Quelles sont les modalités de l'accès aux soins de santé primaire chez les gens du voyage, point de vue des patients : étude qualitative menée auprès de patients issus des communautés de gens du voyage de Gironde

Edith Hennion Lavisse

▶ **To cite this version:**

Edith Hennion Lavisse. Quelles sont les modalités de l'accès aux soins de santé primaire chez les gens du voyage, point de vue des patients : étude qualitative menée auprès de patients issus des communautés de gens du voyage de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970445

HAL Id: dumas-01970445

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970445

Submitted on 5 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL
archives-ouvertes.fr

Quelles sont les modalités de l'accès aux soins de santé primaire chez les Gens du voyage, point de vue des patients : étude qualitative menée auprès de patients issus des communautés de Gens du voyage de Gironde

Edith Lavisse

▶ **To cite this version:**

Edith Lavisse. Quelles sont les modalités de l'accès aux soins de santé primaire chez les Gens du voyage, point de vue des patients : étude qualitative menée auprès de patients issus des communautés de Gens du voyage de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-01970445>

HAL Id: dumas-01970445
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970445

Submitted on 5 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R des Sciences Médicales

ANNEE 2018 *N° 102*

Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de
DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le
06 Septembre 2018

par

Edith HENNION LAVISSE
née le 03 Avril 1988 à BERGERAC

Quelles sont les modalités de l'accès aux soins de santé primaire chez les Gens du voyage : point de vue des patients. Etude qualitative menée auprès de patients issus des communautés de Gens du voyage de Gironde

Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur François CLAVERIE

Membres du Jury :

- Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH …….……..…… Président
- Monsieur le Professeur William DURIEUX ……..……..…… Juge
- Monsieur le Docteur Christophe ADAM ……..…..……..… Juge et rapporteur
- Monsieur le Docteur Bertrand FAVAREL-GARRIGUES……...…….……..… Juge
- Monsieur le Docteur Laurent WONG-SO…….…..…..…….. Juge
- Monsieur le Docteur François CLAVERIE …….…..…… Juge et directeur

« Si quelqu'un s'inquiète de notre absence,
Dites lui qu'on a été jetés
Du ciel et de la lumière,
Nous les seigneurs de ce vaste univers. »

Catherine RINGER, Les bohémiens.
Pour le film Liberté, de Tony Gatlif

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Citation attribuée à Ambroise Paré,
à Louis Pasteur, ou à Hippocrate

Membres du jury

Monsieur le Professeur des universités Jean-Philippe JOSEPH, Directeur et coordonnateur du diplôme d'études spécialisées du département de médecine générale de l'université de Bordeaux.

Monsieur le Professeur associé William DURIEUX, Directeur adjoint du département de médecine générale de l'université de Bordeaux.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM, Maître de conférence universitaire auprès du département de médecine générale de l'université de Bordeaux.

Monsieur le Docteur Bertrand FAVAREL-GARRIGUES, Médecin généraliste et maître de stage universitaire auprès du département de médecine générale de l'université de Bordeaux.

Monsieur le Docteur Laurent WONG-SO, Médecin urgentiste au sein du centre hospitalier Saint Nicolas de BLAYE.

Monsieur le Docteur François CLAVERIE, Médecin généraliste et maître de stage universitaire auprès du département de médecine générale de l'université de Bordeaux.

REMERCIEMENTS

Je tiens, en ce jour particulier, à adresser mes remerciements à de nombreuses personnes.

Au ***Professeur Jean-Philippe JOSEPH***, vous qui me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, recevez en ce jour tous mes remerciements et toute ma gratitude pour avoir pris le temps de vous intéresser à ce travail.

Au ***Professeur William DURIEUX***, vous qui m'avez suivi, comme tant d'autres internes, durant toute ma formation, je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

Au ***Docteur Christophe ADAM,*** vous qui m'avez transmis durant les études votre intérêt pour le soin des populations précaires et exclues, merci d'avoir accepté de relire ce travail, de m'avoir guidé pour son amélioration et d'être présent aujourd'hui pour le juger.

Aux ***Docteurs Laurent WONG-SO*** et ***Bertrand FAVAREL-GARRIGUES,*** vous qui avez accepté de mettre votre expérience et vos connaissances au service de l'évaluation de mon travail, soyez assurés de toute ma gratitude.

Au ***Docteur François CLAVERIE***, pour tout ce que tu m'as transmis : le sens clinique, le sens de l'humanité, le sens du doute. Tu sais sans doute déjà à quel point tu as été un exemple pour moi, mais je tiens en ce jour à te le redire.
Merci pour tout ce que tu m'as enseigné durant mes six mois de stage, mais également pour tout ce que tu continues à m'apprendre grâce aux moments que je passe dans le bureau d'en face. Merci pour ton bon et ton mauvais caractère.
Tu resteras pour moi le modèle du médecin que j'espère devenir.

A ***mes parents***, qui ont toujours été là, pour me soutenir et m'encourager, pour me pousser dans mes retranchements afin que je donne le meilleur de moi-même, y compris dans les moments de doute. De ces longues années d'études, je retiendrai surtout votre joie en apprenant ma réussite en première année.
Merci à tous les deux pour votre amour et votre soutien.

A ***Julia***, dit Caribou, la grande soeur toujours présente, toujours le mot pour réconforter, et à ***Charles-Henri***, dit Galinette, le grand petit frère toujours le mot pour rire. Merci à vous deux, pour nos chamailleries qui durent depuis trente ans (ou presque), et pour tous ces moments de belle complicité.

A ***Paul-Henry***, mon mari, pour m'avoir acceptée durant les années les plus difficiles, pour m'avoir toujours soutenue, pour m'avoir aimée dans tous les instants, fussent-ils bons ou mauvais. Merci de m'avoir poussé à réaliser toutes ces choses qui font aujourd'hui notre vie. Merci pour tous ces moments de bonheur partagés et à venir. Merci pour ces petits cadeaux que tu m'offres chaque jour sans le savoir. Merci pour tout l'amour que tu me portes. Merci pour ta présence à mes côtés, jour après jour… Je t'aime de tout mon coeur.

Un souvenir affectueux à ***mes grands-parents*** qui, je le sais, auraient tous les quatre été très fiers…

A ***Alice***, depuis les bancs de la fac jusqu'à aujourd'hui, pour m'avoir tant réconfortée, tant fait rire, tant aimée. Merci pour tous ces bonheurs partagés, tous ces grands et ces petits moments. Je regrette que tu ne sois pas présente aujourd'hui mais je sais que tu penses à moi. Je te souhaite tout le bonheur du monde pour chaque jour.

A ***Gauthier***, après toutes ces années, j'ai hâte que l'on se retrouve à nouveau devant le mur d'escalade. Je te souhaite de la réussite dans tous tes projets, et j'espère qu'un jour nous verrons sortir de terre notre cabinet médical/salon de thé/piste de test de marche !
A ***Morgane***, pour avoir été l'architecte de ce futur cabinet. Et pour tout le reste.

A ***Lauriane***, pour ces bons moments de stage, pour ces bons moments de vie, et pour avoir su débusquer toutes les fautes que je n'avais pas vues !

A ***tous les copains du lycée et de la fac, de la première à la dernière année*** (par ordre alphabétique car il n'y a pas d'ordre de préférence !) Anne, Audrey C, Audrey M (ou plutôt G-M maintenant), Aurélie, Eloïse, Julie, Marion, Quitterie, Stéphanie et Vanessa, simplement pour votre présence pendant toutes ces années.

A ***tous les amis d'ici et d'ailleurs***, rencontrés en dehors du monde médical, au fil des ans et des péripéties de la vie, qui me rappellent qu'on doit chaque jour profiter de la vie.

A ***tous les soignants rencontrés en stage***, à l'hôpital et en dehors, pour m'avoir permis de grandir dans la bonne humeur. Je ne vous oublie pas.

A ***tous les membres de l'ADAV33***, Hélène Beaupère, Michel Courchinoux, Christophe Carreno et les autres, pour m'avoir permis d'entrer en contact avec la population intéressant mon travail, m'avoir accompagné sur le terrain, m'avoir fait partager vos expériences, vos connaissances et vos valeurs. Et à Madame ***Evelyne POMMERAT,*** documentaliste à Etudes Tsiganes, pour m'avoir grandement aidé dans mes recherches documentaires.

Et un grand merci à ***tous les voyageurs*** qui m'ont accueillie, qui ont accepté de me répondre et de se livrer sans crainte, dans la bonne humeur, souvent avec humour, toujours avec sincérité, avec l'espoir que ce travail pourra amener des améliorations dans leurs soins.
Sans vous, rien de tout ceci n'aurait été possible.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : allocation adulte handicapé

ABES : agence bibliographique de l'enseignement supérieur

ACS : aide à la complémentaire santé

ADAV33 : association départementale des amis des voyageurs - gironde

ALD : affection longue durée

ARS : agence régionale de santé

AVC : accident vasculaire cérébral

CCAS : centre communal d'action sociale

CIAS : centre inter-communal d'action sociale

CMU : couverture médicale universelle

CMU-C : couverture médicale universelle complémentaire

DMG : département de médecine générale

DMP : dossier médical partagé

FNASAT : fédération nationale des associations solidaires d'actions avec les Tsiganes et les gens du voyage

HBP : hypertrophie bénigne de prostate

HTA : hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporelle

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IST : infection sexuellement transmissible

OMS : organisation mondiale de la santé

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

RSI : régime social des indépendants

TABLE DES MATIERES

Membres du jury 2
REMERCIEMENTS 3
LISTE DES ABREVIATIONS 6
TABLE DES MATIERES 7
INTRODUCTION 11
A - Définitions 12
1. Santé 12
2. Pauvreté, précarité 12
3. Protection sociale en France 13
3.1. Sécurité sociale et mutuelles 13
3.2. Couverture médicale universelle 14
3.3. Parcours de soins coordonné 15
B - Gens du voyage 15
1. Gitans, Manouches, Roms. Différentes communautés, une origine commune 15
2. Modes de vie, coutumes et croyances 18
2.1. Les voyages 18
2.2. La famille 19
2.3. La place de l'enfant 20
2.4. La religion 20
3. Aspects législatifs de la vie des Tsiganes 21
3.1. 1912, le carnet anthropométrique 21
3.2. 1969, la commune de rattachement 22
3.3. 2017, loi relative à l'égalité et à la citoyenneté 23
3.4. L'accueil des gens du voyage sur les territoires 23
C - Etat de santé des gens du voyage 24
1. Une espérance de vie réduite par rapport à la population générale 25
2. Les pathologies rencontrées 26
2.1. Pathologies cardio-vasculaires 26
2.2. Pathologies liées au mode de vie, au stress 26
2.3. Pathologies infantiles 26
2.4. Pathologies liées à l'activité professionnelle 27
2.5. Pathologies liées à la précarité 27
3. Le rapport à la santé et à la maladie 27
4. L'utilisation du système de santé 29
4.1. Accès à la protection sociale 29
4.2. Relation avec les professionnels de santé 30
4.2.1. L'hôpital 30

4.2.2. Le médecin généraliste 31
D - Objectifs 31
MATERIEL ET METHODE 33
A - Méthode 33
1. Recherche qualitative 33
2. Entretiens semi-dirigés 34
B - Matériel 34
1. Guide d'entretien 34
2. Echantillonnage 35
2.1 Echantillonnage théorique 35
2.2. Accès aux interviewés 36
3. Réalisation des entretiens 37
3.1. Lieux des entretiens 37
3.2. Déroulement des entretiens 38
4. Analyse du contenu 39
4.1. Retranscription 39
4.2. Codage des informations 40
4.3. Traitement des données 41
C - Recherche bibliographique 42
RESULTATS 43
A - Données générales 43
1. Données sur les entretiens 43
1.1 Durée des entretiens 43
1.2. Lieux des entretiens 43
1.3. Accompagnement 44
1.4. Refus 44
2. Données sociales et générales sur les interviewés 45
2.1. Age et sexe 45
2.2. Antécédents 46
2.3. Situation familiale 47
2.3.1 Situation maritale 47
2.3.2 Enfants 47
2.3.3 Parents 47
2.4. Lieu de vie et voyages 48
2.5. Emploi et couverture sociale 49
B - Analyse du contenu des entretiens 50
a/ Le médecin traitant 51
1. Le choix du médecin 53
1.1 Le bouche à oreilles 53
1.2 Le lien familial 53
1.3 Les autres critères de choix 54

1.3.1 L'âge du médecin 54
1.3.2 L'organisation des consultations 55
2. Une relation de confiance 57
2.1 L'habitude d'un médecin 57
2.2 La connaissance du dossier 57
2.3 L'attitude envers les gens du voyage 58
2.3.1 L'habitude de cette population 58
2.3.2 La communication 58
2.3.3 Le contact physique 59
2.4 La qualité de la prise en charge 60
2.4.1 La fiabilité de l'examen clinique et du diagnostic 60
2.4.2 L'efficacité du traitement ou de la prise en charge 60
2.4.3 Un manque d'examens 61
2.5 Des compétences universelles 61
3. Situations conduisant à consulter le médecin traitant 62
3.1 Les symptômes ressentis comme non urgents 62
3.2 Le suivi de pathologies chroniques 63
3.3 La prévention 64
b/ Les autres modes de consultation 65
1. Le recours aux autres médecins généralistes 65
1.1 Les situations amenant à consulter un autre médecin généraliste 66
1.1.1 Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible 66
1.1.2 Lors des voyages 67
1.1.3 En dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical 70
1.2 Les craintes et appréhensions des patients 71
1.3 La perception de l'accueil 72
2. Le recours aux urgences 73
2.1 Les situations entrainant une consultation aux urgences 74
2.1.1 Les situations vécues comme urgentes 74
2.1.2 Situations où le médecin généraliste est jugé insuffisant 75
2.1.3 Indisponibilité du médecin traitant 75
2.2 Le vécu des passages aux urgences 76
2.2.1 La peur 76
2.2.2 L'attente 78
2.2.3 La relation avec les équipes soignantes 79
c/ L'automédication 79
d/ La culture face à la maladie 80
1. Les craintes vis à vis de la maladie 80
2. Les croyances et la religion 82
3. La place de la famille 83
DISCUSSION 85

A - Discussion autour de l'étude 85
1. Les points forts 85
1.1 Une étude menée sur différents territoires 85
1.2 L'échantillonnage et la saturation des données 85
2. Les points faibles 86
2.1 L'absence de triangulation 86
2.2 L'absence de feed-back 86
2.3 L'absence de comptabilisation des refus 87
2.4 Les biais potentiels 87
2.4.1 Biais de subjectivité et d'interprétation 87
2.4.2 Biais de déclaration et de mémoire 88
2.4.2 Biais de désirabilité sociale 88
B - Discussion autour des résultats 89
1. Les résultats 89
1.1 Les différents modes d'accès aux soins 89
1.2 Les freins au recours aux soins 90
2. Les perspectives 91
2.1 La place du médecin généraliste 91
2.2 Les acteurs associatifs 92
2.3 La médiation en santé 92
2.4 L'éducation à la santé 93
2.5 Le dossier médical partagé 93
3. Les sujets à explorer 94
3.1 Les sujets à aborder avec les gens du voyage 94
3.2 Sujets à aborder avec les médecins 95
CONCLUSION 96
ANNEXES 98
BIBLIOGRAPHIE 101

INTRODUCTION

De tous temps et partout dans le monde, la santé fût une préoccupation importante pour les populations. Déjà dans l'Antiquité, Hippocrate et Gallien tentent de modéliser la physiologie humaine et d'agir dessus afin de rapporter l'harmonie au sein du corps et de l'influencer.

Les bénéfices de la bonne santé d'une population sont importants.
Pour les autorités, une population en bonne santé est une population active, dynamique, qui produit de la richesse.
Pour les individus, la bonne santé est synonyme de « pouvoir » et de liberté : pouvoir faire, pouvoir être, pouvoir jouir de son existence.

Néanmoins, toutes les populations ne sont pas égales face à l'accès à la santé, et les plus démunis représentent une population à risque de nombreuses maladies.

Parmi ces populations délaissées, la population Tsigane, également appelée « gens du voyage », fait partie de l'histoire de France, d'Europe mais aussi d'autres pays comme les Etats-Unis depuis de nombreux siècles. Elle n'en reste pas moins stigmatisée, exclue, victime de nombreux préjugés et stéréotypes qui ont voyagé à travers le temps, et perdurent encore de nos jours.

C'est à partir d'observations de terrain, effectuées notamment lors de mon stage en cabinet de médecine libérale que j'ai pu approcher pour la première fois la problématique des soins à apporter à cette population, et la nécessité de développer pour eux et avec eux, des solutions adaptées pour leur garantir un meilleur accès à la santé.

A - Définitions

1. Santé

Il est difficile d'obtenir une définition universelle et unique de la santé, car la santé est un concept abstrait, personnel, qui peut varier d'une personne à une autre, et d'une période de la vie à une autre.
Sa définition peut donc subir de grandes variations interindividuelles et intra-individuelles.

De ce fait, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé d'inscrire, en 1946, dans le préambule de sa Constitution, la définition suivante (1) :
« La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».
Il ne s'agit donc pas seulement de ne pas être malade, mais de pouvoir se sentir bien dans son corps, dans son esprit ainsi que dans la société dans laquelle on évolue.

L'OMS reconnait également la santé comme l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelque soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

On observe donc qu'il existe de nombreux critères, tous aussi importants les uns que les autres, pour définir l'état de bonne santé chez des individus et dans une population, et que ces critères, aussi variables soient-ils, visent à apporter un idéal de bien-être à chaque individu.

2. Pauvreté, précarité

Il existe plusieurs définitions de la pauvreté.

Pour l'INSEE, un individu ou un ménage est considéré comme pauvre lorsque son « niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté ». (2) Cette définition correspond à la pauvreté monétaire ; le seuil de pauvreté est calculé en fonction de la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population d'un pays.

En France en 2015, le seuil de pauvreté est fixé à 846 euros mensuels (seuil à 50%) ou 1 015 euros (seuil à 60%) pour une personne seule après impôts et prestations sociales. (3)

La pauvreté est également définie comme un « état de manque en terme de biens (économique et de ressources de santé) ou de position sociale tel que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société ». (4,5)

La précarité quant à elle se définit comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives ». (6)
La précarité, aggravée par les inégalités sociales, conduit à la pauvreté en faisant basculer des situations et des personnes qui semblaient intégrées. On voit alors apparaître la notion d'exclusion (7).

On peut donc observer que pauvreté et précarité sont vectrices de mauvaise santé, de part la privation ou le manque qu'elles peuvent engendrer mais également par l'induction de situations d'exclusion qui peuvent conduire à une diminution de l'accès aux soins de santé.

3. Protection sociale en France

3.1. Sécurité sociale et mutuelles

En France, l'accès aux soins et la prise en charge des pathologies sont garantis par la branche Maladie de la Sécurité Sociale. Celle-ci permet à chacun de bénéficier de soins adaptés à chacune de ses pathologies.

Cette branche de la Sécurité Sociale est également en charge de programmes de prévention, et garantit aussi l'accès aux soins des populations les plus précaires (8).

Ses champs d'action s'étendent de la prise en charge des consultations médicales (médecine générale ou consultations spécialisées), frais de pharmacie, de laboratoire et d'hospitalisation aux politiques de santé publique telles que la vaccination ou les programmes de dépistages.

L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention. Cependant, une participation (ticket modérateur) est laissée lors de chaque acte (consultation, prescription de médicament, examen biologique ou radiologique, etc.) à la charge de l'assuré, ou de son assurance privée, encore appelée mutuelle.

Mais les personnes en situation de précarité ou de pauvreté n'ont pas toujours accès à ces droits, le plus souvent ouverts par la voie de l'activité professionnelle. D'autres recours ont donc été mis en place pour assurer l'égalité de tous les citoyens devant le droit d'accès aux soins de santé.

3.2. Couverture médicale universelle

Depuis le 01 janvier 2000, l'application de la loi du 27 juillet 1999 (9) a permis de créer pour les résidents de France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture médicale universelle (CMU) qui assure à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection (assurance) complémentaire et à la dispense d'avance des frais (tiers-payant).

Cette couverture sociale peut également être complétée par la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) selon les conditions suivantes (10) :

- résider en France depuis plus de 3 mois
- être en situation régulière
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain plafond

Ce plafond varie en fonction du lieu de résidence (France métropolitaine ou départements d'outre-mer) et du nombre de personnes composant le foyer.
A titre d'exemple, au 1er avril 2017, le montant du plafond annuel pour une personne seule résidant en France métropolitaine était de 8 723 euros.

Néanmoins, les personnes ayant des ressources supérieures à ce plafond mais présentant quand même des difficultés financières pour la souscription d'une assurance privée peuvent bénéficier de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (Aide à la Complémentaire Santé ou ACS), selon les mêmes conditions, avec un plafond annuel de 11 776 euros pour une personne seule résidant en France métropolitaine (11).

Ainsi tout citoyen Français peut bénéficier d'une prise en charge de ses frais de santé par le biais de la solidarité.

3.3. Parcours de soins coordonné

En France, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (12) et l'arrêté du 2 août 2005 (13) ont mis en place un parcours de soins coordonnés au centre duquel se situe le médecin traitant, qui doit être déclaré par le patient.
Celui-ci est le premier niveau de recours aux soins et oriente le patient dans son parcours de soins. Il assure également une prévention personnalisée à chaque patient (14).

Ce dispositif permet d'assurer un suivi adapté à chaque patient, à chaque personne, grâce à une relation tissée entre le médecin et le patient.

B - Gens du voyage

1. Gitans, Manouches, Roms. Différentes communautés, une origine commune

Le terme de Tsiganes est un terme générique désignant des populations présentes en Europe depuis plus de 700 ans.
Citoyens français aux origines diverses, cette diversité est gommée par un terme administratif restrictif, le terme de « Gens du voyage », qui ne reflète en rien leurs coutumes et traditions séculaires voire millénaires.

Du fait de leur tradition de la communication orale, il existe peu de ressources permettant de suivre avec précision le parcours migratoire des populations Tsiganes à travers les siècles.

Les historiens et linguistes se passionnent dès le XIX ème siècle pour la question des origines des Tsiganes et mènent des investigations sur trois fronts : la géographie historique de la dispersion par l'étude des chroniques anciennes, l'analyse de langue par linguistique comparée et les enquêtes anthropologiques (15).
C'est l'étude de langue *romani cib* et des langues européennes qui ont permis à Paul Bataillard (indianiste français) et Colocci (linguiste italien) en 1870 de retracer les migrations tsiganes et d'en donner une carte complète. Ainsi, leur point de départ se situe au Nord de l'Inde, et leur migration débute au IX ème siècle.

