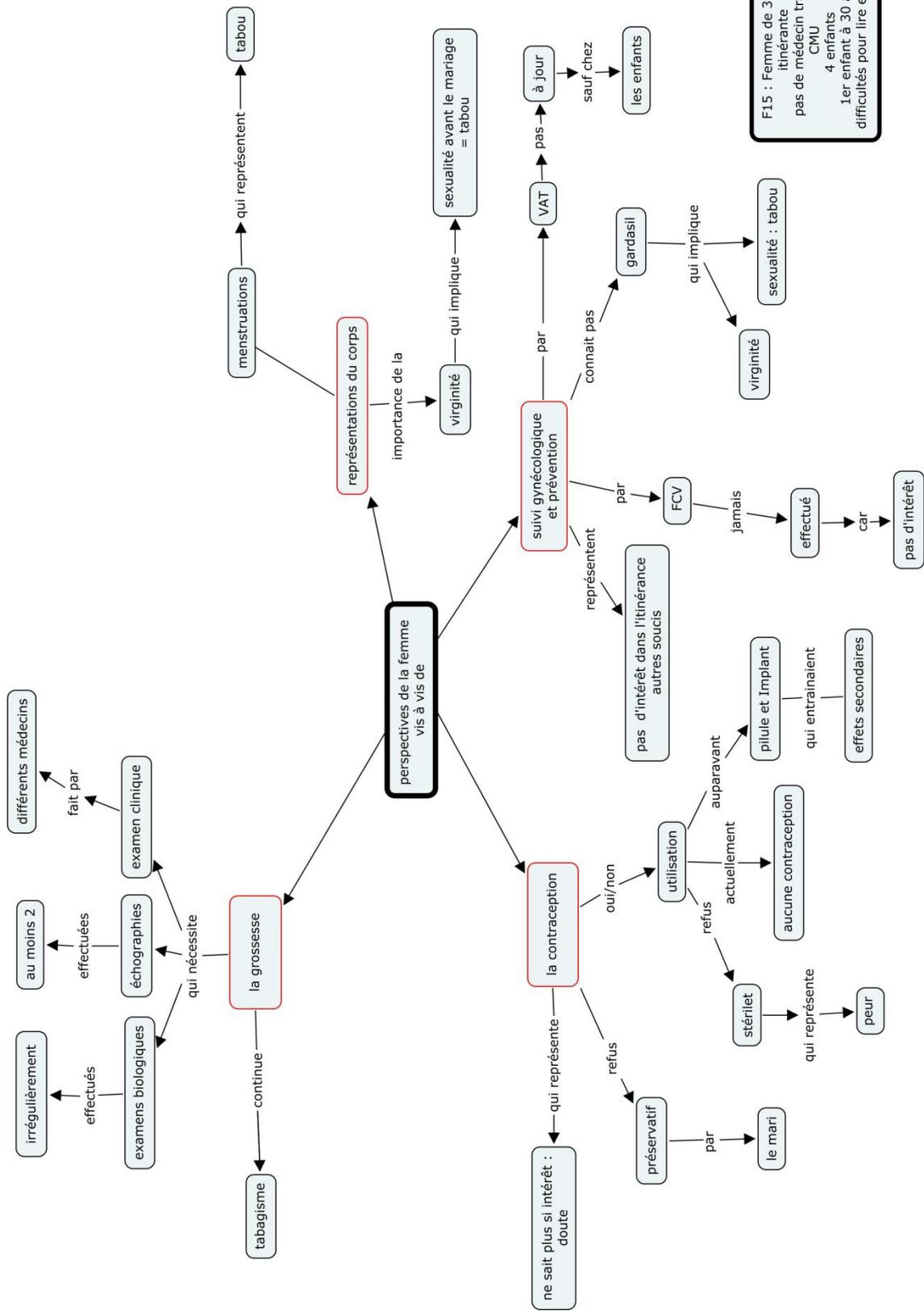
F13: Femme de 65 ans
semi-sédentaire
a un médecin traitant
CMU
5 enfants
1er enfant à 25 ans
ne sait ni lire ni écrire