La dispersion initiale se fait à partir d'un petit groupe de nomade du Nord de l'Inde, des *Jâts* ou des musiciens *Lautari*, suivie d'un séjour en Perse, en Asie, et d'un essaimage démultiplicateur dans l'empire byzantin et en Europe.

C'est en 1420 que l'on trouve les premières traces de troupes Bohémiennes, notamment dans le Nord de la France, alors appelés « Egyptiens » à cause de leur teint et de leurs tenues vestimentaires (16).
Du XV ème au XVI ème siècle, les Tsiganes sont d'abord accueillis en Europe comme venant de la Petite Egypte, bien que la localisation de cette terre ne soit pas connue, et se déplacent en troupes. Ils ont obtenu audience auprès des principales cours d'Europe, et les rois de France leur accordent leur protection. Ils justifient leur itinérance par le pèlerinage et la pénitence, vivent de l'aumône publique ou sont mercenaires au service des nobles.
La curiosité l'emporte alors largement sur la crainte, et le public se presse pour voir ces gens dont la conduite et le costume sont surprenants.
En Europe centrale et balkanique, les Tsiganes sont présents sur la ligne séparant l'empire ottoman et les possessions des Habsbourg. Ils offrent leurs services à des armées diverses, notamment dans l'art militaire et le commerce des chevaux.

Au XVII ème siècle cependant se produit un renversement général d'attitude à l'égard des Tsiganes : les Etats monarchiques et les Républiques d'Europe adoptent une législation de plus en plus répressive, qui va se poursuivre jusqu'au XIX ème siècle. A

l'hostilité populaire s'ajoutent les interrogations suscitées par les origines controversées de ces populations.

De tous temps, les Tsiganes se sont livrés à des activités saisonnières compatibles avec le voyage, mais les politiques répressives les incitent à se sédentariser. Les Roms sont également réduits en esclavage en Roumanie jusqu'au XIX ème siècle.

Les migrations reprennent alors au XIX ème siècle pour les Tsiganes orientaux, notamment suite à des épidémies et des crises de subsistance dans l'Empire ottoman, auxquelles les Tsiganes résistent mieux que les autres populations, ce qui suscite encore plus de méfiance à leur égard. Ils arrivent en France par le Rhin pour les Yéniches, par les Alpes pour les Sinté piémontais. Les Gitans eux, sont originaires du bassin méditerranéen et leur parcours passe par l'Espagne notamment.

En 1895 est lancé en France un recensement général de tous les « nomades et Bohémiens » du pays, ce qui apporte de nombreuses informations sur cette population, mais sur-estime, de part le mode de vie itinérant des Tsiganes, leur nombre dans le rapport final publié en 1898.
Ce constat incite les dirigeants à réfléchir à de nouvelles méthodes pour contrôler ces populations et leurs migrations. C'est par la suite en 1912 que l'on voit apparaître en France le carnet anthropométrique des nomades.

Quelques décennies plus tard, en Allemagne, la traque des Tsiganes est menée par l'Office central pour la lutte contre le péril tsigane, fondé en 1899. A partir de 1935 et la promulgation des lois de Nuremberg, les nazis entreprennent la destruction collective des Tsiganes du Reich et, ultérieurement, de l'Europe sous leur domination (15).

Aujourd'hui en France, le terme de « gens du voyage » regroupe un ensemble de petits groupes de traditions, histoires et de religions souvent différentes mais rassemble entre 400 et 500.000 personnes (17), et entre 10 et 12 millions de personnes en Europe (18), faisant de cette communauté la plus large minorité qu'on y retrouve.

2. Modes de vie, coutumes et croyances

La culture et les traditions, basées sur la transmission orale, sont toujours très présentes et régissent de nombreux aspects de la vie des gens du voyage.

2.1. Les voyages

Le parcours d'itinérance est historiquement lié à l'activité économique des familles. La résidence mobile, communément appelée « caravane », reste aujourd'hui encore la norme, même si certains ont fait le choix d'un autre type d'habitat (19).

Le voyage relève de deux fonctions principales (20) :

- le rôle social, permettant la rencontre avec d'autres familles mais aussi le maintien de la cohésion du groupe (amis, famille)
- le rôle économique, permettant la recherche de travail pour les activités indépendantes, les multi-activités, les activités ambulantes ou saisonnières.

Sur le plan du statut, ce n'est pas tant la mobilité que la conservation de l'habitat mobile qui caractérise les gens du voyage. Le plus souvent, ils se revendiquent fortement d'un territoire donné, établi sur une histoire familiale et personnelle.

Si l'habitat en résidence mobile garde un caractère traditionnel, les populations n'en sont pas pour autant nécessairement itinérantes, et le comportement à l'égard des voyages et de l'itinérance n'est pas homogène.
On peut distinguer schématiquement trois catégories (21) :

- les itinérants, qui se déplacent souvent en grand nombre et sur l'ensemble du territoire national, faisant des arrêts de courte durée.
- les semi-itinérants (ou semi-sédentaires), qui se déplacent de manière limitée dans l'espace et le temps, le plus souvent à l'échelle du département ou de la région. Les déplacements sont souvent motivés par des obligations familiales, de santé, etc.
- les sédentaires, installés de manière permanente sur un terrain dont ils sont locataires ou propriétaires.

Par conséquent, plutôt que « sédentarisation », le terme d'« ancrage territorial » décrit mieux la situation des voyageurs. Cet ancrage territorial croissant s'explique par plusieurs phénomènes :

- le vieillissement de la population et les problèmes de santé qui rendent difficiles et limitent donc les grands déplacements
- la précarisation des gens du voyage et le coût du voyage de plus en plus élevé
- la recherche d'une scolarisation continue des enfants du voyage

De part ces différents phénomènes, les Tsiganes voyageurs ressentent une perte de leur liberté liée aux difficultés à voyager et à stationner, qui sont vécus comme une incitation à la sédentarisation (20).

2.2. La famille

La famille joue un rôle essentiel dans la vie des gens du voyage, attachés au modèle traditionnel de la famille, qui s'élargit à la lignée ou « cousinerie » sur plusieurs générations.
Elle reste solidaire et unie (19).

Néanmoins, il faut différencier la famille de la communauté, elle-même constituée de plusieurs groupes ou familles aux histoires, parcours, statuts et intérêts différents. Plusieurs familles cohabitent au sein d'un même groupe, sur un même terrain familial, une aire d'accueil ou lors de grands rassemblements.
En cas de conflit, c'est le groupe qui intervient comme médiateur entre les familles. Les personnes âgées sont respectées, et leur avis est écouté. La médiation peut aussi être assurée par un pasteur, un prêtre, des responsables associatifs ou des personnes reconnues.

La famille est le lieu d'éducation et d'autorité, de transmission de la culture, de la mémoire, des valeurs du groupe, des savoirs et des connaissances techniques. L'acquisition de ces savoirs se fait principalement par transmission orale et par mimétisme.

Au sein du groupe, il existe une notion forte : le singulier/pluriel (22). L'individu existe par son appartenance à une famille, à un groupe, qui définit sa place précise. C'est autour de la famille que s'organise la vie des gens du voyage.

Ainsi, leurs déplacements et leurs incursions dans le monde des Gadjé, des non-voyageurs, se font de manière générale en groupe, ou au moins à deux ou trois personnes.

2.3. La place de l'enfant

Dans le groupe familial élargi que nous venons de présenter, l'enfant bénéficie de l'éducation de chacun de ses aînés. L'enfant est élevé à la fois par ses parents, ses grand-parents, ses oncles et tantes, ses frères et soeurs aînés, etc.

Une grande place est laissée à l'expérimentation, à l'initiative et à l'autonomie.
Aussi les rôles sociaux sont appris très vite ; le petit garçon va travailler avec son père, tandis que petite fille s'occupe de l'habitat et des enfants plus jeunes avec sa mère.
Les responsabilités, comme celle de s'occuper des plus jeunes, sont confiées très tôt aux enfants.

L'enfant est au centre du groupe familial, c'est un enfant-roi. Néanmoins, comme en témoigne cette mère, « Roi, ça veut dire qu'on aime, que c'est toute notre vie, mais il n'a pas le droit de faire tout ce qu'il veut » (20).

2.4. La religion

Les Tsiganes sont depuis toujours animés d'un profond sentiment religieux.
Néanmoins, il n' y a pas d'unicité sur ce plan. Quelque soit la région où les Tsiganes sont présents, ils ont adopté la forme de la foi de la société qui les entourait (23).
A leur arrivée en France au XV ème siècle, les Egyptiens embrassent donc la foi chrétienne, mais d'autres religions sont présentes en Europe et influent sur ces populations. Ainsi on retrouve, selon les régions d'Europe, des religions comme le Christianisme, divisé en plusieurs branches (catholicisme, orthodoxie, protestantisme, évangélisme) ou l'Islam.

Cependant, depuis la seconde Guerre Mondiale, une nouvelle vague religieuse gagne la France, ayant une origine protestante nord-américaine : le pentecôtisme. Ce dernier s'est de plus en plus répandu au fil des années, adopté par de nombreuses familles. En 1960, on comptait seulement quelques centaines de personnes converties, 90.000 personnes en 1985, et 150.000 en 2005. (23)

Cet essor s'explique par la possibilité de reprendre « ce qui plaît aux Tsiganes (chants, manifestations collectives chaleureuses, prises de paroles par d'autres que les seuls prêtres) » (23) mais aussi car il « délivre un message simple d'amour du Christ » (24). Cette religion est parfois qualifiée de religion des pauvres, parmi lesquels elle prêche, mais elle s'oppose au catholicisme et à son traditionalisme ancré dans l'Histoire.

Le pastorat devient à ce moment facilement accessible, et est parfois une affaire de famille. Les grands rassemblements, appelés conventions, sont l'occasion d'une nouvelle mobilité, en particulier pour les familles les plus sédentarisées. Ces derniers sont par ailleurs encadrés par des accords entre mairies et missions Evangéliques (23).

Néanmoins, des rassemblements comme aux Saintes-Maire-de-la-Mer ou à Lourdes, très médiatisés, restent des pèlerinages catholiques (24).

3. Aspects législatifs de la vie des Tsiganes

Poussés par les craintes et les croyances séculaires qui gravitent autour de la communauté des gens du voyage, les pouvoirs publics français ont depuis de nombreuses années tenté de maîtriser ces populations, dont le mode de vie ne correspondait pas à l'idéal sociétal des différentes époques.

3.1. 1912, le carnet anthropométrique

Suite au recensement général des « nomades, bohémiens et vagabonds » de 1895 et aux commissions « vagabondage et mendicité », la loi sur le port du carnet anthropométrique d'identité a été adoptée le 16 juillet 1912 (19).

Cette loi oblige « tous les nomades n'ayant ni domicile, ni résidence fixe, à se munir d'un carnet spécial, dit carnet d'identité, établi dès l'âge de 13 ans révolus ».

Il s'agit là d'un carnet de plus de cents pages avec couverture cartonnée, qui doit obligatoirement être porté en permanence sur soi par la personne concernée (16).

Ce carnet anthropométrique comprend la description détaillée de son titulaire, ses photographies de face et de profil, les empreintes digitales de ses dix doigts, sa profession et une partie sanitaire sur laquelle doivent figurer les tampons des médecins ayant pratiqué les vaccinations obligatoires.

Ils doivent être visés à l'arrivée ainsi qu'au départ de chaque commune, et les nomades circulant sans carnet sont considérés comme « vagabonds » et encourent les peines associées à ce délit (16).

L'objectif de la mise en oeuvre de ce carnet anthropométrique, utilisant des caractéristiques semblables à celles du fichage des prisonniers et criminels, est de limiter et contrôler les déplacements des nomades.

3.2. 1969, la commune de rattachement

La loi du 3 janvier 1969 a aboli l'obligation du port du carnet anthropométrique.
Néanmoins, cette loi se situe dans la prolongation de la loi de 1912 en persistant dans la recherche de contrôle des populations nomades. En effet, celle-ci instaure une nouvelle double obligation pour toute personne appartenant à la catégorie « nomade » dès l'âge de 16 ans (19) :

- détenir un titre de circulation, assorti d'une obligation de visa
- choisir une commune de rattachement produisant une partie des effets habituels attachés au domicile.

Mais ces derniers droits ne sont pas toujours garantis, par exemple le droit de vote ne peut être accordé qu'après 3 ans de rattachement à la commune.
De plus, le choix de la commune de rattachement reste restreint, car la décision est une prérogative du préfet, et un quota de 3% maximum de population sans domicile ni résidence fixe est fixé par commune.

3.3. 2017, loi relative à l'égalité et à la citoyenneté

Il faudra attendre 2017 pour voir abrogée cette série de lois tendant à la discrimination envers les Tsiganes.
Cette nouvelle législation (25) a deux grands effets :

- la suppression du titre de circulation
- le remplacement de la commune de rattachement par un dispositif d'élection de domicile. Cette demande de domiciliation se fait auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action social (CCAS ou CIAS) ou d'un organisme agréé par le préfet.

Grâce à cette nouvelle législation, le droit à la domiciliation devient l'unique référence en matière d'accès aux droits (19) et permet l'accès à l'ensemble des prestations sociales, l'exercice des droits civils, l'obtention d'un titre d'identité, ainsi que l'inscription sur les listes électorales.

La réduction des discriminations semble donc en cours, du moins sur le plan des droits civils et civiques.

3.4. L'accueil des gens du voyage sur les territoires

Depuis la loi Besson du 5 juillet 2000, l'accueil des gens du voyage par les collectivités est réglementé.
Ainsi, « toute commune de plus de 5000 habitants doit prévoir les conditions de passage et de séjour des gens du voyage sur son territoire en réservant des terrains aménagés à cet effet » (26).

Cette loi instaure la mise en place d'un schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage, en fonction de l'évaluation de nombreux critères : besoins et offre préalable, durée et fréquence des séjours des gens du voyage, mode de vie et ancrage territorial, possibilité de scolarisation et accès aux soins, etc.

En contre-partie, le stationnement des gens du voyage sur des terrains autres que ceux définis comme aire d'accueil peut être interdit par les élus locaux.

D'après le rapport de la cour des comptes rédigé en 2017 (27), à la fin 2015, 69% des places de stationnement réservées aux gens du voyage avaient été créées, seulement 17 départements avaient rempli entièrement leurs obligations, et sur le plan qualitatif, de nombreuses aires étaient peu fréquentées en raison d'une implantation inadaptée.
Tout ceci peut conduire les gens du voyage à stationner sur des espaces inadaptés et dans l'illégalité (18).

La principale raison évoquée par les élus pour expliquer l'absence de réalisation de places de stationnement, outre le coût financier, reste la difficulté à faire accepter ce type d'équipement à la population dans des zones urbanisées sous tension (27).

Ainsi, bien que citoyens français à part entière, les personnes appartenant à la communauté des gens du voyage restent à l'heure actuelle encore victimes de nombreux préjugés et cette population est toujours stigmatisée, voire exclue.
Et entre la précarité liée au mode de vie et aux activités professionnelles saisonnières et l'exclusion et le rejet de la part de la population générale, la question de l'accès aux soins chez les gens du voyage semble parfois laissée en suspens.

C - Etat de santé des gens du voyage

La santé est un enjeu majeur de toutes les populations et les pouvoirs publics se doivent de mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour garantir ce droit à tous les citoyens.

Mais il existe au sein de la population de nombreuses inégalités, dont l'accès aux soins et à un état de bonne santé comme défini par l'OMS font partie.
C'est ce que l'on peut constater lorsque l'on explore la santé des populations Tsiganes en France, en Europe, mais aussi dans le monde.

1. Une espérance de vie réduite par rapport à la population générale

Il existe peu de données concernant l'état de santé des Tsiganes, et celles qui sont disponibles sont anciennes.

A la fin des années quatre-vingt-dix en Europe, une étude a été menée par Médecins du Monde dans six pays européens et s'est conclue par le colloque Tsiganes en Europe : promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse, présenté en octobre 2000 à Paris (28).
Ce sont les résultats de cette étude qui sont repris dans les travaux du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (29) publiés en 2009 et faisant état d'une espérance de vie chez les gens du voyage nettement inférieure à celle de la population générale : elle serait réduite de dix à quinze ans chez les gens du voyage, soit une espérance de vie de l'ordre de soixante à soixante-cinq ans, contre environ quatre-vingt ans dans la population générale en France.

Plus récemment, une étude européenne (18) a comparé des populations Tsiganes, appelées Roms dans cette étude rédigée en anglais, et non-tsiganes ou non-Roms, sur différents critères entrant dans l'évaluation de la qualité de vie, dont le ressenti en terme de santé. Cette étude montre que les limitations d'activités, professionnelles ou personnelles, augmentent avec l'âge dans les deux groupes.
Dans le groupe des 35-54 ans, classiquement considéré comme la part de la population la plus active, ces limitations d'activités apparaissent plus importantes chez les Roms que chez les non-Roms, excepté en Slovaquie et en Espagne.
En Italie, le taux de limitation d'activité est sept fois plus important chez les Roms que chez les non-Roms.

Globalement, les indicateurs de santé sont plus défavorables chez les gens du voyage que chez les Gadjé (29) et la mortalité prématurée.
Pour autant, on ne retrouve pas de pathologie spécifique au mode de vie ou à la « tsiganité ».

2. Les pathologies rencontrées

Les principales pathologies rencontrées parmi les gens du voyage ne sont pas en rapport avec leur mode de vie itinérant, mais plutôt avec leurs habitus et les conditions de vie précaires.

2.1. Pathologies cardio-vasculaires

Ces pathologies telles que l'hypertension artérielle (HTA), les dyslipidémies, le diabète, l'obésité, bien que plus fréquentes chez les Tsiganes, sont également retrouvées dans la population générale (30). Celles-ci peuvent être principalement reliées à l'alimentation riche en calories et en graisses et pauvre en fibres (problèmes de conservation) et au manque d'activité physique, et engendrent des pathologies cardio-vasculaires telles que infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne, accidents vasculaires cérébraux (31), ou encore insuffisance rénale chronique (32) . Néanmoins, il reste extrêmement difficile de leur faire suivre un régime.

2.2. Pathologies liées au mode de vie, au stress

Le stress lié au mode vie et à la précarité est également générateur de pathologies telles que les pathologies cardio-vasculaires précédemment citées mais aussi des addictions, soit à des produits licites tels que l'alcool, le tabac, mais aussi aux médicaments anxiolytiques ou anti-dépresseurs (29, 33), ou bien encore à des produits illicites, et ce plus particulièrement chez les sédentaires, plutôt jeunes (29).

Par ailleurs, même si ce problème est peu identifié par les populations elles-mêmes, il faudra également noter, particulièrement chez les groupes sédentarisés, un risque augmenté de pathologies héréditaires liées à la consanguinité, rares et potentiellement graves : troubles visuels, pathologies hépatiques, troubles mentaux, etc. (22, 29, 31).

2.3. Pathologies infantiles

Chez les enfants, les pathologies rencontrées sont somme toute semblables à celles présentes dans la population générale : rhinopharyngites, otites, bronchiolites.

Néanmoins, le mode de vie et d'habitat exposent les enfants des voyageurs à un risque accru d'accidents domestiques tels que brûlures, intoxications, traumatismes divers (22), mais aussi au risque de saturnisme et d'intoxication aux métaux lourds de part l'activité de ferraillage qu'occupent souvent les parents (34, 35).

2.4. Pathologies liées à l'activité professionnelle

Ce risque d'intoxication fait bien évidemment partie des risques professionnels chez les adultes, qui sont particulièrement exposés lorsqu'ils pratiquent le ferraillage. Le risque d'intoxication est lié au Plomb, mais également aux autres métaux lourds comme le Nickel, le Cadmium.

Les Tsiganes sont également souvent employés comme sous-traitants sur des chantiers de démolition, avec un grand risque d'exposition à l'amiante, mais également sur des sites plus sensibles, comme lors du nettoyage du site de l'usine AZF à Toulouse, dans les suites de l'explosion de 2001 (31).

2.5. Pathologies liées à la précarité

Enfin, on note la présence parmi ces population de pathologies liées à la précarité : dermatoses, tuberculose, troubles dentaires. De même les problèmes auditifs et visuels, faute de moyens, ne sont pas traités (29).

3. Le rapport à la santé et à la maladie

Chez les gens du voyage, la santé n'est pas considérée comme une ressource de premier plan. Les préoccupations quotidiennes sont plutôt centrées sur le voyage et le stationnement, les menaces d'expulsion, le bon fonctionnement du groupe, etc.

Néanmoins, les préoccupations ménagères quotidiennes s'attachent au symbole de pureté (29), avec l'obsession de maintenir la propreté au sein de la caravane. La notion de pureté est reliée à celle de bonne santé, et la santé à celle de chance ou de bonne fortune. Ainsi, une prière gypsie souhaite chance et santé : « May God give you luck and health » (32).

Par opposition, le malade est celui qui est impur, ou a perdu sa bonne fortune.

Ceci peut être rattaché au manque de compréhension de la physiologie et de la physiopathologie humaines ; la maladie est alors vécue comme une malédiction (36), comme un phénomène extérieur qui « vous tombe dessus brutalement » (33).

La santé et la maladie sont empreints de croyances et de représentations magiques, et la religion, qu'elle soit chrétienne ou évangéliste, occupe une place importante au centre de ces préoccupations.

Le terme Manush' « Dji » signifie « coeur », au sens du siège des émotions ; c'est le concept qui se rapproche le plus de notre concept de santé. Sous l'effet d'une agression physique ou psychologique ou bien à la suite d'une faute ou d'une attaque en sorcellerie, « Dji » baisse, laissant le loisir aux entités maléfiques d'envahir l'entité physique et non-physique qu'est l'individu (37).

Quand quelqu'un est malade, ce n'est pas seulement l'individu qui souffre, mais tout le groupe, toute la communauté. Le groupe se rassemble autour de son malade, surtout hospitalisé, et ce d'autant plus que l'hôpital est perçu comme un endroit dangereux, plein de microbes, mais également comme faisant partie du monde des Gadjé, et donc hostile. Les principales craintes se cristallisent sur la douleur mais aussi sur l'enfermement.
Il faut éviter qu'un membre du groupe ne meure à l'hôpital ; dès que la médecine a fini son travail, son possible, la famille récupère le malade, et l'accompagnement à la mort se fait par le groupe, dans la caravane. La gestion du soin et de la pathologie se fait de manière collective (29, 31).

Certaines maladies sont taboues, comme les cancers ou les maladies psychiatriques. « Il n'y a pas de fou chez eux » (31) disait le Dr Jean-Claude Guiraud, qui a énormément travaillé avec les gens du voyage, notamment sur la région toulousaine. Là encore, la religion et les soins traditionnels sont souvent employés pour retrouver la santé.
Par ailleurs, des pans entiers de la physiologie sont entourés de silence, comme la sexualité ou le cycle menstruel, avec très peu d'informations délivrées aux plus jeunes concernant les infections sexuellement transmissibles (IST) ou encore la grossesse.

Synonyme d'impureté, les femmes sont mises à l'écart du groupe durant leurs périodes de menstruations.

Partant de ce constat, il est difficile d'imaginer les gens du voyage se projeter dans la maladie. « On ne va pas soigner quelque chose qui n'existe pas » (37). Ajouté à cela la propension à vivre dans le présent et la difficulté à se projeter, ainsi que l'itinérance synonyme de manque de suivi, et la notion de prévention s'étiole.
Il existe cependant des conduites préventives, telles que de jeter les restes alimentaires car le réfrigérateur a une capacité réduite, ou encore le nettoyage incessant de la caravane dans le but de la conserver en bon état.

D'une manière générale, les politiques de dépistage et de prévention trouvent peu d'écho sans un travail spécifique dans la durée, par des personnes reconnues par la communauté (29).

4. L'utilisation du système de santé

4.1. Accès à la protection sociale

Au niveau Européen, une étude menée en 2012 témoigne d'une bonne couverture sociale dans des pays comme la France, la Hongrie, la Slovaquie, la Pologne, l'Espagne et le Portugal, où les personnes interrogées, Tsiganes et non-Tsiganes, déclarent à 90% bénéficier d'une protection sociale.
Il n'en est pas de même en Italie, où 20% de la population Tsigane et non-Tsigane déclare ne pas avoir d'assurance maladie, ou encore en Grèce, Roumanie ou Bulgarie, où la couverture sociale s'étend chez les Tsiganes à 45%, contre 85% chez les non-Tsiganes (18).

En France, l'accès à cette protection sociale et à l'aide sociale se fait à partir d'un double ancrage : l'activité professionnelle et la territorialité. Historiquement, c'est par le biais de l'assistance sociale proposée aux inactifs, ou « non-cotisants », que les gens du voyage ont pu accéder à la protection sociale. Le dispositif de CMU et CMU-C a donc permis à cette population de se rapprocher du soin.

Mais aujourd'hui, le régime du RSI (régime social des indépendants) ou le régime micro-bic permettent aux actifs qui ont une micro-entreprise de bénéficier de la CMU, sous réserve du dépôt d'une demande, pour laquelle les associations sont souvent sollicitées (29, 38).

Malheureusement, il n'existe pas à l'heure actuelle de réelle politique de santé dédiée aux gens du voyage et l'intervention publique en terme de prévention est peu valorisée. En témoignent le manque de visibilité des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis (20, 39).

4.2. Relation avec les professionnels de santé

Comme nous l'avons vu précédemment, le mode de vie et l'impossibilité culturelle de se projeter dans l'avenir induisent un mode de consultation particulier : il n'existe pas ou peu de prévention ; les Tsiganes sont dans le curatif.

4.2.1. L'hôpital

Le rapport ministériel de 2007 met l'accent sur « l'usage quasi-exclusif de l'hôpital » et la « consommation abusive des urgences ».
La consommation de soins peut se faire dans l'excès : consultations répétées, demande de traitement, demande de guérison instantanée, en particulier pour les enfants, ou au contraire dans la négligence : consultation tardive, automédication, etc.
Mais les modalités de recours aux soins chez les Tsiganes correspondent en grande partie à celles des populations en situation de précarité (38).

L'appréhension du système de soin est collective, et l'arrivée à l'hôpital de grands groupes génèrent une tension chez les équipes soignantes et provoquent méfiance et rejet, alors même que le groupe cherche à être rassuré.
Néanmoins, les gens du voyage présentent une très grande méfiance envers le monde et les paroles des Gadjé, « y compris [d]es médecins ». Mais malgré ces craintes, ils sont très au fait des procédures hospitalières, et le recours aux urgences est synonyme d'attente (29, 33, 38).

4.2.2. Le médecin généraliste

A la suite de la mise en place du dispositif de CMU, permettant aux gens du voyage de bénéficier d'une couverture sociale, ces derniers découvrent, particulièrement chez les populations sédentarisées ou semi-sédentarisées, la médecine libérale et la notion de médecin référent, ou médecin traitant.

Ce dispositif permet donc une amélioration de l'accès aux soins de ces populations tout à fait particulières et introduit auprès d'eux la notion de suivi et de continuité des soins. Ceci est d'autant plus important que, comme nous l'avons vu, ces populations sont très exposées aux maladies chroniques telles que diabètes, pathologies cardio-vasculaires, etc., qui nécessitent des consultations régulières.

Chez les populations Tsiganes, le choix du médecin se fait principalement par le bouche à oreille : un ou deux médecins sont repérés comme bons, et sollicités, ou bien recommandés par la famille. Il faut alors qu'un climat de confiance s'instaure : le médecin connait ses patients, les patients le connaissent, et tout changement engendre une situation qui peut être mal vécue par le patient Tsigane : crainte de l'autre, peur de l'erreur médicale.
Les principes d'écoute, d'empathie et d'humanité sont incontournables afin d'établir une relation de confiance avec les gens du voyage, et ainsi obtenir une meilleure adhésion aux soins proposés (33, 36, 37, 39, 40, 41).

D - Objectifs

Malgré les fortes disparités qui existent, les conditions de vie restent parfois très précaires chez les gens du voyage, et le concept de qualité de vie doit être pris en compte dans l'appréhension globale de la santé.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le ressenti des gens du voyage face aux différents modes de consultation en soins de santé primaire disponibles et sollicités sur le territoire de la Gironde.

L’ objectif secondaire est d’étudier via les différents modes de recours aux soins de santé primaire les déterminants qui permettraient un meilleur accès aux soins, et de ce fait, une amélioration de leur état de santé.

MATERIEL ET METHODE

A - Méthode

1. Recherche qualitative

Bien que reconnue seulement récemment comme méthode de recherche scientifique valable, la méthode qualitative est aujourd'hui une technique de recherche très employée en sciences humaines et sociales, psychologie, anthropologie, etc. (42).

Développée à partir des années 1920 aux Etats-Unis, elle ne fit son apparition au sein des sciences de la santé que vers les années 1990. Cette méthode permet au chercheur d'étudier des émotions ou des sentiments, d'explorer des comportements, etc. (43).
Grâce à cette approche, le chercheur peut observer et analyser le fonctionnement et les interactions des sujets dans une situation donnée et établir une théorie à partir des informations recueillies : c'est la théorisation ancrée (ou *Grounded Theory*) développée par Glaser et Strauss à partir de 1967 (43, 44). Son objectif ultime est l'élaboration d'une théorie émergeant de l'analyse des données recueillies, qui servira à expliquer le phénomène à l'étude.

A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, qui ne vise pas seulement à quantifier des données, mais qui est amenée à observer de nombreux phénomènes non quantifiables.
De même, il ne faut pas opposer recherches qualitative et quantitative : ces deux méthodes peuvent être complémentaires, chacune apportant de nouvelles informations et de nouvelles hypothèses.

C'est donc la recherche qualitative, et plus précisément la méthode de la théorisation ancrée qui a été choisie pour mener à bien ce travail.

2. Entretiens semi-dirigés

Une fois la méthode de recherche définie pour ce projet, il a fallu choisir le mode de recueil des données qui seront ensuite analysées.

Le sujet à l'étude étant potentiellement vaste, et de part la culture des gens du voyage basée sur la parole, il a semblé naturel que nous devions questionner les sujets de manière approfondie.
Le choix des entretiens semi-dirigés a été privilégié, en raison du caractère personnel du sujet abordé. En effet, une autre possibilité de recueil qui a pu être envisagée est la méthode des *focus-group*. Néanmoins, même s'il ne s'agissait pas d'un sujet intime, nous ne voulions pas que les propos de certaines personnes interrogées puissent en influencer d'autres et par ce fait, les dissuader de parler et de raconter leur vécu propre. De même, cette approche permettait d'envisager une proximité et l'instauration d'une relation de confiance avec les sujets enquêtés, qu'il n'aurait pas été possible d'avoir avec des entretiens en groupe.

Avant la réalisation de chaque entretien, le chercheur a présenté sa démarche de recherche aux personnes susceptibles d'être interrogées afin de recueillir leur consentement (ANNEXE 1) et d'expliciter le déroulement des entretiens et du travail qui en découlera.

B - Matériel

1. Guide d'entretien

Afin de recueillir les données nécessaires à notre étude, nous avons élaboré, à partir des diverses lectures que nous avons faites, un canevas (ou guide) d'entretien permettant de mener les interviews de manière structurée.

Le guide d'entretien utilisé (ANNEXE 2) a été rédigé avec des questions ouvertes, afin de permettre aux sujets interrogés de développer leurs réponses, leurs idées, leurs ressentis, mais également de ne pas influencer leurs réponses.

Les thèmes abordés grâce à ce guide d'entretien peuvent être regroupés en trois catégories :

- le mode de consultation principal, et la présence ou non d'un médecin référent
- le mode de consultation en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et durant les voyages
- la relation avec les médecins, qu'ils soient connus ou inconnus

2. Echantillonnage

2.1 Echantillonnage théorique

L'échantillonnage aléatoire n'est pas une méthode adaptée à la recherche qualitative.
En effet, pour explorer un phénomène dans tous ses aspects et toute sa complexité avec une approche socio-culturelle, il n'est pas nécessaire de disposer d'un échantillon de grande ampleur, mais plutôt de rechercher des sujets pouvant apporter de nouvelles informations utiles à la recherche et pouvant étayer sa théorie.
De même, il n'y a aucun intérêt à recueillir les informations en aveugle, et ce d'autant plus que la subjectivité du chercheur est impliquée dans la gestion des entretiens.

Pour ce faire, nous avons réalisé dans un premier temps un *échantillonnage de convenance*, c'est à dire que nous avons sélectionné arbitrairement un petit nombre de sujets, analysé leurs réponses, et nous avons ensuite pu adapter notre sélection en fonction des catégories qu'il nous semblait nécessaire de développer plus en profondeur. Il s'agit alors d'un échantillonnage dit *théorique* (44).

Ainsi, nous avons sélectionné des personnes appartenant à la communauté des gens du voyage, majeurs, et de nationalité française.
Les personnes de nationalité étrangère, notamment les Roms immigrés de l'Europe de l'Est ces dernières années, ont été exclues de cette étude, non pas dans un but de discrimination, mais car leur situation sociale, notamment l'extrême précarité dans laquelle ils vivent, et la barrière de la langue auraient pu entraîner des biais dans l'analyse des trajectoires vers le soin qui leur sont propres.

De même, les troubles de l'audition et du langage représentaient des critères d'exclusion, en raison du mode de recueil des informations par entretiens.

2.2. Accès aux *interviewés*

La question de l'accès aux personnes susceptibles d'être interrogées et intégrées dans notre travail s'est alors posée ; la population des gens du voyage, bien que nombreuse en Gironde (environ 13000 personnes ont un ancrage territorial en Gironde (45)), n'en reste pas moins très craintive, et plus particulièrement envers les Gadjé qui les ont durant de nombreuses années discriminés, méprisés, et même parfois persécutés.
Il nous a donc fallu entrer en relation avec des Tsiganes et instaurer une relation de confiance afin que les personnes interrogées puissent se livrer sans crainte et donc le faire pleinement.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur deux axes principaux :

- exposition du travail et proposition d'entretiens aux patients Tsiganes fréquentant le cabinet médical de Saint-Christoly-de-Blaye, dans lequel travaillent le chercheur ainsi que le directeur de thèse. En effet, ces patients étaient déjà habitués au contact avec le chercheur et ont assez facilement accepté l'idée d'intégrer cette étude une fois les tenants et les aboutissants expliqués.

- prise de contact avec l'Association Départementale des Amis des Voyageurs de la Gironde (ADAV33), basée à Talence et ayant des antennes à Libourne et Langon. Cette association, à l'origine militante, a depuis de nombreuses années établi des contacts privilégiés avec les populations Tsiganes grâce à leurs missions diverses : domiciliation, connaissance et accès aux droits sociaux, intégration, lutte contre les discriminations etc. (46). Grâce à leurs liens avec la communauté des gens du voyage, et particulièrement grâce à leurs travailleurs sociaux qui sont présents régulièrement sur le terrain (domiciles, aires de stationnement ou terrain en stationnement précaire), nous avons pu être introduits auprès de diverses familles qui ont donc accepté de nous répondre.

3. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2017 à avril 2018.

3.1. Lieux des entretiens

Le choix du lieu de réalisation des entretiens a été dicté par plusieurs critères :

- endroit accessible aux personnes interrogées et au chercheur
- nécessité d'un certain calme pour pouvoir mener la discussion sans interruption
- lieu connu des personnes interrogées pour assurer une certaine confiance, une aisance

Nous avons ainsi convenu de plusieurs possibilités pour la réalisation des entretiens :

- dans les locaux de l'ADAV33 à Talence
- au cabinet médical de Saint-Christoly-de-Blaye
- directement au domicile des personnes interrogées, que ce soit sur des aires de stationnement dans leur caravane ou bien dans leur maison

Dans un premier temps, des entretiens ont donc été proposés dans les locaux de l'ADAV33, aux personnes présentes sur place lors des jours de venue du chercheur. Néanmoins, il s'est avéré que cette méthode d'approche n'était pas la plus adaptée. En effet, bien que présente dans les locaux de cette association reconnue parmi la communauté des gens du voyage, les personnes abordées se rendaient sur place dans un but bien précis : relève du courrier, rendez-vous avec un travailleur social, demande d'aide pour diverses démarches administratives, etc. Par conséquent, celles-ci étaient peu disponibles pour répondre au chercheur et même la proposition de fixer un rendez-vous dans ces mêmes locaux à un moment plus opportun pour elles ne semblait pas réussir à les convaincre de participer à cette étude.

Par la suite et devant ce constat, d'autres approches ont été mises en place, et le chercheur s'est déplacé en compagnie de travailleurs sociaux, sur le terrain.

Les entretiens réalisés au domicile des personnes interrogées ont été organisés par les travailleurs sociaux de l'ADAV33 qui ont expliqué les grands principes du travail du chercheur, afin d'obtenir l'accord préalable de ces dernières. Ils ont

également accompagné le chercheur afin de l'introduire auprès des sujets de l'étude, avant que celui-ci n'explique plus en détail les objectifs et le déroulement de l'étude dans le but d'obtenir le consentement des sujets.

3.2. Déroulement des entretiens

Afin de renforcer la relation de confiance et de mettre à l'aise chaque personne interrogée, nous avons accepté durant les entretiens la présence de tierces personnes : travailleurs sociaux de l'ADAV33, membres de la famille ou de la communauté, tout en précisant qu'une seule personne devait répondre aux questions du chercheur pour ne pas perturber le fil de la discussion. Si une autre personne souhaitait répondre à son tour au chercheur, nous lui avons proposé de réaliser un nouvel entretien dédié à la suite de l'entretien en cours.

Pour permettre une discussion fluide et dynamique, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dispositif numérique, et ce après avoir expliqué à la personne interrogée les avantages de cette méthode (retranscription fidèle du discours, concentration du chercheur sur la discussion) et garanti le respect de l'anonymat, afin d'obtenir son accord (47).

Ces entretiens étant semi-dirigés, nous nous sommes servi du canevas d'entretien préalablement établi, tout en laissant à la personne interrogée la possibilité d'emmener le chercheur dans les propos qui lui semblaient importants ; nous n'avons pas coupé les récits qui ont pu nous être faits car dans chaque expérience peut se cacher une information importante, et nous ne voulions pas prendre le risque d'omettre ces dernières.
En fonction des réponses des participants, l'ordre des questions a pu être modifié pour conserver une certaine logique dans la discussion.

Il aura néanmoins fallu au chercheur utiliser diverses techniques de communication afin de faire parfois développer certains points qui lui paraissaient intéressants pour la compréhension des phénomènes à l'étude. Pour ce faire, nous avons eu recours à la technique de relance (« pouvez-vous m'en dire plus ? » ou encore « que voulez-vous dire par là ? ») ou encore à la reformulation (« si je vous comprends bien… »). Néanmoins, ces tournures n'ont pas toujours eu pour effet de relancer la discussion et

de développer les idées abordées, mais cela a au moins permis aux *interviewés* de confirmer la bonne compréhension de la part du chercheur.
Ces techniques d'entretien, ainsi que toute l'application de ce mode de recherche, nécessitent de la part du chercheur des qualités comme l'écoute, l'empathie, la neutralité ou encore l'objectivité (47, 48) ; celui-ci a donc été amené à se perfectionner au fur et à mesure de l'avancée de l'étude.

A la fin de chaque entretien, le chercheur a relevé les données épidémiologiques concernant la personne interrogée : âge, sexe, situation familiale et dans le groupe, antécédents médicaux et traitements éventuels, poids et taille, couverture sociale et emploi.

Une fois toutes ces informations recueillies, il a parfois pu se mettre en place un échange avec les personnes interrogées et les personnes présentes lors de l'entretien, qui est venu compléter les propos de l'*interviewé* et apporter de nouvelles informations, souvent par des anecdotes vécues. Ces échanges n'ont pas été enregistrés, mais le chercheur a pu prendre en note la teneur des paroles et des idées exprimées, le plus fidèlement possible, afin de pouvoir travailler également avec ces données.

A la suite des premiers entretiens, le guide d'entretien a du être légèrement remanié afin de garantir une plus grande logique et une fluidité plus importante, mais aussi de reformuler certaines questions pour permettre des réponses plus larges, moins dirigées.

4. Analyse du contenu

4.1. Retranscription

Les entretiens ont alors été retranscris en VERBATIM par le chercheur, après écoute attentive de l'enregistrement numérique. La retranscription du discours a été effectuée mot à mot, pour être fidèle aux paroles des personnes interrogées, en conservant les tournures de phrases et les expressions. Nous avons également intégré au VERBATIM les réactions qui ont pu être observées par le chercheur (rires, mouvement, grimaces, etc.) tout au long des entretiens. Enfin, nous avons ajouté en fin d'entretien les notes prises par le chercheur, lorsque la discussion a pu être poursuivie

éventuellement avec les personnes présentes lors de l'interview (travailleurs sociaux, famille, etc.) (49, 50).

Nous avons choisi de ne pas inclure d'entretien dans ce travail. En effet, malgré les procédés d'anonymisation utilisés (modification des noms et prénoms des personnes citées et/ou présentes lors des entretiens), il nous semblait que certaines situations auraient pu être identifiées par de tierces personnes.
Nous n'utiliserons donc que des extraits de chaque entretien afin d'illustrer nos propos dans la suite de notre travail.

Les citations sont référencées comme suit :
- la lettre *I* est suivie du chiffre de l'entretien auquel elle correspond pour chaque personne interrogée (exemple *I4* correspond à l'*interviewé* numéro 4)
- la lettre *C* correspond aux paroles du chercheur

4.2. Codage des informations

« Le codage explore, ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observations » (44).

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser, parmi les différentes méthodes de codage proposées, un codage ouvert : aucune grille de codage n'est pré-établie, et celle-ci s'élabore au fur et à mesure du travail à partir du VERBATIM.
Pour ce faire, des sous-ensembles sont repérés dans chaque entretien, soulignés, rapprochés, classés et comparés pour enfin être regroupés en catégories plus générales et plus larges. C'est le codage axial.
Il s'agit d'une approche ouverte et inductive.

Les idées qui apparaissent fréquemment font l'objet d'un codage spécifique, ou codage sélectif, ayant pour objet d'identifier une catégorie centrale qui rapproche les autres catégories entre elles. Néanmoins, chaque idée exprimée est importante, même si elle n'apparaît qu'une seule fois, car elle correspond à une situation vécue, à un ressenti, à une expérience personnelle de l'une des personnes interrogées.

L'unité de codage que nous avons choisie pour réaliser cette étude est une unité syntaxique : il s'agit de découper le VERBATIM en phrases ou groupes de mots pour coder entièrement le texte, puis de repérer des mots-clés et rechercher des synonymes ou des équivalents pouvant s'intégrer dans la même catégorie.
De ce fait, le chercheur ne risquera pas d'omettre des informations et gardera son objectivité (44, 50).

4.3. Traitement des données

L'analyse des données codées a été réalisée ensuite par traitement statistique, grâce à un logiciel de traitement automatisé de textes. Ce type de logiciel permet de stocker et trier les informations, de classer et compter les mots ou morceaux de phrases codés, mais également de créer des outils visuels aidant à la compréhension du phénomène à l'étude (50).
Les caractéristiques de ces logiciels sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Logiciels de traitement qualitatifs (50).

Retranscription de texte	Stocke les données Compte les mots et les morceaux de phrase
Codage des catégories	Calcule les fréquences des catégories Fait ressortir les mots formant les catégories
Visualisation graphique	Etablit les relations entre les catégories Produit des diagrammes d'association d'idées
Multi-média	Traite les données audio et vidéo

Parmi les différents logiciels de traitement de données proposés par les développeurs, nous avons choisi d'utiliser le logiciel *NVivo*. Ce choix a été effectué de manière arbitraire, sur la base des conseils des enseignants du Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université de Bordeaux au cours de séances d'aide à la préparation de la thèse et également de son coût, une licence à tarif préférentiel étant disponible pour les étudiants.
Le logiciel *NVivo* a donc été utilisé pour coder les données en catégories, analyser ces différentes catégories, et créer des outils visuels tels que des nuages de mots permettant une visualisation globale des données retrouvées.

C - Recherche bibliographique

Afin de mener à bien ce travail, il a été nécessaire de réaliser de nombreuses lectures, qui ont permis de prendre conscience de ce qu'est la culture Tsiganes, les traditions, mais aussi les représentations, à la fois des Tsiganes et des Gadjé, qui peuvent entraver la relation de confiance réciproque et donc l'accès aux soins.

La recherche documentaire a été réalisée par plusieurs biais :

- recherche de thèses et mémoires via le catalogue SUDOC-ABES
- recherche de travaux européens et internationaux via le moteur de recherche PubMed
- mais aussi et surtout, grâce à l'aide de Madame Evelyne POMMERAT, documentaliste pour la revue Etudes Tsiganes, qui nous a permis d'accéder directement aux publications les plus pertinentes et les plus adaptées concernant le sujet à l'étude. Nous avons notamment pu consulter de nombreux documents, livres, articles, fascicules, publications de congrès, à la fois sur place à la médiathèque de la Fédération Nationale de Associations Solidaires d'Actions avec les Tsiganes et les Gens du voyage (FNASAT) et en ligne. Les références alors explorées portaient sur l'Histoire, la culture, ou encore la santé des gens du voyage.