**Carte conceptuelle
N°14**



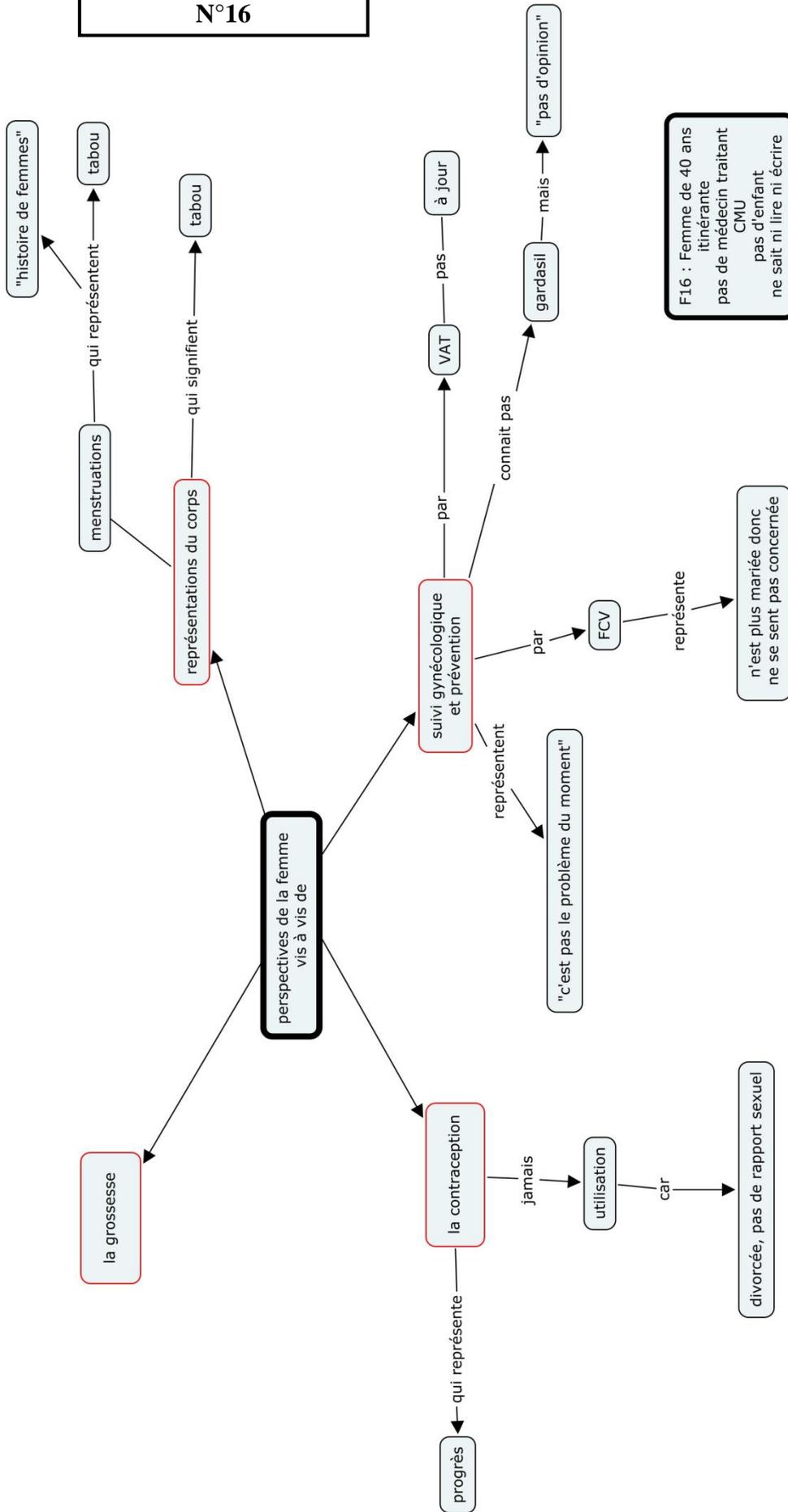
F14 : Femme de 39 ans
semi-sédentaire
a un médecin traitant
CMU
4 enfants
1er enfant à 18 ans
difficultés pour lire et écrire

**Carte conceptuelle
N°15**



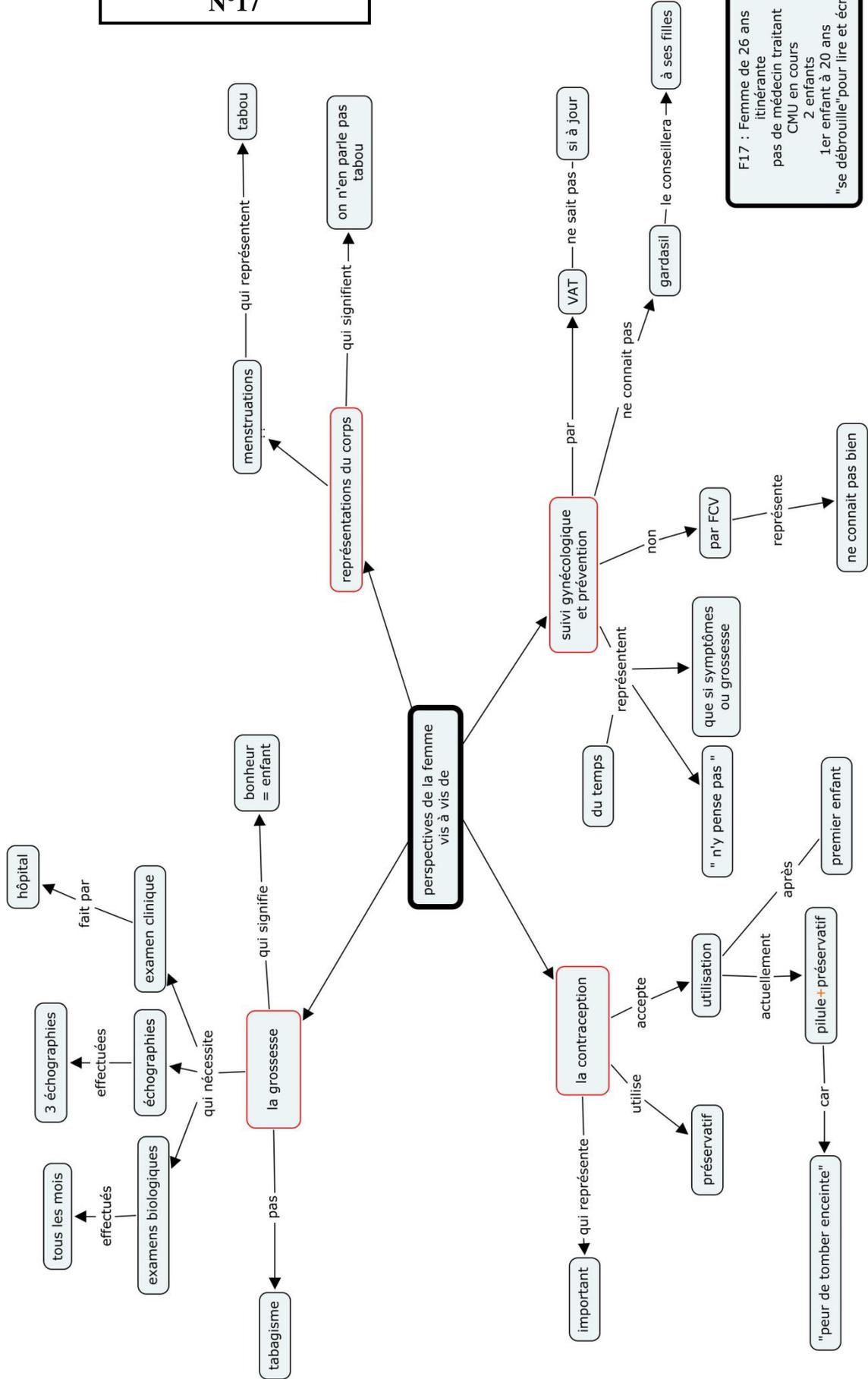
F15 : Femme de 39 ans
itinerante
pas de médecin traitant
CMU
4 enfants
1er enfant à 30 ans
difficultés pour lire et écrire