Les principaux mots-clés utilisés pour ces recherches ont été :

- « Gens du voyage » ou « Tsiganes »
- « Santé » ou « Etat de santé », « Espérance de vie », « Accès aux soins »
- en anglais : « Gypsies » et « Health Care »
- de manière plus ponctuelle : « culture », « religion », « lois » et « aspects législatifs »
- « sécurité sociale », « couverture sociale en France », « pauvreté », « précarité »

RESULTATS

A - Données générales

1. Données sur les entretiens

Nous avons donc pu réaliser 10 entretiens avec des gens du voyage, rencontrés par les méthodes précédemment décrites.

La saturation des données a été obtenue après la réalisation de huit entretiens, mais nous avons poursuivi avec deux entretiens supplémentaires afin de nous assurer de ne pas omettre d'informations.

Le tableau présenté en ANNEXE 3 regroupe toutes les informations qui vont être détaillées ci-après.

1.1 Durée des entretiens

Les dix entretiens ont tous été enregistrés, dans leur totalité, puis retranscrits à partir de l'enregistrement numérique.
La durée de ces entretiens est comprise entre 10 minutes et 26 secondes pour le plus court, et 27 minutes et 15 secondes pour le plus long.

En moyenne, les entretiens ont duré 16 minutes et 21 secondes.

1.2. Lieux des entretiens

Ces entretiens ont été réalisés dans différents lieux, en fonction des convenances de chaque personne interrogée.
Sur les 10 entretiens que nous avons effectués :

- 1 entretien a été réalisé dans les locaux de l'ADAV33, auprès d'une personne venue chercher son courrier et demander une aide administrative
- 3 entretiens ont été réalisés sur des terrains de stationnement précaire, directement à l'intérieur des caravanes

- 1 entretien a été réalisé sur une aire de stationnement légale, dans la salle commune
- 1 entretien a été réalisé directement au domicile de la personne interrogée
- 4 entretiens ont été réalisés dans l'enceinte du cabinet médical de Saint-Christoly-de-Blaye

1.3. Accompagnement

La possibilité a été laissée à la personne interrogée d'être accompagnée, soit par des membres de la famille ou de la communauté, soit par un travailleur social de l'ADAV33, soit les deux. Il a été demandé aux accompagnants de ne pas intervenir dans l'entretien.

Sur la totalité des 10 entretiens, nous avons donc réalisé 5 entretiens non accompagnés, 2 entretiens en présence du travailleur social de l'ADAV33 qui nous avait introduit auprès de la personne interrogée, et 3 entretiens en présence du travailleur social et d'un ou plusieurs membres de la famille ou de la communauté.

Parmi les personnes accompagnantes, nous avons relevé 3 fois des membres de la famille (conjoint, enfants, petit-enfants), et 1 fois des personnes appartenant à la communauté mais sans lien de parenté, en plus des membres de la famille de la personne interrogée.

Sur les 5 entretiens réalisés en présence de tiers, nous avons noté une présence comprise entre 1 et 3 personnes.

La moyenne totale du nombre d'accompagnants était de 1,1 personne par personne interrogée.

1.4. Refus

Compte tenu des caractéristiques de la population étudiée, nous avons essuyé plusieurs refus de participer à notre recherche. Ce phénomène a été particulièrement marqué lorsque le chercheur se présentait spontanément aux gens du voyage se rendant dans les locaux de l'ADAV33 pour des motifs divers, et ce même si la demande du chercheur a pu être appuyée à plusieurs reprises par les membres de l'association. De

même, plusieurs patients du cabinet médical de Saint-Christoly-de-Blaye n'ont pas souhaité répondre au chercheur, malgré les informations données par le chercheur et le directeur de thèse.
Les principaux motifs évoqués étaient premièrement le manque de temps, deuxièmement l'absence d'intérêt pour ce travail.

De même, lorsque les entretiens ont été proposés par les travailleurs sociaux de l'ADAV33, nous n'avons pas eu de retour sur les potentiels refus.
Nous n'avons donc pas comptabilisé le nombre de refus.

On peut toutefois noter que, parmi les patients du cabinet de Saint-Christoly-de-Blaye, trois personnes avaient initialement accepté l'idée de réaliser un entretien avec le chercheur, puis ont changé d'avis, et trois autres ayant accepté initialement n'ont plus donné suite, et ce malgré plusieurs tentatives de relance par téléphone.

Enfin, aucune des personnes interrogées n'a souhaité interrompre l'entretien une fois celui-ci débuté ; ils ont tous été menés à leur terme.

2. Données sociales et générales sur les interviewés

2.1. Age et sexe

Parmi les participants à notre étude, nous avons recensé 4 femmes et 6 hommes, sur les 10 personnes interrogées.

L'âge des participants était compris entre 24 et 78 ans, avec une moyenne d'âge calculée de 46,5 ans.

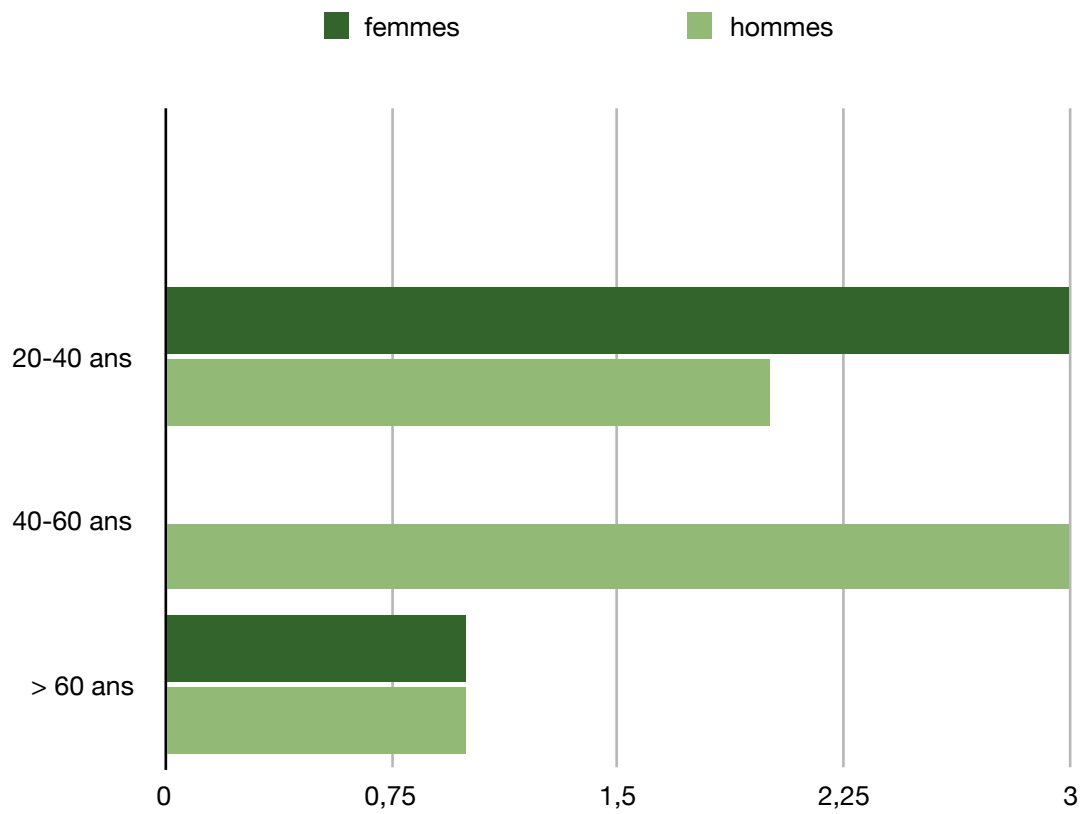


Figure 1 : répartition des personnes interrogées selon l'âge et le sexe.

2.2. Antécédents

Les antécédents des patients ont été recueillis sur la base du mode déclaratif.

3 des personnes interrogées ont déclaré n'avoir aucun problème de santé. Ces personnes étaient les plus jeunes des personnes interrogées, et avaient 24, 28 et 32 ans.

Parmi les autres personnes, nous avons retrouvé des antécédents de maladies ponctuelles chez 3 personnes :

- Appendicectomie chez l'une
- Malformation rénale opérée et staphylococcie chez une autre
- Hypertrophie bénigne de prostate (HBP) réséquée chez la troisième

mais également des maladies chroniques nécessitant un traitement et un suivi à vie chez 5 personnes :

- Hypercholestérolémie
- Diabète de type 2 chez 2 personnes, insulino-réquérant chez l'une et non insulino-réquérant chez l'autre
- HTA chez 2 personnes
- AVC ischémique

- Polyartériopathie
- Migraines et vertiges

Nous avons également souhaité relever le poids et la taille de chaque personne interrogée :

- 7 personnes ont pu nous donner leur poids et leur taille, permettant le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)
- 1 personne n'a pu nous donner que son poids
- 2 personnes ne connaissaient ni l'un ni l'autre

A partir de ces données, nous avons établi que le poids était compris entre 65 et 100 kg, avec une moyenne de 81 kg, que la taille était comprise entre 1,59 et 1,78 m, avec une moyenne de 1,67 m, et l'IMC calculé était compris entre 24 et 37 kg/m^2, avec une moyenne de 29 kg/m^2.

2.3. Situation familiale

2.3.1 Situation maritale

Parmi les 10 personnes interrogées, 2 étaient célibataires (2 hommes 52 et 60 ans), 4 étaient mariées, 2 vivaient en concubinage (ils étaient âgés de 24 et 28 ans), 1 était séparée (une femme de 32 ans) et 1 personne était veuve (un homme de 78 ans).

2.3.2 Enfants

Nous avons pu relevé la présence d'enfants chez 8 des dix personnes interrogées, que ce soient encore des enfants en bas âge, des enfants plus âgés vivant avec leurs parents, des adultes installés ayant eu même des enfants, voire pour certains, des enfants décédés.

La moyenne du nombre d'enfants était de 2,2.

2.3.3 Parents

En ce qui concerne la question des parents, aucune des personnes interrogées n'a déclaré devoir s'occuper de ses parents.

Néanmoins, le lien familial étant très fort, plusieurs personnes nous ont déclaré :

- vivre sur le terrain familial appartenant aux parents
- vivre sur un terrain proche de celui des parents
- vivre non loin de chez les parents, qui sont à la charge de la soeur

Une seule personne nous a déclaré vivre loin de chez ses parents.

Nous n'avons néanmoins pas demandé si les parents étaient vivants ou décédés.

2.4. Lieu de vie et voyages

Parmi les personnes *interviewées*, les modes de vie relevés étaient variés. Nous avons ainsi pu interroger des personnes vivants :

- en caravane sur différents types de terrains pour 8 personnes sur 10
  - 2 vivaient sur des aires d'accueil
  - 3 vivaient sur des terrains de stationnement précaire
  - 2 vivaient sur un terrain familial
  - et 1 vivait sur le terrain d'un ami
- en maison individuelle pour seulement 2 des personnes interrogées

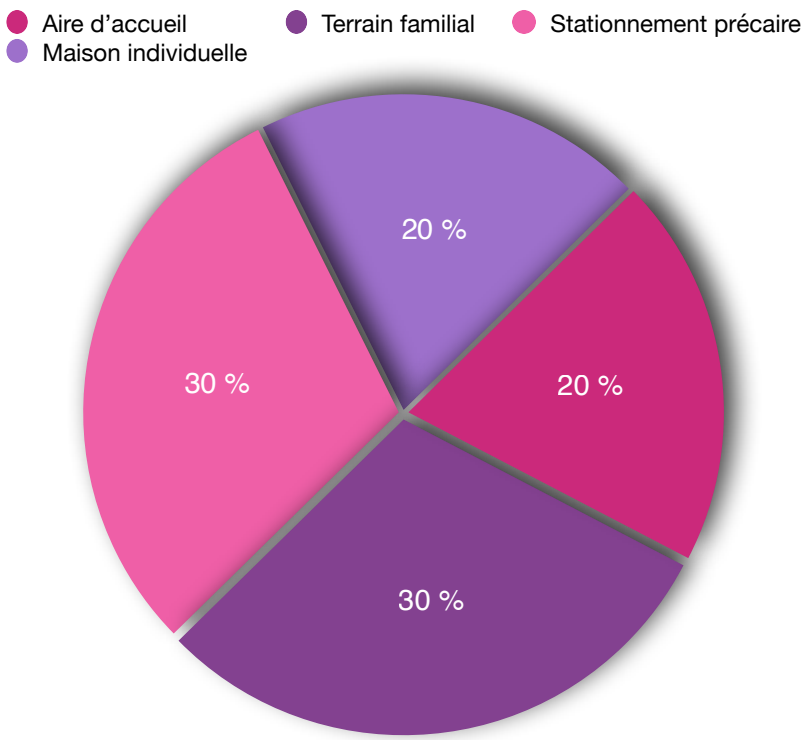


Figure 2 : Répartition des personnes interrogées selon le mode et le lieu de vie.

Concernant la question du voyage, les personnes interrogées étaient :

- sédentaires pour 2 d'entre elles, ne voyageant jamais
- semi-sédentaires pour 5 d'entre elles, ne voyageant que pendant les périodes d'été et de vacances scolaires
- voyageuses pour 3 d'entre elles, s'arrêtant seulement quelques mois en hiver sur des terrains de stationnement précaire

La durée des voyages déclarée allait de 0 à 8 mois, avec une moyenne de 3,5 mois de voyage par an.

2.5. Emploi et couverture sociale

Lors des entretiens, nous avons interrogé les voyageurs sur leur activité professionnelle :

- 1 homme de 39 ans a déclaré être en activité au moment de l'entretien, possédant une entreprise générale de prestations de services
- 1 homme de 27 ans a déclaré être joueur de pétanque en haut niveau
- 1 homme de 78 ans a déclaré être retraité
- les 7 personnes restantes ont déclaré ne pas avoir d'activité professionnelle au moment de l'entretien

Pour les personnes interrogées, l'accès à la couverture sociale se faisait par :

- la CMU associée à la CMU-C pour 6 personnes
- la CMU associée à la CMU-C et une prise en charge à 100% par la sécurité sociale pour affection longue durée (ALD) pour 1 personne
- la CMU associée à une mutuelle privée pour 1 personne
- une ACS associée à une prise en charge à 100% par la sécurité sociale pour ALD pour 1 personne bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (AAH)
- la CMU dans le cadre du régime social des indépendants (RSI) pour 1 personne ayant une activité professionnelle

La répartition se fait comme suit :

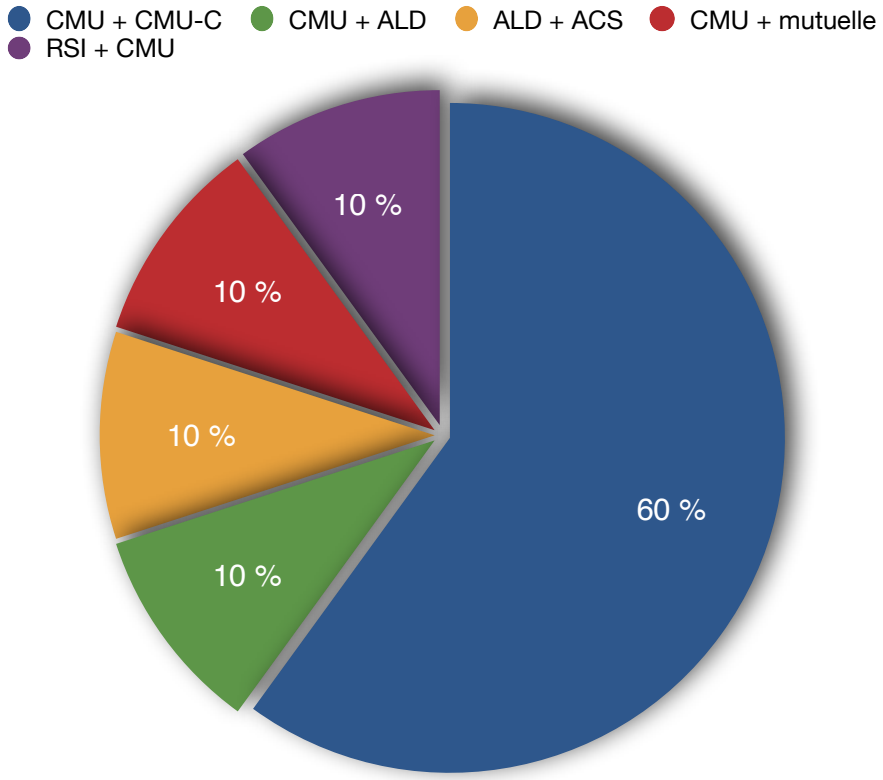


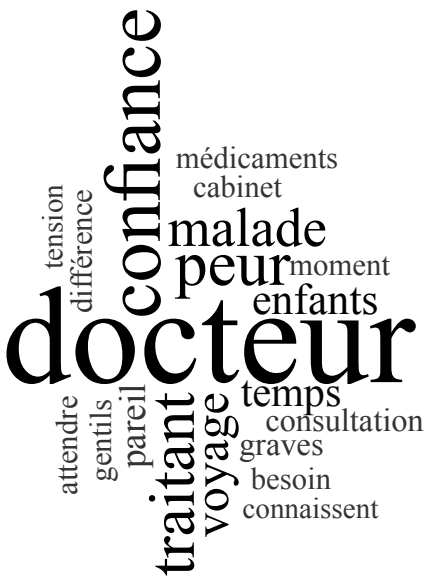
Figure 3 : Répartition des personnes interrogées selon leur couverture sociale.

B - Analyse du contenu des entretiens

Une fois effectué le codage de l'ensemble des dix entretiens, nous avons vu se dessiner, aux travers des différentes catégories, deux grands axes concernant les modes d'accès aux soins de santé primaire chez les gens du voyage :

- le médecin traitant
- d'autres modes de consultations : ces autres modes d'accès aux soins ont pu être ensuite détaillés en fonction des situations : la consultation auprès d'un autre médecin libéral, le recours à SOS médecin ou au médecin de garde, et enfin le recours aux urgences.

Toutes ces informations ont été regroupées sous forme de nuage de mots, comprenant les vingt mots les plus utilisés dans les entretiens.



NUAGE DE MOTS 1 : 20 mots les plus utilisés concernant l'accès aux soins.

Nous allons donc maintenant détailler l'analyse du contenu des différentes catégories établies à partir des données des entretiens.

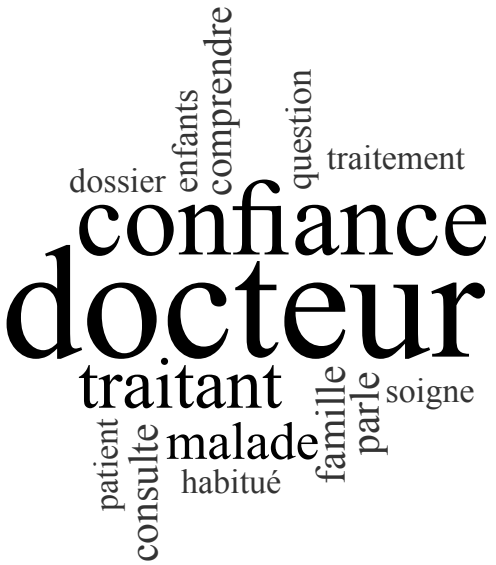
a/ Le médecin traitant

Pour les dix personnes interrogées, le premiers recours en cas de nécessité d'une consultation médicale était un médecin généraliste identifié comme médecin traitant ou un médecin référent.

I2 : « Ben un généraliste. […] Toujours le même quand on est à Saint-André »
I8 : « La première chose qui me vient à l'idée c'est d'appeler le docteur, de prendre un rendez-vous et attendre que le rendez-vous se passe pour y aller »

Il s'agit souvent d'un médecin connu de longue date.
I6 : « J'ai mon médecin, le Dr Danny, juste à côté. […] Il me connait depuis que je suis petit »

Les mots les plus fréquemment utilisés par les personnes interrogées lors des entretiens ont pu être récapitulés sous forme de nuage de mots.



NUAGE DE MOTS 2 : 15 mots les plus utilisés concernant le médecin traitant.

La figure suivante récapitule les données importantes concernant le médecin traitant aux yeux des personnes interrogées.

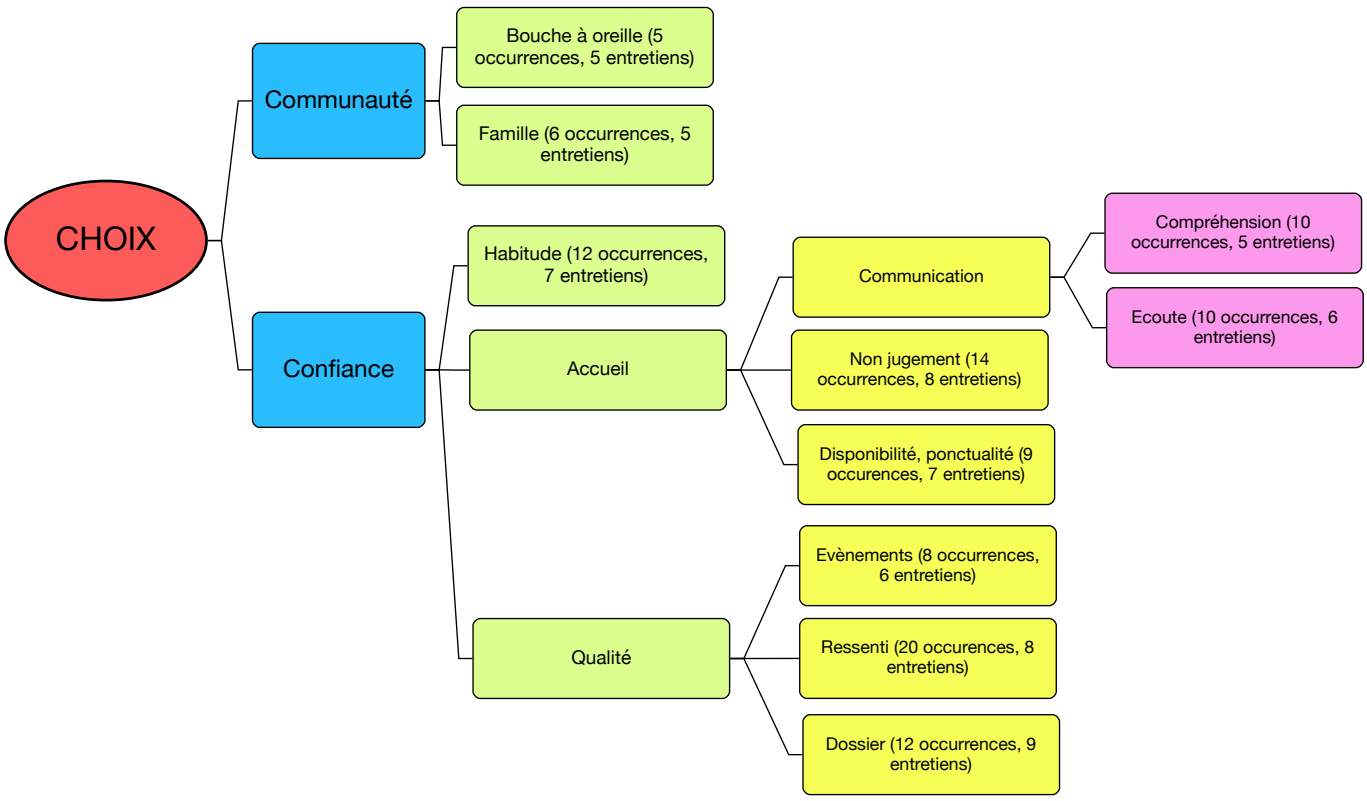


Figure 4 : Critères de choix du médecin traitant pour les personnes interrogées.

1. Le choix du médecin

1.1 Le bouche à oreilles

De manière générale, le choix du médecin référent se fait par le bouche à oreille, et les patients connaissant un médecin le conseillent aux autres membres de la communauté.

I1 : « Beaucoup de gens le connait de chez nous. Voilà, le bouche à oreilles »
I2 : « Quand on est arrivés à Saint-André, ***de bouche à oreilles quoi, de gitan à gitan****. L'autre disait que c'était un docteur qui… qu'on a été quand on est arrivé là et puis ça s'est fait comme ça. »*

1.2 Le lien familial

La fidélité au médecin s'établit sur des années de connaissance de celui-ci, voire même sur un lien familial qui se prolonge sur des générations.

*I6 : « **Toujours le même médecin** […] depuis que je suis petit. »*
*I9 : « Parce que mon père nous a dit allez chez le Dr Clément, c'est vraiment un très très très bon docteur. Voilà. Et du coup on a pris le Dr Clément. » , « Parce que **c'est toute la famille qui l'a.** […] Nous quand on était petits, bébés, c'était le Dr Clément, là mes enfants c'est le Dr Clément, si y'aurait eu encore Dr Clément ça aurait été encore Dr Clément et voilà, ça aurait été une chaîne sans fin. »*

1.3 Les autres critères de choix

En dehors des critères de connaissance du médecin par la communauté ou par la famille des personnes interrogées, celles-ci ont également évoqué des critères de choix basés sur le médecin lui-même ou son mode d'activité.
Les sujets abordés par les personnes interrogées lors des entretiens étaient :
- l'âge du médecin
- l'organisation des consultations

1.3.1 L'âge du médecin

Pour certaines personnes interrogées, l'âge de médecin et son expérience sont gages de confiance et de savoir.
*I9 : « Vous vous allez venir, vous commencez juste de débuter, le Dr Clément **il a cinquante ou soixante ans de métier sûrement**… […] Ceux là qui vont reprendre ça sera pas le Dr Clément…. Ça c'est sûr que ça sera pas lui, mais faudra bien faire avec. Ça, on aura pas le choix. »*

Néanmoins pour d'autres, l'âge du médecin peut être un critère de changement. Par exemple, cette personne a pu évoquer en fin d'entretien les motifs qui l'ont poussés à changer de médecin.
I6 : « Au départ c'était celui qui est vers l'école à Toctoucau, c'était Claude qui y est toujours.
C : Pourquoi y a t-il eu ce changement ?
*I : Parce qu'**il commençait à être vieux**, alors bon. […] Il a presque soixante ans, c'est plus pareil. Le contact est différent, sa façon de diagnostiquer n'est plus la même. »*

Ainsi, l'âge du médecin peut être vécu de deux manières différentes : être un gage d'expérience ou au contraire présenter une possibilité d'erreur de diagnostic ou de prise en charge.

1.3.2 L'organisation des consultations

Selon les personnes interrogées, on peut noter des préférences différentes pour l'organisation des consultations au sein des cabinets médicaux.

1.3.2.1 Consultations sans rendez-vous

Deux des dix personnes interrogées ont un médecin traitant qui propose des consultations sans rendez-vous, qui permettent aux patients de se rendre chez leur médecin de manière plus libre.

I5 : « Elle est tous les jours en consultation, et donc on y va. […] Je regarde si y'a du monde. ***Si y'a pas de monde je reste, et si y'a du monde je repars****, je reviens vers quatre heures… Ça dépend l'heure. Quand je vois qu'il y a plus personne. »*

Parfois, même le délai d'attente lors des consultations sans rendez-vous n'est pas un motif de découragement et la nécessité de prendre rendez-vous peut pour certains être un motif de changement de médecin traitant.

I6 : « Après on a été obligé de prendre rendez-vous, alors que le Dr Dany vous y allez entre midi et deux, et à une heure et demi il commence sans rendez-vous. Donc on y va, ***même si on attend, je peux attendre deux ou trois heures*** *».*

1.3.2.2 Consultations sur rendez-vous

Les huit autres personnes interrogées consultaient des médecins pratiquant des consultations sur rendez-vous. Ceci permet aux patients d'obtenir une consultation auprès de leur médecin rapidement.

*I7 : « C'est que ils nous connaissent**, on a un rendez-vous aussitôt** quoi. » , « Tiphaine était pas bien, j'ai téléphoné, elle m'a dit qu'elle avait pas de rendez-vous dans l'après-midi mais mettons elle m'a dit venez vers dix heures. Ça fait que je suis venue quoi. Ça m'a évité d'aller à l'hôpital. »*

*I4 : « C'est **chacun son tour**. Avec le Dr Damien, quand on a rendez-vous à trois heures, même que y'a quoi, dix minutes, bon c'est pas trop long. Bon on attend que le patient il sorte, et après il sait que c'est nous. Il nous appelle. »*

La plupart du temps, l'attente au cabinet ne semble pas poser de problème.

*I9 : « Dr Clément **il nous a déjà fait attendre une heure, une heure et demi**, on a jamais rien dit. Y'a aucun souci. Après il a beaucoup de boulot, il est pris partout, faut comprendre aussi. […] Si y'a de l'attente, y'a de l'attente. Si faut passer deux heures, on passe deux heures. »*

Néanmoins, l'attente prolongée et répétée malgré les consultations sur rendez-vous peut être source d'incompréhension de la part des patients, et entrainer un changement de médecin traitant.

*I4 : « Quand **il nous donnait rendez-vous à cinq ou six heures, des fois on passait à huit heures**. Alors des fois on demandait comment ça se fait que vous donnez un rendez-vous à telle heure, et que tout le monde passe avant nous et qu'il nous prend tard. »*
La même personne parlant de son mari : *« Il a pas de patience. Comme je lui dis moi, bon on est assis, on se fatigue pas en étant assis. Parce que bon ils ont leur travail aussi, ça dépend des malades qu'est-ce qu'ils ont, tout ça, faut les consulter… Mais lui **il comprenait pas comment ça se fait que tout le monde passe devant nous**, il trouvait ça bizarre. »*

On peut donc constater que le mode d'organisation des médecins peut également être un critère de choix du médecin traitant.

Enfin, il peut s'avérer que le choix d'un médecin traitant soit vécu comme une obligation.

I3 : « Quand on est malade, il faut bien un docteur. »
*I1 : « Il faut un médecin traitant **c'est obligatoire, non ?** »*

2. Une relation de confiance

Pour la totalité des personnes interrogées, la relation entre le médecin traitant et le patient s'articule autour de la confiance, basée sur plusieurs critères.

2.1 L'habitude d'un médecin

Pour la plupart des personnes interrogées, l'habitude face à un médecin et la possibilité de voir la même personne crée une relation de confiance entre le patient et le médecin.

I1 : « On a confiance en lui. […] Parce que bon, quand on a quelque chose, on préfère aller vers lui que vers un autre médecin. »
*I6 : « On se trouve un bon médecin, qui vous comprend, avec qui vous parlez. Parce que, après c'est une question de confiance. […] **C'est pour ça qu'on essaie d'aller toujours chez le même, au moins y'a une confiance**. »*
I10 : « C'est l'habitude que j'ai, et puis j'ai confiance. »
*I8 : « Parce que le docteur traitant, […] **c'est une question d'habitude et de confiance**. »*

L'habitude de voir un seul et même médecin permet de créer une relation de confiance ; le médecin connait son patient, son mode de vie, ses contraintes.

I3 : « Et puis lui aussi il nous connait. »
*I4 : « J'ai vraiment confiance en mon docteur, parce que je le connais et il sait exactement pourquoi je viens et il me connait, il connait pourquoi je viens, **il sait de quoi je veux parler**. »*
I7 : « Il connait tout. Il connait tout de nous. »

2.2 La connaissance du dossier

Pour les personnes interrogées, la connaissance de leur dossier médical, de leurs antécédents et de leurs traitements est un critère primordial, signant la qualité du suivi.

*I3 : « Il sait, **il connait nos cas**, il sait qu'est-ce qu'on fait. »*
I6 : « Elle connait tous mes antécédents, le dossier, mes maladies ou quoi que ce soit. Ou mes enfants ou ma femme. »
I7 : « Tiphaine il la connaissait quoi, son cas mettons. Il savait ce qu'il fallait faire et il savait tout quoi. »
*I4 : « Mon mari, il a été soigné à l'hôpital, et puis après c'était le docteur qui l'a pris en charge. Et donc le docteur **il sait qu'est-ce qu'il a exactement**, pour les comprimés, pour lui donner pour son diabète, tout ça. Le docteur il sait qu'est-ce qu'il faut faire. »*

2.3 L'attitude envers les gens du voyage

Le comportement et l'attitude du médecin envers les gens du voyage sont également identifiés comme des facteurs importants fondant la relation avec le médecin.

2.3.1 L'habitude de cette population

Les personnes appartenant à la communauté des gens du voyage identifient les médecins ayant l'habitude d'être en contact avec cette population.

*I3 : « Il est gentil, il est bien, **il s'occupe beaucoup des gens du voyage**. »*
*I5 : « Parce qu'on a pas toujours envie de… d'expliquer notre vie à chaque médecin. Comme elle nous connait, **elle sait de quoi on parle** quoi. »*

2.3.2 La communication

*I2 : « Il sait comment nous… comment je pourrais dire… nous arranger, **dans notre façon de parler, dans sa façon de parler**. »*
*I4 : « On voit dans son visage, il nous parle bien comme il faut. Il est pas brusque. […] Il sait quoi dire, comment faut dire aux personnes qu'ils sont malades. **Il sait s'exprimer quoi**. »*
*I10 : « Il **prend toujours des nouvelles**, il regarde, il écoute, il fait tout quoi. Il s'occupe quand même vraiment. »*

Les personnes appartenant à la communauté des gens du voyage, en particulier les plus âgées, ne maîtrisent pas bien la langue française. Il est donc important pour eux de se sentir compris mais également que le médecin puisse être clair et se faire comprendre de ses patients.

*I3 : « Il est gentil, il est bien, **il s'occupe beaucoup des gens du voyage**. »*
I2 : « Contre les gitans, y'en a des bons, […] super gentils, qui arrivent à nous comprendre, y'en a d'autres que non. »

La manière de s'exprimer et l'intonation sont également des éléments de langage déterminants visant à établir un lien entre médecin et patient.

*I4 : « Il nous parle bien comme il faut. Il est **pas brusque**. Quand il dit quelque chose, il y va par étapes. »*
*I3 : « Il est gentil, il nous prend bien. Il est **pas… agressif**. »*

2.3.3 Le contact physique

L'une des personnes interrogées a pu aborder avec nous la question du contact physique. Celui-ci peut être un frein à la consultation.

*I6 : « Le contact physique c'est assez gênant. […] Y'en a qui osent pas aller chez le médecin **de peur qu'ils se font toucher**. Ils sont très craintifs. »*

Néanmoins, l'existence d'un médecin référent et fixe permet de lutter contre cette appréhension et cette barrière.

*I6 : « C'est pour ça qu'en vérité on continue d'aller toujours chez le même médecin. Parce qu'on sait que **le contact il y est déjà**, on sait déjà ce qu'elle va faire. […] C'est une question de confiance. Et question toucher, y'a pas de geste mal placé. »*

La connaissance du médecin permet donc de rassurer ces populations, et de renforcer le lien de confiance qui s'établit entre médecin et patient.

2.4 La qualité de la prise en charge

La relation de confiance s'établit également sur la qualité de prise en charge ressentie par le patient : un examen clinique fiable, un diagnostic pertinent, une prise en charge efficace.

I9 : « Il connait mieux que les urgences. […] Si y'a un docteur en urgence qui nous dit ça et le Dr Clément il nous dit ça, je préfère croire le Dr Clément. »
« Pour mon fils Mathieu il s'est jamais trompé. »

2.4.1 La fiabilité de l'examen clinique et du diagnostic

Les connaissances et l'examen pratiqué par le médecin lors des consultations est, pour les patients appartenant à cette communauté, un gage de qualité conduisant à la confiance. L'examen clinique doit être systématique et complet.

I8 : « C'est ça le plus important, qu'il consulte bien mon petit garçon. »
I9 : « Je sais que le Dr Clément il consulte tout. Les poumons, la gorge, les oreilles, il fait plein de trucs. […] Je sais que ***le Dr Clément il fait aucun oubli****. Je sais qu'il consulte énormément. »*
I5 : « Quand elle voit qu'on a mal ***elle cherche un peu plus loin****. Et elle trouve ! »*

A l'inverse, si le patient estime que l'examen clinique n'est pas complet, ceci est remarqué et peut être reproché. Prenons l'exemple de cette patiente :
I7 : « Monsieur Gérard quand il va te regarder mettons… hier je lui ai dit que j'avais mal à la gorge, il m'a regardé la gorge (pose sa main sur sa gorge), il m'a mis ça ici (pose le bout de ses doigts sous les maxillaires), mais c'est tout quoi. Il m'a pas regardé ça (pose sa main sur son thorax) alors que je toussais… Il m'a pas regardé les oreilles. Hum… Alors bon si c'est moi bon voilà, je vais laisser passer, mais ***si c'est les enfants je vais lui dire****. »*

2.4.2 L'efficacité du traitement ou de la prise en charge

De la même façon, l'efficacité du traitement ou de la prise en charge proposée semblent être des arguments déterminants dans la relation au médecin.

*I4 : « Quand la première fois j'ai tombé malade, **les médicaments qu'il m'avait donné c'étaient des bons médicaments**, et j'ai pas eu à me plaindre de lui. »*
*I8 : « Il soigne très bien mon petit garçon quand il est malade. **Une fois son traitement fini il est bien guéri**. C'est pour nous, il fait effet sur ce qu'il donne et on en est très bien contents d'avoir ce docteur. »*

Face à cette population craintive au regard de la maladie, l'absence de prise de risque et le recours à l'hôpital sont des facteurs réconfortants.

*I9 : « Dès que c'est malade, **il voit que ça va pas trop, c'est l'hôpital**. Voyez ? C'est pour ça qu'on a beaucoup confiance en lui. »*
I10 : « Je sais que si ça va pas, il m'envoie à l'hôpital. […] Quand il voye que quelque chose va pas, il m'envoie aux urgences, passer des scanners, des machins comme ça. »

2.4.3 Un manque d'examens

Il arrive parfois que les patients estiment que le médecin traitant ne va pas assez loin dans les investigations concernant la santé.

*I7 : « **Pour faire des examens faut le pousser** quoi. […] Quand j'trouve que ça va pas, j'aimerais bien qu'il fasse plus d'examens quoi. Chaque fois faut que je revienne une fois, deux fois pour qu'il fasse l'examen. »*

2.5 Des compétences universelles

Même si le médecin traitant est pour toutes les personnes interrogées la référence en terme de prise en charge et de relation de confiance, certaines reconnaissent l'universalité des compétences chez tous les médecins, voire parfois qu'il existe probablement des médecins plus performants que leur médecin traitant.
Néanmoins, cette constatation ne semble pas altérer la relation qui est établie entre le médecin traitant et son patient.

*I2 : « Ils sont pareils, **ils font tous le même métier**, ils sont là pour nous soigner. »*

*I3 : « Je pense qu'**un autre docteur ferait pareil** que lui. […] Les docteurs c'est tous les mêmes. »*
I1 : « C'est pareil […], ça serait n'importe quel médecin, il va nous donner un conseil, ce qu'il faut faire ou pas faire… »

I2 : « Si ça avait été un autre, j'aurai préféré l'autre. Toujours mon docteur traitant. »

*I9 : « J'ai plus confiance en lui que aux autres. Pourtant **ils sont peut-être meilleurs** que le Dr Clément, mais j'ai plus confiance en lui parce que c'est notre docteur à nous. »*

3. Situations conduisant à consulter le médecin traitant

Parmi toutes les situations existantes nécessitant un avis médical, il en est certaines pour lesquelles le médecin traitant est le premier recours en terme d'accès aux soins de santé.
Les motifs de consultation des gens du voyage chez leur médecin traitant sont donc variés, allant des pathologies bénignes, surtout chez les enfants, au suivi de pathologies chroniques, en passant par des thèmes comme la prévention.

3.1 Les symptômes ressentis comme non urgents

Les principales pathologies évoquées amenant à consulter chez le médecin traitant sont des pathologies bénignes, souvent hivernales, ou touchant les enfants.

I9 : « Si on a un gros mal de gorge on va, si on a une otite on va chez le docteur, si on a mal au ventre on va chez le docteur, si on a de la fièvre on va chez le docteur. »
I5 : « Quand ils sont malades je les amène au docteur traitant. Quand il faut quoi. Après je vais pas les amener tous les jours non plus. »
*I6 : « Y'a pas d'urgence. C'est qu'**une grippe ou alors un rhume**. »*

Il existe toutefois des symptômes qui semblent plus inquiétants aux yeux des voyageurs, comme la fièvre.

*I4 : « Quand je suis bien malade, quand je peux plus rien faire, que j'ai beaucoup de fièvre. **Quand j'ai beaucoup de fièvre je dis là c'est important** […] parce qu'une fièvre*

elle vient pas comme ça. Quand on sait qu'on est pas enrhumé, c'est que y'a vraiment quelque chose derrière qui va pas. »

Chez les personnes jeunes, ayant des enfants, le recours aux soins médicaux se fait le plus souvent pour des pathologies infantiles. Les parents sont peu amenés à consulter pour eux même.

*I8 : « Quand il est malade, que je vois qu'il est beaucoup encombré, qu'il a de la température. Quand il est malade, parce que c'est un petit garçon qui a beaucoup été malade. […] Ben moi… **Je vais pas souvent dans les docteurs** alors… Le plus c'est pour lui quoi. »*

3.2 Le suivi de pathologies chroniques

Pour le suivi des pathologies chroniques, le médecin traitant est le premier recours, c'est lui qui est sollicité pour la surveillance, le renouvellement des traitements, assurant ainsi une continuité des soins qui s'avère rassurante pour le patient.

*I1 : « C'est mieux pour se faire soigner quoi. **Il a tout mon dossier**, et c'est lui qui nous suit. »*
*I3 : « J'y vais souvent, parce que j'ai un **traitement à vie**, et le traitement il dure un mois. Donc quand j'en ai plus, je vais voir Monsieur Damien, il prend ma tension et puis il me remarque mon traitement. »*
*I10 : « Tous les mois, oui. **Il contrôle tous les mois**. Parce que y'a l'infirmière qui marque et lui après je lui fais voir le calepin. »*
I2 : « C'est mieux pour mon suivi, pour les médicaments, pour si des fois y'a un problème, me dire… Ça sert à quelque chose. »
I5 : « J'étais vraiment pas bien, et c'était la tension. Donc du coup je suis suivie pour la tension […] Quand j'ai fini la boite je vais voir le médecin. Là j'ai fait, parce que j'ai perdu du poids, j'ai fait un contrôle par rapport au poids, une épreuve d'effort tout ça, et donc les cachets de la tension elle me les a baissés. »

Le médecin traitant est également écouté dans les conseils qu'il délivre à son patient.

I2 : « J'ai dû perdre sept ou huit kilos. […] C'est ma seule réussite il m'a dit le docteur : votre seule réussite c'est de maigrir. Il a mis un grand M devant. MAIGRIR. Parce que c'est la seule solution. »

3.3 La prévention

En ce qui concerne le volet prévention, le médecin traitant est surtout sollicité pour les enfants, dans le cadre des vaccinations.

I5 : « Je regarde le carnet de santé, elle me marque au crayon à papier quand c'est qu'il faut le prochain rappel, donc je vérifie. Après je sais que y'a des ampoules tous les trois mois. Y'a plein de choses que quand on est maman on le fait, on néglige pas non plus nos enfants. »
I7 : « C'est bien que lui il connaisse telle date il a son vaccin, tout ça. Là l'autre jour j'ai téléphoné pour les vaccins pour la rougeole, et elle a regardé sur l'ordinateur […] et puis elle a vu que tout était bien.
C : Qui a regardé ?
I7 : La secrétaire. C'est marqué sur l'ordinateur tout ce qu'ils ont eu, tout ça maintenant. C'est bien aussi. »

De même, le médecin traitant peut être sollicité pour apporter des informations claires et scientifiques, afin de rassurer les parents et d'apporter une meilleure protection à l'enfant.

I8 : « J'aime pas trop faire les vaccins de l'hépatite B ou la méningite et puis il m'a posé plein de questions et avec mon mari on est en train de réfléchir pour lui faire faire à mon petit garçon. […] Ça nous change de ce qu'on écoute à la télé ou soit sur internet mais bon, ça nous fait… on a toujours un petit peu la crainte. Alors c'est pour ça qu'on prend une bonne décision, à bien réfléchir. »

Chez les adultes, certaines mesures préventives comme le dépistage de pathologies métaboliques sont accueillies favorablement.

I4 : « Faut des prises de sang pour savoir pour le diabète, pour le cholestérol, des trucs comme ça, des maladies vraiment importantes. […] Des fois on lui demande de

vérifier, à notre âge, de vérifier quand même si entre temps on n'a pas eu du diabète, du cholestérol, ou le coeur… »

Néanmoins, ces dépistages sont source d'anxiété et de crainte.