Carte conceptuelle
N°16



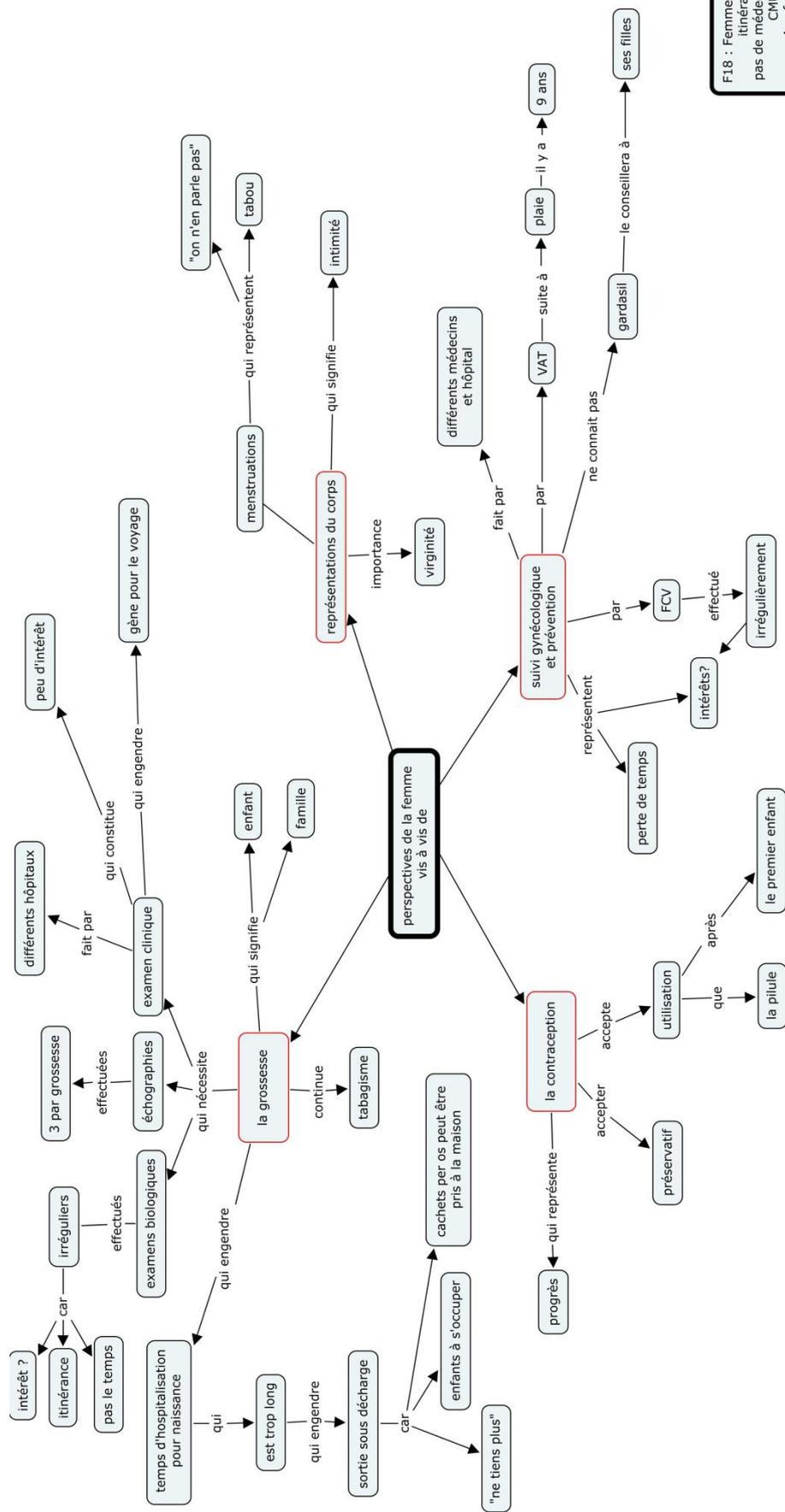
F16 : Femme de 40 ans itinérante pas de médecin traitant CMU pas d'enfant ne sait ni lire ni écrire

Carte conceptuelle
N°17



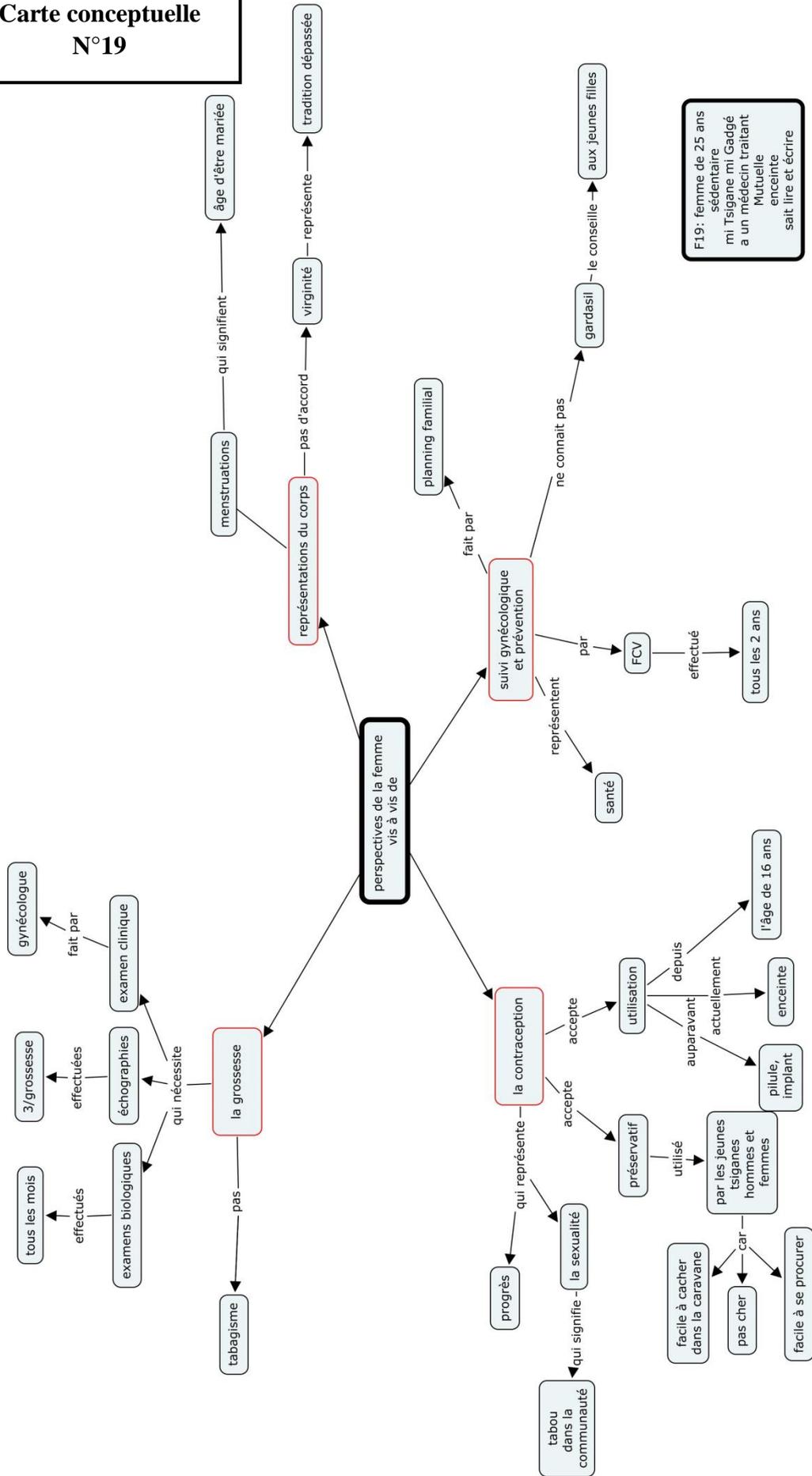
F17 : Femme de 26 ans
itinérante
pas de médecin traitant
CMU en cours
2 enfants
1er enfant à 20 ans
"se débrouille" pour lire et écrire

Carte conceptuelle
N°18



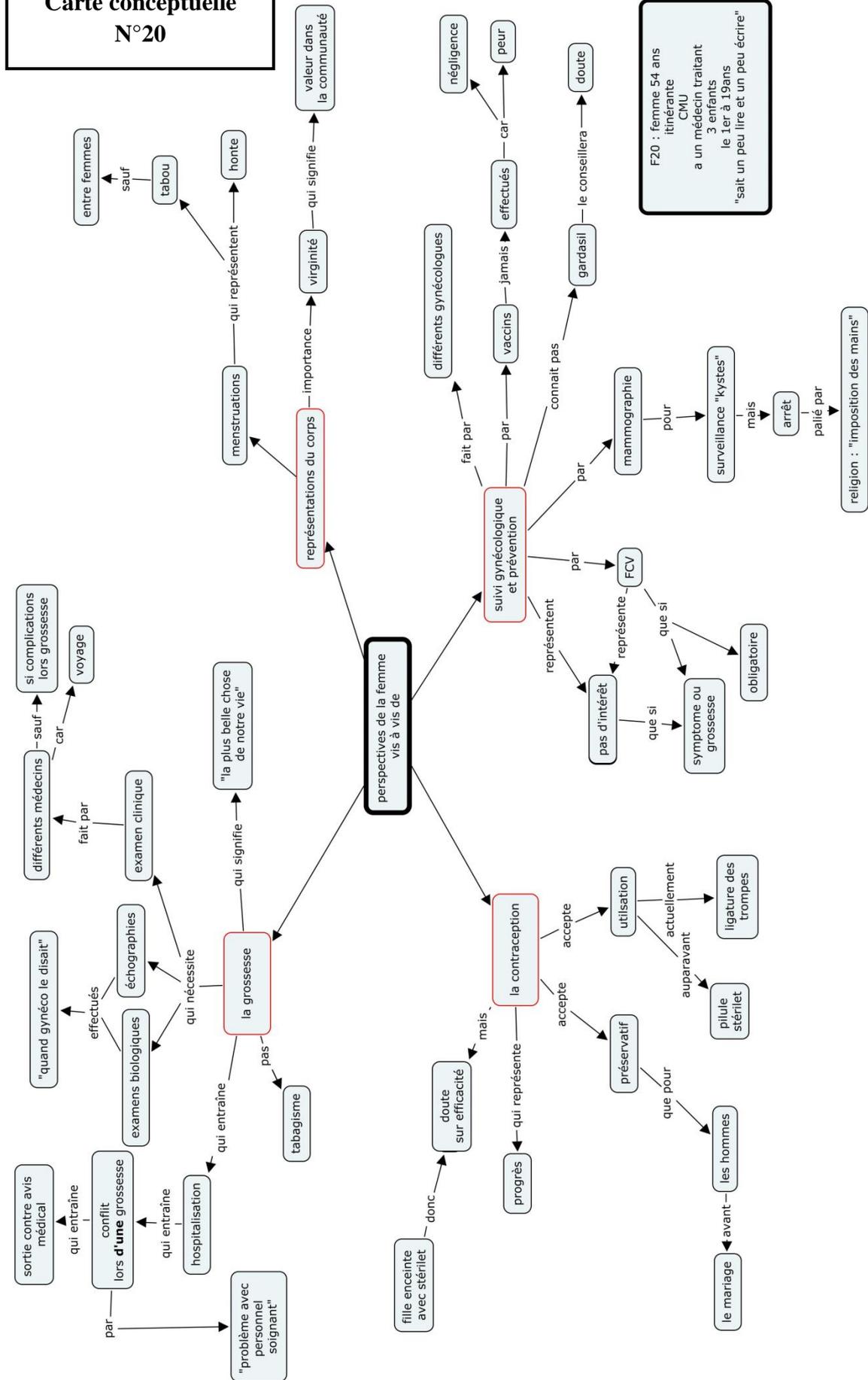
F18 : Femme de 27 ans
itinerante
pas de médecin traitant
CMU
4 enfants
1er enfant à 18 ans
ne sait ni lire ni écrire