I4 : « Pour n'importe quoi, une tâche de rien du tout c'est le cancer… Alors maintenant on a peur même de se faire faire une prise de sang. […] La prise de sang c'est là qu'ils voyent les ***mauvaises maladies****. »*

Les démarches de prévention sont donc difficiles chez ces populations craintives.

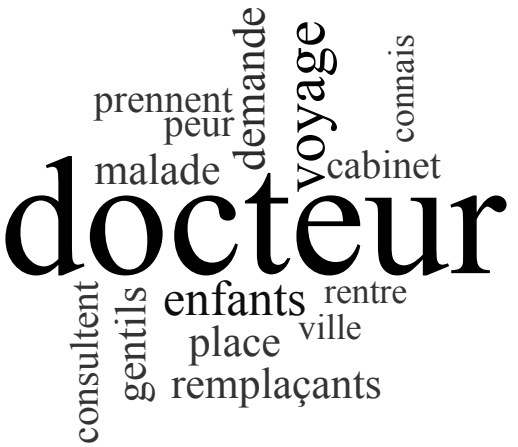
b/ Les autres modes de consultation

Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, jugé incapable de gérer la situation vécue, ou bien lors des voyages, d'autres modes de consultations apparaissent.
Sont alors sollicités d'autres médecins généralistes, remplaçants, exerçant au sein du même cabinet médical ou d'un autre cabinet, ou bien directement les services d'urgences.

1. Le recours aux autres médecins généralistes

Il arrive régulièrement que des médecins généralistes autres que le médecin traitant soient sollicités par les personnes faisant partie de la communauté des gens du voyage. Ceci est particulièrement le cas lors des voyages, mais également lorsque le médecin traitant n'est pas disponible le jour même et que le patient s'avère inquiet quant à son état de santé, ou plus particulièrement pour l'état de santé de ses enfants.

Les principaux mots relevés dans les entretiens concernant les autres médecins généralistes libéraux rencontrés sont regroupés sous forme de nuage de mots.



NUAGE DE MOTS 3 : 15 mots les plus utilisés concernant les médecins généralistes autres que le médecin traitant .

1.1 Les situations amenant à consulter un autre médecin généraliste

1.1.1 Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible

Il arrive que le médecin traitant ne puisse pas recevoir son patient le jour même, soit par manque de place, soit du fait de son absence.
Dans ces situations, il existe deux cas de figure : soit les symptômes sont jugés bénins et le patient peut attendre une consultation avec son médecin traitant :
*I8 : « Si **c'est pas important, je vais attendre** jusqu'à temps du rendez-vous. »*

soit la situation est jugée urgente et on va avoir recours à un autre médecin généraliste.
*I1 : « Si on se sent mal, **si on est pas bien, on peut voir un autre médecin**. »*

Les médecins remplaçants ou exerçant dans le même cabinet médical que le médecin traitant sont fortement sollicités.

*I2 : « Je prends **le docteur à côté**. Y'a Stéphane, c'est un autre qui peut prendre. »*
I4 : « Quand le docteur n'est pas là, on va voir un autre docteur. »

*I9 : « Si y'a le remplaçant **on prend le remplaçant**, et puis si y'a pas de remplaçant, beh si le Dr Gérard est possible ben on prend le Dr Gérard. […] Et le Dr Gérard s'il est pas là, on ira voir chez un autre docteur mais bon… »*
*I10 : « Parce qu'en ce moment il a beaucoup de remplaçants. Mais **ils sont biens aussi, les remplaçants**. »*

Pour la plupart des personnes interrogées, le médecin traitant reste la référence et le premier choix en terme d'accès aux soins.

*I6 : « **On irait pas ailleurs**. »*

Mais il arrive également qu'une relation de confiance s'établisse entre le patient et le médecin consulté de manière occasionnelle.

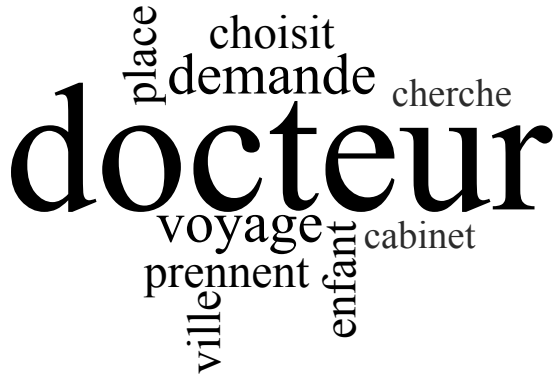
*I7 : « Quand je vois elle (le Dr Brigitte, nda) c'est que Gérard est pas là. Mais **j'aime bien quand même** elle […], elle à chaque fois elle comprend. »*

Enfin, dans les zones desservies, le recours à SOS médecin est également envisagé, notamment lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer et ne souhaite pas solliciter son médecin traitant pour une visite.

*I5 : « Souvent j'ai des vertiges, **je peux pas me lever** donc j'appelle SOS. […] J'ai **jamais appelé le médecin traitant**. Parce qu'elle est en rendez-vous, en consultation. »*

1.1.2 Lors des voyages

Les périodes de voyages sont également des moments où des médecins inconnus sont interpelés, du fait de l'éloignement.



NUAGE DE MOTS 4 : 10 mots les plus utilisés concernant les consultations durant les périodes de voyage.

I1 : « Ça m'arrive des fois quand on est ailleurs, un peu éloigné, d'aller voir un autre médecin. »
I2 : « Autre que Saint-André, ce sont des médecins qu'on ne connait pas. Et ils nous acceptent aussi quoi. »
I5 : « Des fois on va dans des villes qu'on connait pas. Donc on va au médecin. Après on fait confiance au médecin aussi. »

I6 : « Quand je sais que je suis pas loin, oui effectivement je vais voir mon médecin traitant. »

1.1.2.1 L'absence de choix

Lors des voyages, l'accès à un médecin généraliste peut s'avérer parfois compliqué. Les personnes interrogées ont souvent déclaré ne pas avoir de choix et consulter le premier médecin disponible.

*I6 : « **On choisit pas**, on regarde dans le village ou dans la ville, voir si y'a un médecin, et à ce moment là on regarde, on prend rendez-vous, y'a des jours qui sont sans rendez-vous donc voilà. »*

I8 : « On choisit pas de docteur, c'est on appelle et si y'a une place pour mon petit garçon, je prends aussitôt la place sans hésiter, ça peut être n'importe quel docteur. Quand on connait pas ***on est obligé d'accepter ce qu'il y a****. »*

1.1.2.2 La recherche d'un médecin

Afin de trouver un médecin généraliste, les personnes interrogées ont pu exposer différentes méthodes.

Cette patiente, mère de jeunes enfants a déclaré repérer le cabinet médical le plus proche dès son arrivée sur un lieu de stationnement.
I7 : « Quand j'arrive mettons sur une place, la première chose que je fais ***je cherche un cabinet et je prends le numéro****. Et mettons si y'a un enfant qui est malade je vais appeler. »*

Cette autre patiente avait recours à la pharmacie du village :
I4 : « On va ***dans une pharmacie****, on demande le médecin le plus proche, on téléphone et on prend rendez-vous. »*

Bien sûr, là encore le bouche à oreilles est employé avec efficacité.
I7 : « Des fois on va parler, et puis des fois ils nous demandent tu connais un bon docteur là ? […] ***On se fait passer le mot****, y'a un docteur ici, il est gentil. »*

1.1.2.3 Les médecins déjà connus.

Il arrive également régulièrement que les gens du voyage effectuent des trajets similaires d'une année sur l'autre, et aient des lieux de passage réguliers. Dans ces cas là, les médecins peuvent être sollicités de manière plus régulière, permettant ainsi l'établissement d'une relation privilégiée.

I2 : « Si on est en Alsace, y'a un petit bourg qui s'appelle Wittelshein par exemple, là bas je suis habitué aussi, j'ai un petit docteur qu'on est habitué à aller. […] On fait quand même les mêmes coins bien souvent. Paris, région parisienne, dans le 78, ***on a nos petits docteurs****. C'est un parcours qu'on a et puis on voit à peu près où y'a des docteurs. »*

I7 : « Ah oui j'ai un médecin bin quand on va à Lacanau, il me connaît depuis que Joséphine était toute petite. »

1.1.3 En dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical

Durant les nuits ou les week-ends, lorsque les cabinets médicaux sont fermés, le recours au médecin traitant n'est pas envisageable. Dans ces conditions, les consultations sont assurées par le médecin de garde ou SOS médecins pour les zones desservies.

I2 : « La nuit on appelle SOS là, de nuit. […] On appelle et puis ça vient. » , « Surtout pour les enfants la nuit hein. Nous on peut… souvent les grandes personnes on peut passer la nuit avec un peu de fièvre. Ce qui fait peur toujours c'est pour les enfants. »
I5 : « La nuit ***on fait venir SOS médecin****. »*
I6 : « Des fois, le week-end ou quoi que ce soit […] SOS médecin, on a pas le choix. »

I8 : « J'appelle le 15, et je reçois le médecin de garde. Enfin, ***je vais voir un docteur de garde****. »*
I4 : « Ben des fois on téléphone à la gendarmerie, qui nous dit exactement si y'a un médecin de garde. »
I10 : « Si j'ai un docteur de garde, ***je l'appelle et j'y vais****. Je prends un rendez-vous quoi. »*

Le déplacement d'un médecin de SOS médecin ou du médecin de garde est pour certains décrit comme difficile pour les personnes n'ayant pas d'adresse fixe ou vivant en caravane. Par exemple, cette personne a pu nous faire part de la difficulté à faire venir SOS médecin sur des aires de stationnement, dans les caravanes, qu'ils n'ont plus depuis qu'ils sont installés dans une maison.
I5 : « ***Maintenant qu'on est fixe, on peut se permettre*** *de faire venir SOS médecin, on sait qu'on est là et puis on attend. C'est pas pareil que si on était en caravane. »*

Cette autre personne nous a également fait part de ses difficultés à faire déplacer un médecin de garde.
I7 : « Y'a quoi, un mois de ça, j'ai appelé le 15, il m'a passé le médecin de garde, c'était pour ma petite nièce elle avait trente-neuf de fièvre et elle est grande comme ça

(montre un écart être ses deux mains). […] Il a pas voulu se déplacer, il m'a dit vous l'emmenez aux urgences. […] ***Du moment que c'était pas son adresse*** *il la prenait pas. C'est pas normal. »*

1.2 Les craintes et appréhensions des patients

Le recours à différents médecins généralistes en dehors du médecin traitant, même s'il permet d'assurer la continuité des soins en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou durant les voyages, n'est cependant pas le mode de consultation privilégié par les gens du voyage. En effet, l'absence de connaissance du médecin sollicité est pourvoyeuse d'anxiété et de nombreuses craintes de la part des patients.

La question de la compétence du médecin est souvent abordée.

I1 : « C'est pas qu'on a peur vraiment, mais comme on connait pas un médecin, des fois ***on se demande ce qu'il va nous donner****. »*
I4 : « Parce que déjà il connait pas. En plus de ça qu'on est des gens du voyage, ***on a peur qu'il soigne pas comme un docteur traitant*** *qui nous connait. »*
I7 : « Si elle a trente-neuf de fièvre, je retourne à un autre médecin. »
I8 : « Ça m'est arrivé d'aller dans d'autres docteurs, et ils nous ont pris juste pour consulter et puis sans plus quoi. Ça sert à rien de revenir, il a rien. Et mon petit garçon a beaucoup été malade, je sais ce qu'il a, et ce que le docteur aurait fait. »
I9 : « Si l'enfant est malade, y'a des docteurs en précisant que les enfants sont malades ils les emmènent pas à l'hôpital, après on revient et ***ça s'aggrave****. »*

De même, la question du contact physique peut être un frein à la consultation.

I6 : « On a toujours une petite appréhension. Bon déjà que quand il va… il vous touche, c'est… y'a des choses qui sont différentes de votre médecin. […] Quand vous connaissez pas la personne c'est assez gênant. […] N'importe quel médecin on sait pas comment lui-même va réagir, ou comment on va réagir quand il va vous toucher. Honnêtement des fois ***on peut mal réagir de la façon qu'il vous touche****, ça peut être gênant. »*

1.3 La perception de l'accueil

Lors des consultations chez des médecins qu'ils ne connaissent pas, les gens du voyage sont particulièrement sensibles à l'accueil de la part des médecins.

1.3.1 Le bon accueil

Pour les gens du voyage, il est important de se sentir bien reçu, avec douceur, mais également de se sentir comme n'importe quel patient, de ne pas se sentir discriminé.

*I10 : « Pas mal. **C'est pas mal**, non. Quand même qu'ils connaissent pas, ils me demandent quel docteur j'ai, tout ça. Ils me consultent et tout. »*
*I3 : « S'il est **gentil** il va bien nous recevoir. »*
*I7 : « Ils ont l'habitude de voir des gens du voyage alors, ça fait qu'ils font pas la différence quoi. C'est… ils prennent ça comme… **On est comme les autres** quoi. »*

Ainsi, une fois qu'un médecin est identifié comme « gentil », il sera probablement sollicité par les autres membres de la communauté.

*I7 : « Après on se fait **passer le mot**, y'a un docteur ici, il est gentil. »*

1.3.2 Le sentiment de rejet

A l'inverse, d'autres personnes interrogées ont pu nous faire part de mauvaises expériences en terme d'accueil par les médecins sollicités, que ce soit en voyage ou bien lors des gardes.

*I2 : « **On peut nous refuser** des fois, ça nous arrive, […] ils ont pas le temps ou des fois ils peuvent pas. Et des fois quand ils voient les gens du voyage ben **ça recule aussi d'un pas**, hein. »*
I7 : « Y'en a beaucoup que… les gens du voyage c'est pas terrible. […] On essaye d'arriver de pas faire de scandale, mais non même quand tu fais pas de scandale, c'est pas la peine. »

I8 : « Y'a des fois quand ils voyent qu'on est des gens du voyage ils veulent pas nous recevoir. Ça m'est arrivé l'été dernier, […] ils nous ont ***pas très bien reçus****. Quand ils ont vu qu'on est des gens du voyage, au téléphone, ça s'est très mal passé. »*

Ce sentiment de rejet et de discrimination peut être à l'origine de réels conflits entre médecin et patient.

I7 : « Y'a des moments moi ***je les insulte****. Ben oui, parce que du moment que t'es en caravane, ils veulent pas se déplacer. » , « On a été obligés d'emmener ma petite nièce à l'hôpital parce qu'ils ont pas voulu la prendre. On avait téléphoné, mais ça va que je savais pas où il était le cabinet parce que j'aurais été les trouver. […] Ben oui, il est docteur, normalement il a pas le droit de refuser. »*

Cette même personne nous a également raconté une anecdote vécue en garde : alors qu'elle accompagnait, avec sa mère, sa soeur et sa nièce en consultation pour la petite, le médecin qui les a reçues a refusé de laisser entrer les deux accompagnantes. Celles-ci ont dû insister pour qu'au moins l'une des deux puisse entrer avec la jeune mère, dont la capacité de compréhension et l'aptitude à s'occuper de son bébé leur semblaient limitées.

Nous avons donc ainsi pu voir que les recours à des médecins généralistes autres que le médecin traitant sont occasionnels, justifiés par l'indisponibilité du médecin traitant ou l'éloignement, et que la préférence reste toujours au médecin traitant.
Il faut également noter que les médecins ayant l'habitude de recevoir ces populations sont identifiés par la communauté, et peuvent donc être plus sollicités.

2. Le recours aux urgences

Malgré l'offre en matière d'accès aux soins via les cabinets de médecine générale, le recours aux urgences reste fréquent pour les populations de gens du voyage.
Ceci est d'autant plus vrai que la situation est jugée ou ressentie comme urgente, notamment lorsqu'il s'agit des enfants. De même, l'indisponibilité du médecin traitant

à répondre rapidement à un symptôme ressenti comme grave entraine quasiment systématiquement un recours aux services d'urgences.

Nous avons là encore regroupé les mots les plus utilisés sous forme de nuage de mots.

NUAGE DE MOTS 5 : 15 mots les plus utilisés concernant les services d'urgence.

2.1 Les situations entrainant une consultation aux urgences

Il existe diverses situations qui justifient le recours aux services d'urgences des hôpitaux.

2.1.1 Les situations vécues comme urgentes

Le premier type de situation qui incite les gens du voyage à se rendre directement aux urgences est l'apparition de symptômes engendrant du stress comme les malaises, mais aussi de situations qui nécessitent réellement le passage par les urgences pour une prise en charge rapide et efficace.

*I1 : « Si on fait un **malaise**, quelque chose comme ça. Pour voir si on a un souci on va à l'hôpital. »*
I2 : « Et si c'est urgent, on va aller aux urgences (Rires). »

*I3 : « **J'ai fait un AVC**. Donc j'allais pas aller chez Damien. J'ai été directement à l'hôpital à Libourne. »*

Parfois, le symptôme est ressenti de manière intense et nécessitant un avis médical urgent.

*I4 : « Mais **des fois on a pas le temps** d'aller voir le médecin, on y va directement à l'hôpital. »*
*I5 : « C'est le corps. **Si on voit qu'on peut plus**, que y'a pas le temps d'aller au médecin, qu'on souffre trop, on va à l'hôpital. »*

2.1.2 Situations où le médecin généraliste est jugé insuffisant

Dans certain cas, le patient estime que le médecin traitant ne sera pas à même de prendre en charge sa pathologie ou son problème, ou que le ou les différent(s) avis de médecins généralistes déjà pris ne semblent pas satisfaisants pour obtenir la guérison.

*I2 : « Parce que **y'a des cas que le généraliste pourra rien faire**. Faut que ça soit les urgences qui le font. »*
I6 : « Je suis pas pour les urgences. A part une jambe cassée, un accident, c'est différent. »

*I5 : « Des grosses crise que **plusieurs fois on a été au médecin et que ça passe pas**. »*

2.1.3 Indisponibilité du médecin traitant

Les services d'urgences sont également sollicités lorsque le médecin traitant ne peut répondre à la demande de prise en charge de façon rapide, en général dans la

journée, mais également lors des périodes de voyages et qu'aucun médecin ne peut répondre à cette dernière.
Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de la santé des enfants des voyageurs.

I3 : « S'il est pas là on va à l'hôpital. Si c'est vraiment urgent on va ***pas attendre jusqu'à demain****. »*

I7 : « Si je vois que vraiment ça va pas et qu'il ***y'a pas de rendez-vous, je vais pas attendre****. Je vais pas attendre le lendemain. » , « Si je vois qu'elle vomit, qu'elle est pas bien, je vais pas attendre […] je m'en vais à l'hôpital. »*
I9 : « Si mon fils il a quarante de fièvre, […] que la fièvre dure dure dure, et que je le vois vraiment pas bien, […] s'il a une grosse otite, qu'il a vraiment mal aux oreilles, que le Dr Clément ***peut pas le prendre, beh ce que je fais je l'emmène aux urgences****. »*

I7 : « Suffit que c'était les gens du voyage, fallait aller à l'hôpital. » , « ***S'ils veulent pas le prendre*** *et ben je m'en vais à l'hôpital. »*

Il s'agit donc là des principales raisons qui poussent les gens du voyage à consulter directement dans les services d'urgences.
Mais cette démarche s'accompagne de nombreuses craintes et l'accueil se fait dans des conditions qui peuvent être perçues comme non satisfaisantes.

2.2 Le vécu des passages aux urgences

2.2.1 La peur

Il s'agit du principal mot employé lors des entretiens : la peur. De nombreuses choses au sein de l'hôpital sont sources de crainte et d'angoisse pour les gens du voyage.

Cette peur se focalise sur différents aspects des urgences : peur du médecin, peur qu'il fasse une erreur, peur de la maladie ou de sa sévérité.

I2 : « Quand vous me parlez d'hôpital j'ai ***toujours peur****. »*

I9 : « On attend plus et puis le petit s'aggrave. […] C'est moins bien parce que nous on a peur. Après c'est comme tous les parents. »
I8 : « Quand on a été à Libourne, ils l'ont reçu, ils l'ont laissé sortir avec une grosse gastro, sans rien. Et à Bordeaux, ils l'ont gardé aussitôt. »

Pour la prise en charge des enfants, ce sont souvent les urgences pédiatriques qui sont sollicitées.

I7 : « Pour les enfants j'aime pas. Parce qu'y a eu beaucoup d'erreurs à l'hôpital de Blaye. Je les emmène à Libourne ou à Bordeaux. »

Cette peur peut aussi être dirigée spécifiquement à l'encontre les médecins, surtout les plus jeunes, et notamment les internes.

I2 : « Ma femme […] elle a toujours peur. Elle fera jamais faire une prise de sang à un enfant si elle est pas là. Elle a toujours peur, parce qu'il y a ***tellement de cas*** *maintenant dans les hôpital. »*
I3 : « Surtout ***on a beaucoup peur des internes !*** *Pour moi un interne, bon c'est un médecin bien sûr, mais c'est pas comme un vrai docteur. […] On a peur qu'ils se trompent, on a peur qu'ils connaissent pas. »*
I9 : « Y'a des docteurs ou des internes dedans qui commenceront tout juste, et ça… nous on connait pas le métier, mais on dit qu'ils savent pas faire le métier à les voir faire. »

Néanmoins, cette crainte arrive parfois à être calmée par la rationalisation.

I6 : « C'est ***quand même des médecins****, ils ont fait des études. »*

Même si cette personne nous a avoué que sa pire crainte était… les piqûres.
I6 : « Ah les urgences ça fait peur. Qu'ils vont vous faire plein de piqûres. J'aime pas les piqûres. (Rires) »

2.2.2 L'attente

L'un des autres sujets abordés avec les personnes interrogées était l'attente, la longue attente.

*I4 : « Y'a **beaucoup d'attente**. Et donc euh… des fois on a vraiment mal, et puis on est pas pris tout de suite. C'est ça qui est embêtant. »*
*I6 : « D'abord on met des heures et des heures à se faire prendre ou quoi que ce soit donc, **c'est long**. »*
I7 : « Tu rentres à minuit, tu sors à six heures du matin… »

Néanmoins, la notion d'urgence et de hiérarchisation est comprise par la plupart des personnes interrogées.

*I4 : « Des fois on a mal, mais on pense qu'il y a des personnes qui sont plus graves que nous. C'est **plus grave**, donc c'est normal qu'ils prennent les plus urgents. »*
I9 : « Il faut penser que y'a des gens déjà avant nous. »

Et par moment elle est moins bien comprise.