Carte conceptuelle N°19



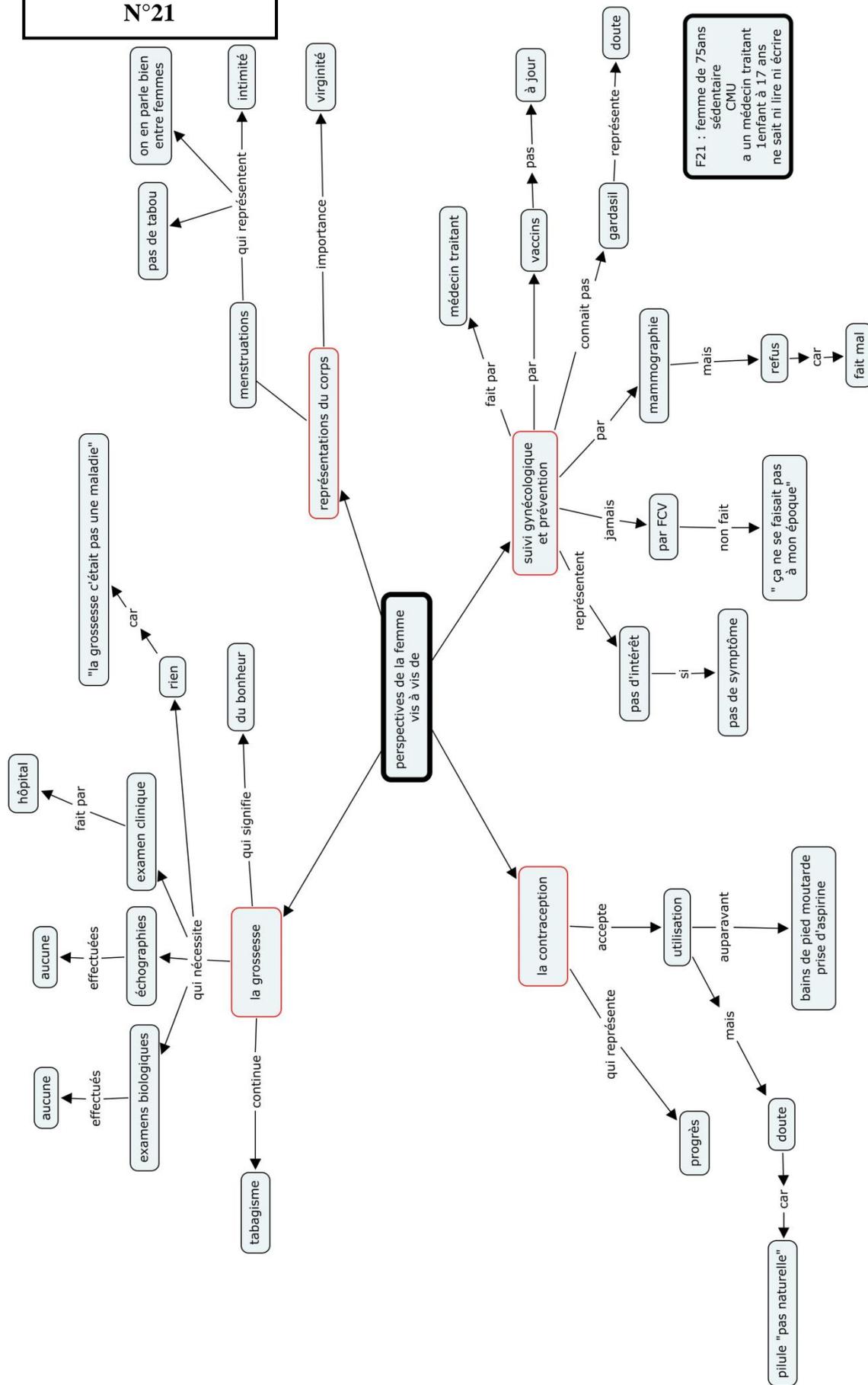
F19: femme de 25 ans
sédentaire
mi Tsigane mi Gadgè
a un médecin traitant
Mutuelle
enceinte
sait lire et écrire

**Carte conceptuelle
N°20**



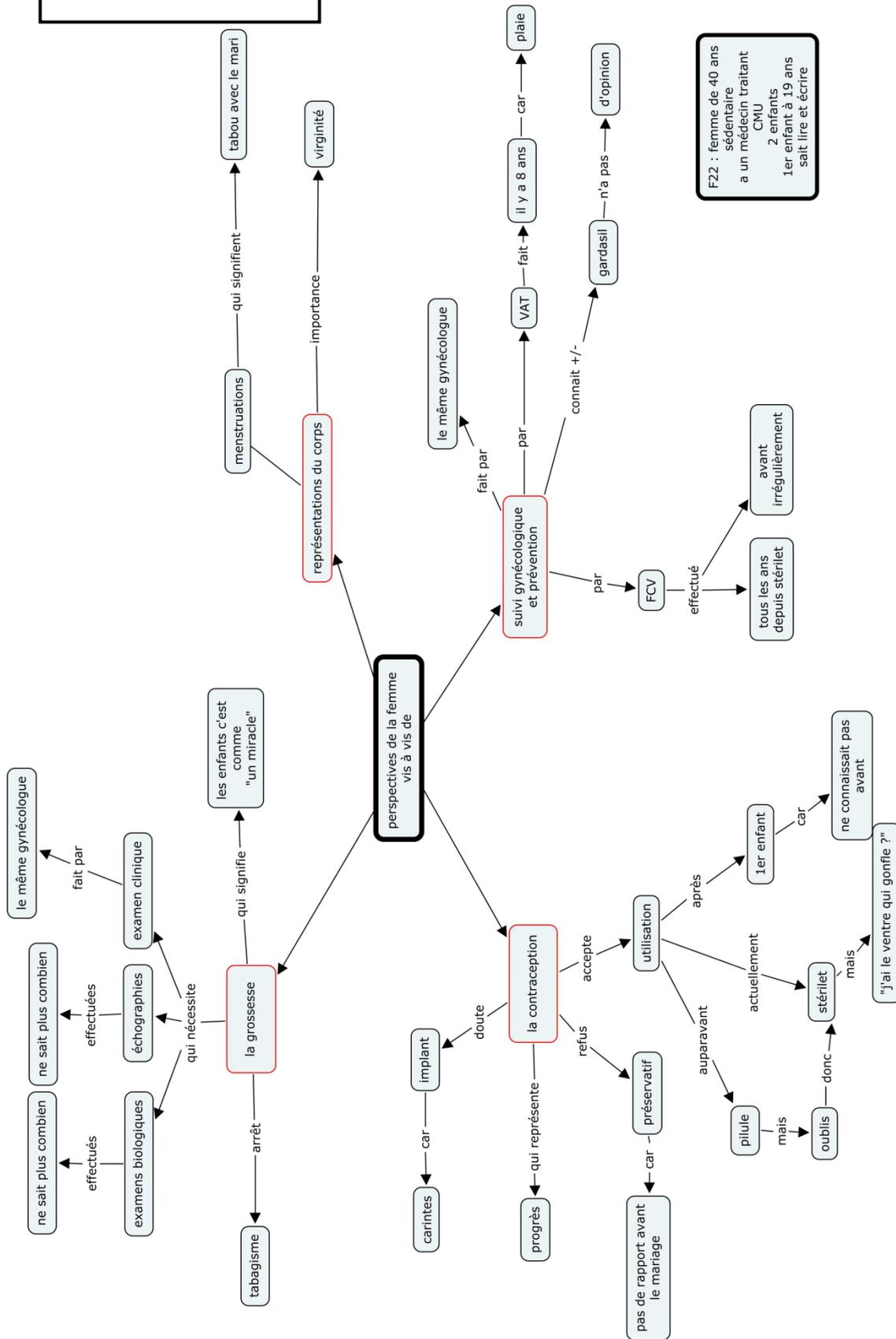
F20 : femme 54 ans
itinerante
CMU
a un médecin traitant
3 enfants
le 1er à 19ans
"sait un peu lire et un peu écrire"