I5 : « Y'a des cas qui passent en premier, mais je veux dire que y'a des cas quand t'as de la fièvre ils te font attendre, alors que d'autres, il a je sais pas moi, mal au ventre, il passe devant.

Devant ces longs délais de prise en charge, c'est parfois l'organisation des services d'urgence qui peut être remise en cause.

*I4 : « Y'a beaucoup de monde mais y'a **pas assez de docteurs**. »*
*I6 : « C'est **à la chaîne**, les gens vous voient à la chaîne. […] Des fois vous attendez pour rien, même si y'a pas de monde. (Rires). […] Parce que le temps que le médecin il arrive ou quoi que ce soit, **le médecin il est pas là**, ou alors entre midi et deux il est pas là non plus donc vous attendez qu'il revienne. »*
*I9 : « Y'en a que ils **prennent leur temps**, ils discutent et vas-y. »*

2.2.3 La relation avec les équipes soignantes

Il arrive que l'accueil réservé aux gens du voyage soit mal vécu, mal perçu.

*I5 : « Les urgences euh… pff… des fois on est **mal accueillis**. […] Parce qu'ils sont un peu énervés… et des fois, ça se passe pas trop… ils nous prennent pas au sérieux. »*

La population de gens du voyage ayant été discriminée durant de nombreuses années, leurs relations avec les Gadjé peuvent parfois être tendues.
Ainsi, lorsqu'un groupe arrive aux urgences, la situation peut devenir conflictuelle et la notion de respect mutuel prend toute son importance pour que le séjour d'un patient se déroule sans encombres.

I7 : « Ils ont l'habitude là-bas des gens du voyage. Ils savent très bien que s'ils sont pas gentils ils vont pas gagner. Il vaut mieux qu'ils soyent gentils. On est gentil avec eux, faut qu'ils soyent gentils. […] Si t'es poli, ils en ont rien à dire quoi. »
*I2 : « Y'a aussi **le bruit des gens du voyage**. Il fait du bruit, il est bruyant, et y'a plein de personnes. […] C'est vrai on fait du bruit mais y'a des gens qui comprennent, y'en a qui comprennent pas. Alors y'a **des fois des engueulades** avec les médecins, avec l'accueil. »*

Néanmoins, certaines des personnes interrogées nous ont rapporté de bonnes expériences des passages aux urgences, et un bon contact avec les équipes soignantes.

*I10 : « C'est tout bien, **ils sont gentils**. […] Je peux rien dire d'autre sur les docteurs, c'est tout bien, pour moi ils sont tous gentils. »*

c/ L'automédication

Il arrive également que les symptômes jugés bénins n'entrainent aucune consultation. L'automédication est une pratique répandue en France, et la communauté des gens du voyage ne fait donc pas exception.

*I4 : « Si **on a les médicaments qu'il faut**, on n'a pas besoin d'aller voir le docteur. Des fois on lui téléphone, c'est ça, tu prends simplement un comprimé… On a **toujours des comprimés à l'avance**. »*
I5 : « Après si c'est des mal de tête je prends un cachet. »
*I7 : « J'ai tout ce qu'il faut de toute façon comme cachets, **j'ai la pharmacie**. […] Pour un rhume ou si elle a trente-huit de fièvre, je vais lui donner du Doliprane, je vais la surveiller, et si je vois que ça la baisse c'est bon. »*

Ceci s'avère surtout utile lors des voyages, lorsque les médecins généralistes ne sont pas disponibles et que les services d'urgences sont éloignés.

*I7 : C'est pour ça **quand je m'en vais, je fais marquer beaucoup de cachets** à Monsieur Gérard, tout ce qu'il faut quoi. Je sais que si ils ont quelque chose, j'ai tout quoi. »*

d/ La culture face à la maladie

Maintenant que nous avons énuméré les différents modes d'accès aux soins de santé primaire chez les gens du voyage et les voies d'entrée dans le soin, nous allons pouvoir étudier les différents freins aux soins qui ont pu être identifiés lors des entretiens réalisés.

1. Les craintes vis à vis de la maladie

Chez les gens du voyage, certaines maladies sont taboues. C'est le cas notamment du cancer.
Cette maladie est tellement effrayante qu'elle est rarement nommée et que les personnes interrogées, principalement les plus âgées, nous ont déclaré qu'elles préféraient ne pas savoir si elles en étaient atteintes et préfèreraient ignorer un tel diagnostic, alors que des pathologies telles que le diabète ou l'HTA semblent plus facilement comprises et acceptées.

I10 : « Je prends des piqûres, pour le diabète. J'en prends deux… une le matin, une le midi et deux le soir. »

*I2 : « **C'est incroyable le diabète**, j'ai trop abusé. Et là j'en ai de moins en moins, parce que j'ai maigri. »*
*I4 : « Des fois on lui demande de **vérifier, à notre âge**, de vérifier quand même si entre temps on n'a pas eu du diabète, du cholestérol, ou le coeur. »*

I1 : « Si c'est des trucs graves on a peur, c'est comme tout le monde. On a toujours une crainte. »
*I2 : « Vaut mieux **ne pas y penser**, non? Ça serait encore mieux si on n'y pense pas. Faut pas y penser à ces trucs là. »*
I3 : « Y'a des personnes qui vont dire Bon monsieur vous avez un cancer… Bon, ça dépend comment, y'en a que oui, y'en a que non. Mais le gitan il a très très très peur. »
*I4 : « On a toujours peur qu'il nous annonce qu'on a de **mauvaises maladies**. Parce que maintenant, à l'époque qu'on est, on entend que ça. […] Pour n'importe quoi, une tâche de rien du tout c'est le cancer. Alors maintenant on a peur même de se faire faire une prise de sang. » , « Je sais pas, je veux pas savoir. […] Non mais **faudrait pas qu'il me le dise** quoi. Je me connais, je pourrai pas… »*

Chez les personnes plus jeunes, les angoisses se concentrent principalement sur les enfants, et la réassurance passe souvent par un diagnostic et une prise en charge rapides.

*I7 : « J'ai **peur pour les enfants**. […] J'ai toujours peur qu'il m'annonce quelque chose qui est pas bien. » , « Mais si ils m'disent urgences, hôpital, ah mais le sang il me tombe par terre. (Rires) […] Alors là il faut pas qu'ils attendent pour la prendre. »*
I9 : « Y'a des docteurs en précisant que les enfants sont malades ils les emmènent pas à l'hôpital, après on revient et ça s'aggrave. »

Ces personnes qui ne présentent pas de problème santé ou de pathologie chronique sont peu inquiètes pour leur santé actuelle.

*I9 : « J'aurais des craintes si je suis gravement malade. Mais **là j'ai la santé**, je suis pas malade. Non, **j'ai pas de crainte**. »*

Toutefois, nous avons pu identifier une source extérieure d'angoisses : la télévision et les informations trouvées sur internet. En effet, il est parfois difficile de faire le tri entre bonnes et fausses informations parmi tout ce qui circule sur internet et via les médias. Ceci peut être une source de craintes, notamment vis à vis des médicaments, et plus particulièrement des vaccins, créant un frein aux soins.

*I2 : « J'ai vu une **émission à la télé** l'autre jour, les pieds coupés, les jambes coupées, ah la peur que j'avais ! Alors j'ai zappé. (Rires) »*
*I4 : « Avec tout ce qu'ils disent à la télévision, on écoute la télévision, qu'il y a des médicaments qui… comme l'autre jour j'ai écouté qu'il y a plusieurs petits bébés qui sont morts par le lait, que c'est vendu en pharmacie… alors maintenant on a une **crainte des médicaments**… »*
*I8 : « C'est tout ce qu'on entend, la télé ou sur internet, que ça peut… ça nous fait **peur un petit peu de faire les vaccins**. On dit qu'il y a beaucoup de choses dedans, qui peut être très dangereux pour les petits garçons ou les petites filles. »*

2. Les croyances et la religion

La religion occupe, chez les gens du voyage, une place importante. Alors qu'elle les accompagne tout au long de leur vie, il est normal que l'on voit apparaître cette question lorsque l'on aborde le thème de la santé.
Certains sont très croyants, et seul Dieu permet d'obtenir la guérison, surtout s'il s'agit de maladies graves.

*I4 : « **Pour guérir on prie**. Mon fils était malade, il était comme mort. J'ai prié, et Dieu me l'a redonné. » , « Je sais que y'a des cancers qui ont été guéris, mais **grâce à Dieu**. Nous c'est ça qui compte, y'a que Dieu. Bon si on a besoin quand même des docteurs mais le plus qu'on a la foi c'est à Dieu. Et là si vraiment on a la foi, qu'on sait que Dieu va nous garder, là oui, on va de bon coeur, on va à l'hôpital, on n'a pas peur. Parce qu'on sait que Dieu il est avec nous. »*
Cette femme nous a également raconté comment son petit-fils, électrocuté sur le terrain, a été soigné.
*« Les serviteurs qui étaient là, ils priaient, ils priaient. C'est pour ça qu'il est là (tend la main vers son petit-fils), Dieu a agit sur lui. C'est bien d'avoir des docteurs, mais **notre grand docteur à nous c'est Dieu**. »*

Il existe également des croyances qui tendent à expliquer certaines pathologies,

*I2 : « Ou alors il est possédé. Ça existe la **possession**. »*

ou bien des pratiques découlant de temps plus anciens, quand l'accès à un médecin et à un traitement étaient très restreints.

*I2 : « Dans le temps ils allaient pas au docteur les anciens, dans le temps. […] Ils savaient pas ce que c'était un docteur, ils allaient avec des **plantes**, des trucs comme ça. »*

*I4 : « Si on est malade, ben on presse des citrons, des oranges. Quand on a des côtes tirées, nous on les soigne avec des **poireaux**. […] On se soigne à peu près comme des anciens qui nous a appris. Des fois on se guérit, parce que moins de médicaments que vous prenez, c'est mieux. »*

3. La place de la famille

La famille, et part extension le groupe, font partie chez les gens du voyage, des notions fondamentales qui régissent le quotidien.

Aussi, lorsque l'un des membres de la famille est atteint d'une pathologie, l'ensemble de la communauté se solidarise autour d'elle et l'entoure. C'est ce qui est arrivé lorsque le frère de cette personne a souffert d'alcoolisme.

*I2 : « Il a été malade de l'alcool. […] C'est que c'est toute une **famille complète** qui s'est mis là dessus et on l'a entouré, entouré, entouré. […] Ça vient du coeur peut-être, je sais pas. Mais je suis fier et puis il est plus malade. Il devrait être mort aujourd'hui, il devrait plus être là, il était condamné. Mais il est pas mort. Et maintenant il a compris. »*

De même, une jeune maman peut être aidée et accompagnée par ses soeurs plus âgées et sa mère dans les soins de son enfant.

*I7 : « Elle sait s'en occuper mais pour nous mettons fallait qu'on soye toujours derrière elle, on avait toujours **peur qu'elle savait pas faire** quoi. Et quand elle est avec nous, si la petite elle est malade, on la laisse pas aller toute seule au docteur. On la suit maintenant.*

Enfin, chez les personnes interrogées les plus âgées, c'est parfois les enfants qui prennent soin de leurs parents.

I10 : « Quand y'a un hôpital à faire c'est mon fils, quand y'a ça à faire c'est mon fils. Voilà, il me laisse jamais quoi. Ils ont ***peur de me perdre****… non, mais enfin y'en a un qui tracasse beaucoup. »*

DISCUSSION

A - Discussion autour de l'étude

1. Les points forts

1.1 Une étude menée sur différents territoires

L'un des aspects positifs de cette étude réside dans le fait que cette dernière a été menée sur un territoire assez vaste, la Gironde, en interrogeant des populations vivant sur des territoires diversement desservis en termes d'offre de soins.

Contrairement à l'étude menée à Arles en 2004 et publiée en 2006 dans Le Concours Médical (40), qui se concentrait sur la population d'un seul et même campement, et donc étudiait une seule et même offre d'accès aux soins pour les personnes interrogées, nous avons étendu nos recherches à des lieux de résidence et des modes de vie différents ; ainsi, que les personnes résident en zone rurale ou urbaine, qu'elles soient sédentaires ou voyageuses, les modes de recours aux soins qui ont pu être observés diffèrent.

1.2 L'échantillonnage et la saturation des données

Au cours de notre étude, nous avons réalisé un échantillonnage dans un premier temps dit de convenance, permettant de dégager les premières idées et les premières informations, qui a ensuite été complété par un échantillonnage dit théorique, adapté à la recherche qualitative.
Dans ce type de recherche, il n'est pas nécessaire, voire il serait inadapté d'envisager de recueillir les données en conservant un aveugle. L'échantillonnage théorique a donc été réalisé de manière subjective, en ciblant les personnes interrogées en fonction des catégories déjà représentées dans les précédents entretiens, des catégories absentes ou sous représentées, avec l'objectif de recruter un échantillon le plus représentatif possible de la population des gens du voyage et permettant ainsi de pouvoir extrapoler les résultats obtenus à une population plus large.

On peut noter que dans notre échantillon, la moyenne d'âge était de 46,5 ans, ce qui reflète l'espérance de vie inférieure chez les gens du voyage par rapport à la population générale.

Enfin, lors de notre étude, nous avons pu atteindre la saturation des données au huitième entretien. Nous avons également pu confirmer que cette saturation était atteinte en complétant notre travail par deux entretiens supplémentaires, n'apportant pas d'informations nouvelles. Ceci confirme que l'échantillon recruté et interrogé était de taille suffisante pour avoir des résultats fiables et généralisables.

2. Les points faibles

2.1 L'absence de triangulation

Lors de l'analyse des données recueillies par les entretiens, seul le chercheur a effectué un codage des données, et aucune triangulation n'a pu être réalisée à l'aide d'un autre chercheur.
La triangulation, au moins sur les premiers entretiens, aurait permis au chercheur de valider sa méthode de codage et d'assurer une meilleur fiabilité des résultats.

2.2 L'absence de *feed-back*

Une des techniques en recherche qualitative permettant d'augmenter la validité interne du travail du chercheur est de proposer un retour d'expérience, ou *feed-back* aux personnes interrogées, c'est à dire de leur présenter les résultats de la retranscription de leur entretien, afin de s'assurer de la bonne compréhension du chercheur, et de leur permettre de corriger leurs propos au besoin.

Dans notre cas, compte-tenu de la population étudiée, nous n'avons pas mis en place cette démarche. En effet, il s'agit d'une population qui peut se révéler difficilement accessible ; certaines des personnes interrogées étaient déjà reparties en voyage lorsque le chercheur a terminé la retranscription des entretiens concernés.

Par ailleurs, cette démarche aurait demandé de fixer un nouveau rendez-vous, physique ou téléphonique, ce qui a déjà pu se révéler difficile pour fixer les dates des entretiens, car ces populations vivent au jour le jour, et la projection pour eux est parfois difficile.

De même, il n'était pas envisageable de leur remettre la transcription écrite de l'entretien, car nombre d'entre eux ne savent pas lire.

2.3 L'absence de comptabilisation des refus

Durant une étude, la comptabilisation des refus permet de calculer le taux de participation des personnes contactées à l'étude menée. Un fort taux de participation est associé à une meilleure validité de l'étude.

Dans notre cas, la comptabilisation des refus n'a pas pu être effectuée. En effet, lorsque le chercheur a tenté d'interroger des gens du voyage qui se rendaient dans les locaux de l'ADAV33 pour divers motifs, de nombreuses personnes ont refusé de répondre aux questions du chercheur, évoquant principalement un manque de temps.
Nous avons ensuite abordé la question du recrutement par un autre biais, en faisant intervenir les travailleurs sociaux de l'ADAV33 auprès des personnes avec qui ils étaient déjà en contact. Ceci a permis de recruter des gens du voyage désireux de répondre et motivés pour participer à ce travail. Néanmoins, dans ce contexte, il ne nous a pas été possible de comptabiliser les éventuels refus.
Enfin, lorsque les personnes interrogées ont été recrutées directement par le chercheur parmi les patients connus des cabinets médicaux au sein desquels il travaille, nous avons pu interroger quatre personnes sur les onze sollicitées : une a d'emblée refusé de participer à ce travail, trois ont initialement accepté puis se sont rétractées, et enfin trois ont initialement accepté puis n'ont plus donné de nouvelles, malgré les relances téléphoniques.

Dans ce contexte, nous n'avons pas pu estimer le taux de participation.
Néanmoins, il serait interessant de se pencher sur les motifs de ces refus, qui n'ont pas tous été expliqués au chercheur par les différentes personnes sollicitées.

2.4 Les biais potentiels

2.4.1 Biais de subjectivité et d'interprétation

La méthode de recherche qualitative implique que le recueil des informations se fasse en lien direct avec le chercheur ; sa personnalité et sa subjectivité sont donc

impliquées dans le travail. De même, lorsqu'une personne interrogée exprime une idée, il se peut qu'elle soit interprétée différemment par le chercheur.

C'est dans le but de limiter ces biais que nous avons élaboré un guide d'entretien le plus ouvert possible, pour éviter au chercheur la tentation de guider la personne interrogée en fonction des résultats attendus ou de ses idées préconçues.
De même, la répétition des entretiens a permis au chercheur de s'aguerrir sur les techniques d'entretien et d'améliorer son objectivité.

2.4.2 Biais de déclaration et de mémoire

Les résultats de notre étude, de part les caractéristiques intrinsèques de la recherche qualitative, sont basés sur un recueil de données effectué par le biais d'entretiens. Chaque personne interrogée rapporte des situations vécues, des sentiments, des ressentis. De ce fait, l'introduction d'un biais de déclaration et d'un biais de mémoire est inévitable. Ceux-ci sont liés à la nécessité pour la personne interrogée de rechercher des informations dans ses souvenirs, informations qui peuvent donc être inconsciemment modifiées lors de leur retranscription au chercheur.

Néanmoins, la répétition des entretiens et l'obtention d'une saturation des données permettent de limiter au maximum ces biais, ce qui a été le cas dans notre travail.

2.4.2 Biais de désirabilité sociale

Par nature, chaque être humain étant interrogé par une autre personne adopte un comportement de désirabilité sociale, consistant à tenter de se montrer sous une facette positive. Ceci peut donc conduire les sujets interrogés à donner des réponses qui leur paraissent être les réponses attendues, ou bien à taire les informations qui pourraient les faire apparaître, aux yeux du chercheur, sous un angle défavorable.

De ces états de fait peut naître un biais de désirabilité sociale, conduisant la personne interrogée à modifier son discours pour paraître sous un jour plus favorable. Afin d'éviter ce biais, la multiplication des entretiens et la diversification des personnes interrogées est nécessaire, ce que nous avons tenté de faire au mieux lors de ce travail.

B - Discussion autour des résultats

1. Les résultats

1.1 Les différents modes d'accès aux soins

Au travers de cette étude, nous avons pu identifier les différents modes des recours aux soins primaires qui sont mis en oeuvre par les populations de gens du voyage.

Comme nous avons pu le voir dans la littérature (31, 33, 40), le principal mode de recours aux soins se fait par le biais d'un médecin généraliste référent, d'un médecin traitant. Le choix de ce médecin se fait principalement sur le bouche à oreille ou sur recommandations de la famille ou de la communauté.
Lorsque le médecin est sollicité, c'est presque toujours de manière « urgente » et le patient souhaite avoir un rendez-vous le plus souvent dans la journée, d'autant plus s'il s'agit d'un problème touchant un enfant.

C'est de l'habitude de voir toujours un même médecin que naît la relation de confiance entre le patient et son médecin, et une fois ce lien établi, le patient préfèrera consulter systématiquement le même médecin. L'habitude d'un même médecin permet également de limiter les craintes liées au contact physique, qui est parfois mal vécu par les populations de gens du voyage. Néanmoins, les médecins collaborateurs au sein d'un même cabinet peuvent également être sollicités avec une relative confiance.

Ces critères de choix ne semblent guère différents de ceux retrouvés dans la population générale et des critères comme la sympathie, la disponibilité ou l'écoute permettent, selon l'étude de Cochini, d'établir entre le médecin et son patient une relation de confiance, y compris au sein de la population générale (51).
On retrouve également dans l'étude de Koreneva des critères de choix dans la population générale comme l'âge du médecin, le cabinet de groupe, ou encore la possibilité de déplacement du médecin qui ont aussi été évoqués durant nos entretiens avec les gens du voyage (52).

Les motifs de consultations chez le médecin traitant sont divers : pathologies aiguës, suivi de pathologies chroniques chez les patients les plus âgés, mais très peu de prévention (38). Néanmoins, il n'existe pas à l'heure actuelle de données permettant de comparer les motifs de consultations chez le médecin traitant au sein de la population générale et de la population de gens du voyage, selon les classes d'âges ou même entre les voyageurs selon leur mode de vie.

Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible pour répondre à la demande des patients (pas de rendez-vous dans un délai satisfaisant le patient, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux), le recours aux soins se fait soit via d'autres médecins libéraux, SOS médecin ou médecin de garde, soit par le biais des urgences.

Néanmoins, contrairement aux données retrouvées dans la littérature (39), notre travail montre que le recours aux urgences n'est pas le mode principal de consultation. Les services d'urgences sont souvent évités, sauf pour les enfants pour lesquels ils sont régulièrement sollicités car les situations impliquant les enfants sont une source d'angoisse importante.

1.2 Les freins au recours aux soins

Même si l'habitude d'un médecin permet d'établir une relation de confiance, il existe toutefois des réticences chez les gens du voyage à consulter.

Le premier de ces freins est la peur de la maladie. Si la pathologie aiguë est souvent l'objet d'une consultation, la pathologie chronique et les maladies qualifiées de « mauvaises maladies » sont particulièrement anxiogènes et les patients préfèrent ignorer ce type de diagnostic.
De même, la crainte des médicaments entraine une méfiance notamment envers les vaccinations, qui sont accueillies avec plus ou moins de réticence.

Néanmoins, ces modes de recours aux soins souvent tardifs ne sont pas l'apanage des gens du voyage, mais sont retrouvés parmi toutes les populations les plus précaires et les plus démunies (53, 54), et il arrive souvent que les populations précaires se

retrouvent dans la nécessité de consulter dans des services d'urgences pour des pathologies avancées ou compliquées, faute de soins antérieurs.
De même, il existe parmi l'attitude des professionnels de santé des comportements qui constituent des freins au recours aux soins chez les populations précaires : manque de disponibilité et de temps accordé au patient en situation précaire, accueil parfois désagréable et manque d'écoute, manque de formation au repérage des publics en difficulté et manque d'accompagnement de ces derniers (55).