**Carte conceptuelle
N°21**



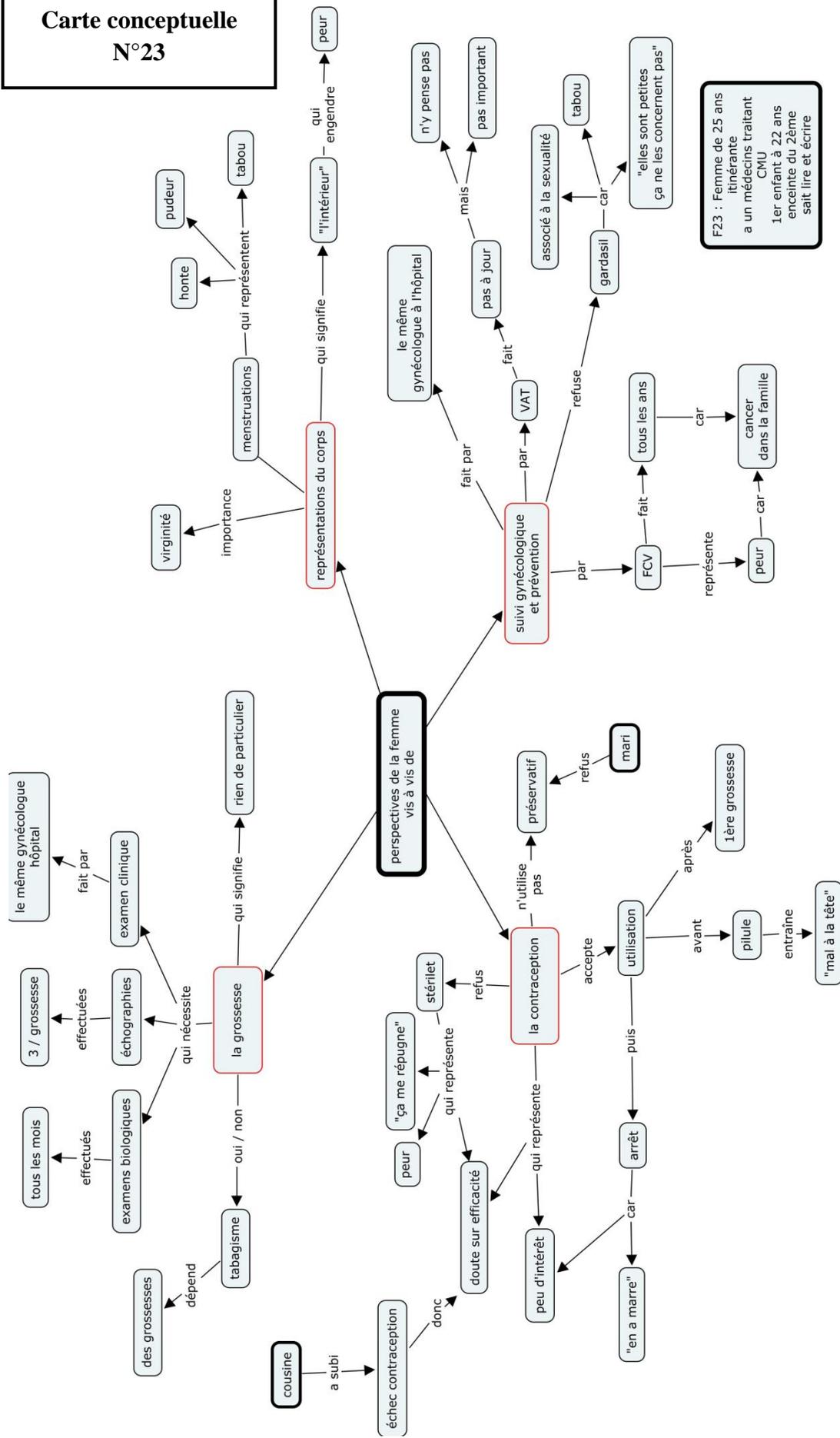
F21 : femme de 75ans
sédentaire
CMU
a un médecin traitant
1erfant à 17 ans
ne sait ni lire ni écrire

**Carte conceptuelle
N°22**

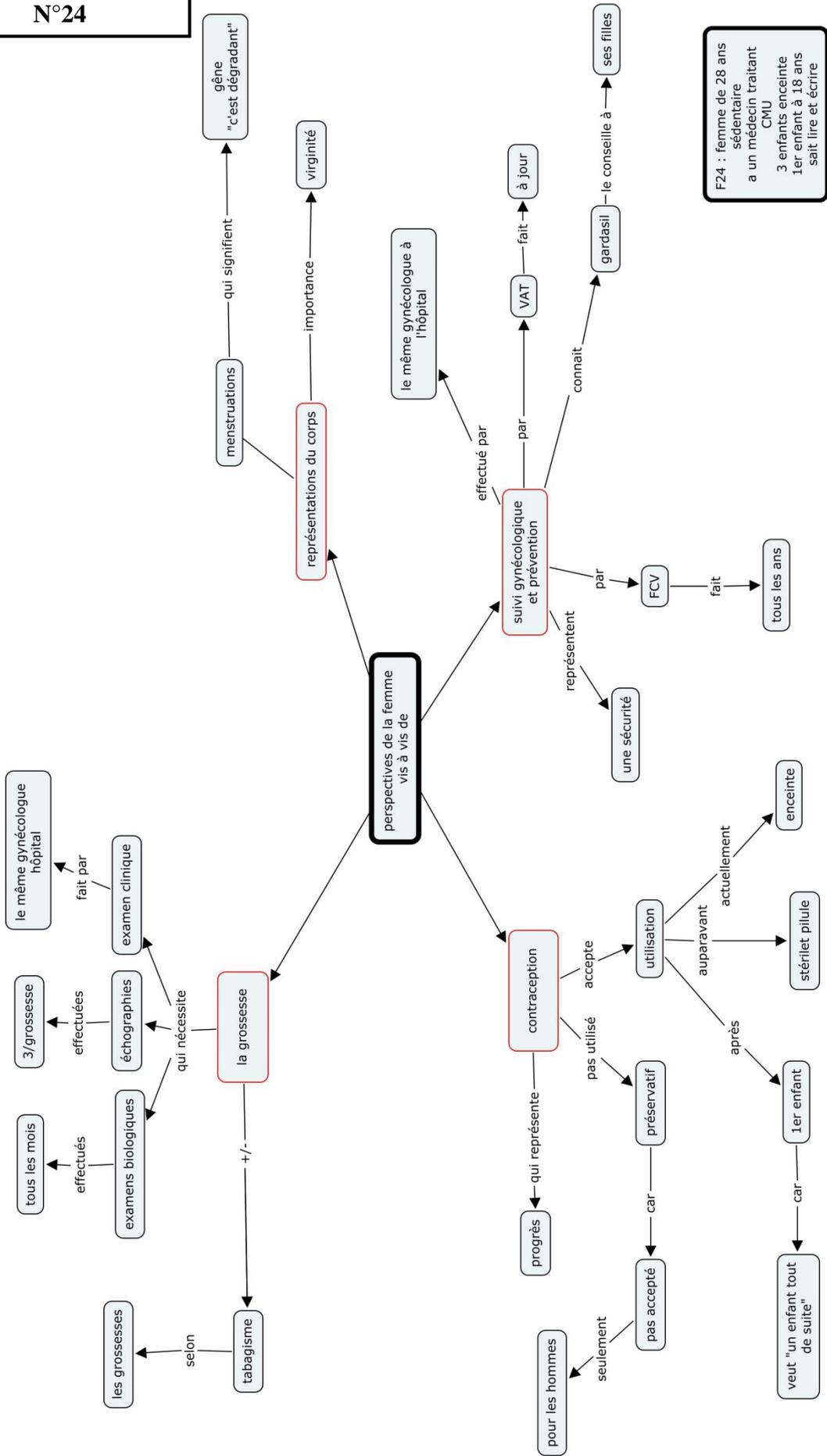


F22 : femme de 40 ans
sédentaire
a un médecin traitant
CMU
2 enfants
1er enfant à 19 ans
sait lire et écrire

**Carte conceptuelle
N°23**



**Carte conceptuelle
N°24**



F24 : femme de 28 ans
sédentaire
a un médecin traitant
CMU
3 enfants enceinte
1er enfant à 18 ans
sait lire et écrire

PU-PH 01/09/2009

NOM	PRENOM	ADRESSE
ALBALADEJO	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE PÔLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
BACONNIER	Pierre	BIostatistiques et Informatique Médicale PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE PÔLE 5 CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BAUDAIN	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
BEANI	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENERELOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BENHAMOU	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE - POLE 6 DIGIDUNE
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BOLLA	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BOSSON	Jean-Luc	DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES - PAVILLON D. VILLARS POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
BRAMBILLA	Elisabeth	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
BRAMBILLA	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
BRICHON	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BRIX	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CARPENTIER	Françoise	CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE - BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE POLE 14 BIOLOGIE
CHABARDES	Stephan	Clinique de Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE

CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CHIROSSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE - FACULTE DE MEDECINE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES- POLE 17 SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) - rémunération universitaire conservée
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE/ENFANT
DEMONGEOT	Jacques	BIostatistiques ET Informatique MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
DYON	J.François	298 chemin des Viers - 38330 BIVIERS
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCO	Alain	CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	59 chemin de Franquières - 38330 BIVIERS
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
GIRARDET	Pierre	Les heures claires - imp. Du Moucherolles VILLARD DE LANS
GUIDICELLI	Henri	12 BIS RUE de la Fontaine 66740 MONTESQUIEU DES ALBERES
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE
HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE - HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE

LANTUEJOUL	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PÔLE 14 BIOLOGIE
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
LECCIA	Marie-Thérèse	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREEOLOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN- POLE 9 COUPLE/ENFANT
MACHECOURT	Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - POLE 14 BIOLOGIE - J.ROGET 4e ETAGE
MALLION	J. Michel	1 Chemin des Buisses 38240 MEYLAN
MASSOT	Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
MORAND	Patrice	DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MOREL	Françoise	52 av. de L. Eygala 38700 LA TRONCHE
MORO-SIBILOT	Denis	68 CHEMIN DE SAVARDIN 38330 MONTBONNOT
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASQUIER	Basile	20 rue Bizanet 38000 GRENOBLE
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERENNOU	Dominique	SERVICE DE REEDUCATION POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8
PIOLAT	Christian	Clinique de chirurgie infantile
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT

POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
ROMANET	J. Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE HOPITAL SUD
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
SCHMERBER	Sébastien	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
SEIGNEURIN	Jean- Marie	DPT AGENTS INFECTIEUX POLE 14 BIOLOGIE
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
SESSA	Carminé	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
SOTTO	Jean-Jacques	6 allée des Ecureuils 38700 CORENC
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUÏ	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE

BOLLA	Michel	Du 13/06/09 au 31/08/2012
DYON	J.François	(surnombre)
GARNIER	Philippe	(surnombre)
GIRARDET	Pierre	(surnombre)
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
MALLION	J. Michel	(surnombre)
MOREL	Françoise	Surnombre depuis le 08/08/2008 -> 31/08/2011
PASQUIER	Basile	(surnombre)
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Du 11/02/09 au 31/12/2012
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)

MCU-PH - 01/09/2009

NOM	PRENOM	ADRESSE
BOTTARI	Serge	Département de Biologie Intégrée Pôle 14: Biologie
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
BRICAULT	Ivan	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie
BRIOT	Raphaël	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine Nucléaire Pôle 13: Imagerie
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie
CROIZE	Jacques	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de physiologie sommeil et exercice Pôle 12: Rééducation et physiologie
DERANSART	Colin	GIN - BATIMENT E. SAFRA Equipe 9
DETANTE	Olivier	Clinique de Neurologie
DROUET	Christian	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Centre angiodème - Pôle 14: Biologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie - BATIMENT J. ROGET.
EYSSERIC	Hélène	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
FAURE	Julien	Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine
GRAND	Sylvie	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations
LABARERE	José	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique

LAPORTE	François	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie
LARDY	Bernard	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice
PASQUIER	Dominique	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ	J.Charles	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC LA TRONCHE
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

HIPPOCRATES. 9.



Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
Democriti auditor Phocbea, ô, Coe propago,
Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.