De plus, nous avons pu constater que le recours à l'automédication est fréquent parmi les populations de gens du voyage, mais il existe plusieurs définitions possible de l'automédication. Si l'on se base sur les travaux du Conseil de l'Ordre des Médecins (56) ou de Raynaud (57), l'automédication consiste au recours par un patient à au moins un médicament de prescription médicale facultative dispensé par une pharmacie mais non-prescrit par un médecin.
Or on se rend compte que dans le cas des gens du voyage, il ne s'agit pas d'acheter un médicament qui aurait pu être prescrit par le médecin, mais de faire prescrire au médecin des médicaments « d'avance » ou bien de réutiliser des médicaments déjà prescrits antérieurement afin de pouvoir les utiliser en cas d'apparition ou de réapparition d'un symptôme jugé similaire.
Il n'est donc pas possible de comparer les pratiques de la population générale en terme d'automédication et celles des gens du voyage qui réutilisent des médicaments déjà prescrits. Néanmoins, on peut supposer que les résultats montrant un recours plus important à la pharmacie prescrite chez les personnes de plus de soixante ans pourraient être transposés chez les gens du voyage, en raison de l'apparition à ces âges de pathologies nécessitant des traitements dont la prescription est obligatoire.

2. Les perspectives

L'observation des résultats de cette étude nous amène à nous interroger sur les meilleures façons d'assurer aux gens du voyage l'entrée dans le soin et un suivi de qualité.

2.1 La place du médecin généraliste

Nous avons donc pu observer que le médecin traitant reste le premier recours en terme d'accès soins chez les gens du voyage. Il s'agit d'un acteur privilégié, et la relation qui

s'établit entre le médecin et cette population est souvent solide et rassurante pour ces populations.

On peut donc s'interroger sur l'intérêt de valoriser cette place auprès des populations de gens du voyage.
Serait-il possible d'identifier les médecins acceptant de se déplacer sur les terrains ou bien les médecins en mesure de recevoir les gens du voyage rapidement, notamment lorsque ces derniers sont éloignés de leur lieu de résidence ou de stationnement habituel ?

2.2 Les acteurs associatifs

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce travail, l'accès aux populations de gens du voyage n'est pas aisé pour une personne inconnue de la communauté. Nous avons pu être aidé, pour plus de la moitié des entretiens réalisés, par des travailleurs sociaux associatifs, connus et reconnus par les populations approchées, afin de permettre la réalisation de notre étude.

Ceci peut amener à penser un rôle encore plus important des acteurs associatifs, qui sont en contact avec ces populations et qui ont leur confiance.

Ainsi, Mme Hélène Beaupère, directrice de l'ADAV33, a pu nous faire part au cours d'une rencontre en 2017, de l'absence de médecin intervenant au sein de l'association.
Une collaboration plus étroite et plus intense entre médecins et associations pourrait permettre d'entrer en contact avec les populations de gens du voyage afin de délivrer davantage de messages de santé publique et de médecine préventive, qui font aujourd'hui cruellement défaut dans la prise en charge de ces populations.

2.3 La médiation en santé

Il existe en France un Programme National de Médiation en Santé (PNMS) (58, 59), inscrit au sein du code de santé publique en 2016 dans le cadre de la modernisation du système de santé.

Ces programmes apportent un appui lors des consultations et dans l'éducation thérapeutique des populations les plus précaires.
Le travail avec les médiateurs en santé s'articule autour de trois axes principaux :

- aider les patients dans leur parcours de soin, la prise de rendez-vous, etc.
- recevoir les patients au cabinet ou à domicile pour résoudre les problématiques de type logement, accès aux droits sociaux
- adresser les patients vers les acteurs des structures sociales, culturelles, etc.

Tout ceci permet l'ouverture à une meilleure écoute des problématiques des patients.

Ceci permettrait aux patient ayant un médecin traitant de bénéficier d'un meilleur suivi, notamment d'associer un suivi sur le plan social et de s'assurer du bon suivi médical.

2.4 L'éducation à la santé

Une piste d'amélioration de la santé chez les gens du voyage serait de leur permettre de bénéficier d'une éducation à la santé et d'une éducation thérapeutique efficaces, qui leur permettraient d'avoir accès à une information claire et adaptée à leur compréhension et de lutter contre les idées reçues et les fausses informations qui persistent dans leurs croyances.
On pourrait donc concevoir des programmes spécifiquement dédiés à ces populations, faisant intervenir des acteurs associatifs en collaboration avec des médecins généralistes pour délivrer des messages principalement de médecine préventive.

2.5 Le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé (DMP) a été conçu comme un outil numérique permettant aux professionnels de santé autorisés d'avoir accès à de nombreuses informations médicales concernant un patient : antécédents, allergies, traitements en cours, résultats d'examens complémentaires, compte-rendus de consultation et d'hospitalisation, etc. Véritable « carnet de santé numérique », il permet d'améliorer le suivi du patient par tous les professionnels de santé que celui-ci rencontre (60).

Les populations de gens du voyage étant itinérantes et amenées à consulter régulièrement de nouveaux professionnels de santé, la mise en place de ce DMP

pourrait apporter une meilleure connaissance du patient au médecin qui le reçoit de manière occasionnelle, mais également une réassurance au patient qui saurait que ce médecin, même s'il le rencontre pour la première fois, a accès à son dossier médical.

3. Les sujets à explorer

La prise en charge, le soin et le suivi des gens du voyage sont des tâches difficiles pour les médecins, du fait du gouffre qui sépare nos cultures respectives. Nous nous devons donc de rechercher des solutions qui tendraient à améliorer ces points afin d'assurer à ces personnes les mêmes soins et les mêmes chances qu'à la population générale.

Il reste encore de nombreux sujets à explorer afin de proposer des axes de travail pour un meilleur accompagnement en santé des gens du voyage, que ce soit auprès des populations ou des médecins.

3.1 Les sujets à aborder avec les gens du voyage

Plusieurs problématiques que nous avions pu explorer dans nos recherches bibliographiques n'ont pas ou peu été abordées dans les entretiens réalisés.

Il s'agit notamment de sujets comme la quête de fertilité, parfois entravée par la consanguinité, ou encore des maladies ou symptômes tabous comme le cancer, le sang, la diarrhée, les pathologies psychiatriques ou les troubles cognitifs.

De même, la question de la prévention chez les gens du voyage via la vaccination ou les campagnes de dépistage pourrait à elle seule faire l'objet des divers travaux : évaluer le taux de participation aux campagnes de dépistages organisés, comprendre les moteurs et les freins qui sont en jeu en ce qui concerne la prévention.
Cela permettrait d'explorer des voies ouvrant à un meilleur accès à la médecine préventive pour les populations Tsiganes.

3.2 Sujets à aborder avec les médecins

Nous avons également pu constater tout au long de ce travail que les gens du voyage se sentent souvent rejetés ou incompris par les médecins, libéraux ou hospitaliers, qu'ils sollicitent.

La question serait bien entendu de savoir s'il existe réellement un rejet de la part des médecins, ou si ce sentiment résulte d'un manque de compréhension entre deux populations aux temporalités différentes.

Il serait également intéressant de réaliser un travail auprès des médecins traitants, des médecins habitués à ces populations : quelle est leur attitude vis à vis des gens du voyage ? Quels sont les stratégies employées pour rassurer, voire faire comprendre la nécessité d'un suivi ou d'une politique de prévention ?
Les médecins les plus sollicités et habitués à recevoir ces populations pourraient donc apporter leur expérience aux médecins les moins expérimentés.

Enfin, nous n'avons pu trouver aucune donnée chiffrée qui permette de comparer les populations de gens du voyage et la population générale ou encore les populations de gens du voyage itinérantes aux sédentarisées, en terme de consommation de soins, que ce soit chez le médecin généraliste ou aux urgences.

CONCLUSION

Tout au long de la réalisation de ce travail, nous avons abordé la question de la santé et de l'accès aux soins chez les gens du voyage.

Etant donné l'état de santé actuel de ces populations et leur espérance de vie réduite (inférieure de 15 ans à celle de la population générale), il s'agit d'un sujet crucial, et malgré les travaux qui ont déjà pu être réalisés, nous n'avons pas constaté d'amélioration de la situation.

Notre étude a pu montrer que l'accès aux soins primaires chez les gens du voyage se fait essentiellement et autant que possible par le biais d'un médecin traitant, d'un médecin généraliste référent auquel les gens du voyage accordent leur confiance, souvent par habitude.

La relation avec ce médecin référent est basée sur la communication, l'écoute et la disponibilité du médecin. Le temps accordé à l'examen clinique est essentiel. Le plus souvent, il s'agit d'un médecin repéré comme « bon » par la famille ou la communauté. Il est sollicité pour les pathologies aiguës ressenties comme bénignes, le suivi de certaines pathologies chroniques ne faisant pas partie des tabous de cette population, mais très peu pour la prévention.

Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible ou durant les voyages, d'autres médecins généralistes sont sollicités, mais cette situation ne permet pas aux gens du voyage de choisir le médecin qui les reçoit. Ils se sentent parfois rejetés du fait de leur appartenance à cette communauté.

Enfin, le recours aux services d'urgences est également assez fréquent, mais plus particulièrement pour les enfants, lorsque le délai de rendez-vous chez un médecin généraliste (médecin traitant ou non) est considéré comme trop long compte tenu du symptôme, ou bien lorsque la compétence du médecin généraliste est jugée insuffisante pour la situation.

Il est important de relever que si le principal sentiment qui ressort des discussions autour du médecin traitant est la confiance, celui qui est le plus exprimé concernant les urgences est la peur.

Nous avons donc pu constater que la prise en charge des populations de gens du voyage est encore à améliorer pour assurer un meilleur suivi et un meilleur accès à la prévention, en plaçant le médecin traitant au coeur du parcours de soins, mais également en établissant une meilleure relation entre les professionnels de santé.
Il s'avère donc nécessaire de poursuivre la recherche sur différents points, auprès des médecins généralistes, mais également des populations de gens du voyage, pour pouvoir un jour ramener l'espérance de vie de ces populations au plus près de celle de la population générale.

ANNEXES

ANNEXE 1 : PRÉAMBULE AUX ENTRETIENS ET CONSENTEMENT

Préambule aux entretiens réalisés dans le cadre de la thèse de médecine générale.

Points explicités avant de débuter chaque entretien :

- Je suis étudiante en médecine générale, je travaille sur la question de l'accès aux soins chez les populations de Gens du voyage.
- Si cela ne vous dérange pas, j'enregistrerai notre entretien pour pouvoir être concentrée sur notre discussion et ensuite retranscrire fidèlement toutes vos paroles
- Toutes les données recueillies seront traitées de façon anonyme
- Ce que vous me direz a pour seul objectif d'améliorer l'accès aux soins et l'état de santé des Gens du voyage
- Si vous ne comprenez pas ce que je dis, n'hésitez pas à me le dire, je peux reformuler
- Vous pouvez m'arrêter et arrêter l'entretien à tout moment si vous le souhaitez

ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTRETIEN

1. **Que faites-vous quand vous avez besoin de voir un médecin** ? Vers qui vous tournez vous ?
2. Si j'ai bien compris lorsque vous avez besoin d'un avis médical vous consultez :
    1. les urgences : pourquoi les urgences et pas un médecin généraliste ?
    2. un médecin généraliste : toujours le même ou allez vous voir des médecins généralistes différents ? pourquoi pas les urgences ?

(on peut décliner aussi : sous maison de santé, SOS médecins,….)

3. Que pouvez vous me dire de votre médecin traitant/habituel ?

- connaissance : comment, depuis quand
- confiance ?
- apport d'un médecin traitant
- compréhension

Si j'ai bien compris, un médecin traitant peut vous apporter :
Mais ne pensez vous pas qu'un médecin traitant pourrais vous apporter :

- de la continuité dans vos soins
- une meilleure connaissance de votre dossier médical, de vos antécédents…
- dépistage
- …

4. **Quelles sont les raisons de vos visites chez le médecin** (pathologies aiguës, suivi de pathologies chroniques) ? **Quel type de symptômes ?**
5. Quelle est la fréquence de vos visites chez le médecin ?

Si j'ai bien compris, vous allez chez votre médecin traitant surtout pour :

- pathologies aiguës
- suivi, pathologies chroniques
- …

(Faire détailler si autre mode de consultation)

6. Que faites vous si votre médecin ne peut pas vous recevoir le jour même ?
7. **En dehors des horaires d'ouverture du cabinet** médical (la nuit, le week-end), vers qui vous tournez vous ?

8. Voyagez-vous dans l'années ? Quelle est la durée de vos voyages en général ?
9. Comment faites vous au cours des voyages pour consulter un médecin ? Pourquoi ?
10. Comment le choisissez vous ?

11. **Pouvez vous me parler des urgences ?** Comment vous sentez vous reçu ? Quels sont vos sentiments quand vous y aller ? Comment se passent les consultations aux urgences ?

Si j'ai bien compris, vous ressentez…
12. Quelle sont les différences que vous trouvez entre votre médecin traitant et les autres médecins ?
13. Comment vous sentez vous reçu par les médecins qui ne vous connaissent pas ?

14. Pourquoi vous tournez-vous plutôt vers (mode de consultation principal) que vers un autre mode ?

15. **Que ressentez vous** quand vous devez aller chez le médecin ?
Si j 'ai bien compris, vous ressentez … Mais est-ce que vous ne ressentez pas … ?

16. Avez-vous des choses à rajouter ?

Fiche caractéristiques patients

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7	Entretien 8	Entretien 9	Entretien 10	MOYENNES
Date de l'entretien	17/10/2017	12/1/2018	12/01/2018	12/01/2018	29/01/2018	29/01/2018	04/04/2018	18/04/2018	18/04/2018	19/04/2018	
Lieu de l'entretien	ADAV33	Lieu de stationnement, caravane	Lieu de stationnement, caravane	Lieu de stationnement, caravane	Lieu de stationnement, aire de Cestas, salle commune	Domicile	Cabinet de St Christoly	Cabinet de St Christoly	Cabinet de St Christoly	Cabinet de St Christoly	
Durée de l'entretien	12'10	17'48	12'26	24'36	18'24	15'32	27'15	10'26	13'56	10'55	16'21
Sexe	M	M	M	F	F	M	F	F	M	M	
Age	52	46	60	68	38	39	32	24	28	78	46,5
Situation familiale	célibataire, frères et soeurs dispersés	4 enfants, marié	célibataire sans enfants	mariée,enfants et petit-enfants	mariée, 2 enfants (14 et 7 ans)	marié, 2 enfants (13 et 10 ans)	séparée, 4 enfants	En couple, 1 enfant	En couple, 2 enfants	Veuf, 4 enfants	
Nombre d'enfants	0	4	0	3	2	2	4	1	2	4	2,2
Parents à charge	non	non	non	non	non, vivent loin	Père en dialyse, vit à Mérignac chez sa soeur	Vit sur le terrain de ses parents	Non, vivent sur un terrain proche	Non	Non	
Antécédents	hypercholestérolémie, HBP réséquée	DT2	AVC ischémique	Appendicite	HTA, migraines, vertiges	malformation rénale opérée, staphylococcie	RAS	RAS	RAS	Diabète, HTA, polyartériopathie, IRC	
Traitements en cours	aucun	antidiabétiques oraux	oui	non	oui	non	non	non	non	Insuline, anti-agréants, hypocholestérolémiants	
Poids (kg)	86	100	65		74	74,7		86	79	84	81
Taille (m)	1,69	1,64	1,59		1,60	1,69		1,72	1,78		1,67
IMC (kg/m2)	30	37	25		28	26		29	24		29
Emploi	non	pas actuellement (RSA)	non, AAH	non	non	entreprise générale, prestation de services (RSI)	non	non	Joueur de pétanque (haut niveau)	Retraité	
Couverture sociale	CMU + CMU-C	CMU + CMU-C	ALD - ACS	CMU + mutuelle	CMU + CMU-C	RSI + CMU	CMU + CMU-C	CMU + CMU-C	CMU + CMU-C	ALD, CMU + CMU-C	
Lieu de vie	Caravane sur aires d'accueil	Stationnement précaire	Stationnement précaire	Stationnement précaire, maison à Nantes	Caravane sur aire d'accueil Cestas	Maison individuelle	Caravane sur terrain familial	Caravane sur terrain d'un ami	Maison	Caravane sur terrain (propriétaire), partagé avec sa fille	
Voyages (nombre de mois maxi déclarés)	2	8	6	7	3	3	3	3	0	0	3,5
Accompagnement	0	3	1	3	1	3	0	0	0	0	1,1
travailleur social		oui	oui	oui	oui	oui					
famille		oui	non	oui	non	oui					
communauté sans lien de parenté		oui	non	non	non	non					

BIBLIOGRAPHIE

(1) Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'OMS : ses principes [Disponible en ligne]. http://www.who.int/about/mission/fr/ Page consultée le 03/10/2017

(2) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Pauvreté monétaire [Disponible en ligne]. https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653 Page consultée le 03/10/2017

(3) Observatoire des inégalités. Les seuils de pauvreté en France. [Disponible en ligne]. http://www.inegalites.fr/spip.php?article343 Page consultée le 03/10/2017

(4) Santé publique France. Inégalités sociales de santé. [Disponible en ligne]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp Page consultée le 03/10/2017

(5) Banque de données en Santé Publique. Glossaire multilingue. [Disponible en ligne]. http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/ Page consultée le 03/10/2017

(6) Banque de données en Santé Publique. Glossaire multilingue. [Disponible en ligne]. http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/ Page consultée le 03/10/2017

(7) Charlemagne J. Politiques sociales, exclusion, santé. Etudes Tsiganes. 2000;14:10-33.

(8) Sécurité Sociale. Comprendre la sécurité sociale. La branche maladie. [Disponible en ligne]. http://www.securite-sociale.fr/Missions-organisation-et-prestations-de-la-branche-maladie?type=part Page consultée le 03/10/2017

(9) France. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle. Article 1. JO du 28 juillet 1999.

(10) Ameli. Site de l'assurance maladie. CMU complémentaire : conditions et démarches. [Disponible en ligne]. https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/cmu-complementaire Page consultée le 06/10/2017

(11) Ameli. Site de l'assurance maladie. Aide au paiement d'une complémentaire santé. [Disponible en ligne]. https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/aide-paiement-complementaire-sante Page consultée le 06/10/2017

(12) France. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO du 17 août 2004.

(13) France. Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié. JO du 10 août 2005.

(14) Ameli. Site de l'assurance maladie. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. [Disponible en ligne]. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes Page consultée le 06/10/2017

(15) Asséo H. Les Tsiganes : une destinée européenne. Paris: Gallimard; 1994.

(16) Bordigoni M. Gens du voyage. Droits et vie quotidienne en France. Dalloz; 2013.

(17) Robert S, Rillon J.M. Qui sont les gens du voyage ? Association vent d'ici et d'ailleurs; 2010.

(18) European Union Agency for Fundamental Rights, United Nations Programme for Development. The situation of Roma in 11 EU Membres States - Survey results at a glance. 2012.

(19) Gens du voyage : s'informer pour mieux comprendre. 3ème ed. Nantes: Tissé-métissé; 2017.

(20) Union régional des centres sociaux du Poitou-Charente, Fédération des centres sociaux et socioculturels de France, FNASAT Gens du voyage. Gens du voyage, des habitants ignorés. Collection Repères. 2017 oct;6.

(21) France Cour des comptes. Rapport public thématique : l'accueil et l'accompagnement des gens du voyage. La documentation française; 2012.

(22) Guiraud JC. Mieux comprendre pour mieux soigner la communauté tsigane. Cahiers de la puéricultrice. 2013 nov; 271:12-15.

(23) Bordigoni M. « Les Gitans sont très croyants ». Dans Gitans, Tsiganes, Roms… Idées reçues sur le monde du voyage. Paris: Le cavalier bleu; 2013. p.141-50.

(24) Delépine S. La religion, facteur de mobilité. Dans : Atlas des Tsiganes, les dessous de la question rom. 2ème éd. Paris: Editions Autrement; 2016.

(25) France. Loi n°2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté. JO du 28 janvier 2017.

(26) France. Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.

(27) France Cour des comptes. Rapport public annuel 2017 : l'accueil et l'accompagnement des gens du voyage : des progrès lents et inégaux, des objectifs à redéfinir. La documentation française; 2017.

(28) Réseau RomEurope et Médecins du monde. Projet RomEurope Roms, Sinté, Kalés - Tsiganes en Europe : Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse. Actes du colloque européen. 19 et 20 octobre 2000; Paris.

(29) Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. La santé des gens du voyage : Comprendre et agir. 2009.

(30) Papon C. Les facteurs de risque cardio-vasculaires dans la population tsigane : état des lieux au sein de l'agglomération paloise. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

(31) Guiraud J.C, Robert C. Les gens du voyage et la santé. Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-En-Yvelines. Actes du colloque santé et gens du voyage. 1 avril 2010; Saint-Quentin-En-Yvelines. p.12-20.

(32) Sutherland A. Cross-cultural medicine: a decade later. Gypsies and Health Care. West J Med. 1992 sept;157(3):276-80.

(33) Langlet M. Gens du voyage : un chemin vers les soins semé d'embuches. Lien social. 2006 mars 30;791:8-15.

(34) Association Logement Accueil et Promotion (ALAP) Annecy. Enquête sociale concernant les familles d'origine nomade sur une agglomération de Savoie dans le cadre de la prévention du saturnisme. Etudes Tsiganes. 2000;14:76-81.

(35) Estabel T. Intoxication au plomb chez les gens du voyage. Etudes Tsiganes. 2000;14:82-4.

(36) Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Poitou-Charentes. Enquête qualitative sur les pratiques professionnelles d'accompagnement à la santé des Gens du Voyage. 5 janvier 2015.

(37) Kovacs-Bosch A-S. Etude exploratoire des représentations de la maladie et de la guérison chez les Manush'. Etudes Tsiganes. 2000;14:87-91.

(38) Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Ministère du logement et de la ville. Accès aux droits sociaux des populations Tsiganes en France. Rapport d'étude de la direction générale de l'action sociale, sous la direction de Liégeois J. Rennes: Edition de l'école nationale de santé publique; 2007.

(39) Le Roux M, Guiraud J.C, Botton D. Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent. La Santé de l'homme. 2007;390:4-6.

(40) Bourée P, Mazéas C. Etude médico-sociale d'une population tzigane. Le concours médical. 2006 avril 26;128(16):697-9.

(41) Foyer-Scherpe C. Représentation des relations avec les médecins généralistes d'une communauté des Gens du Voyage de la région lyonnaise. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon; 2012.

(42) Deschenaux F. Des bonnes pratiques à diffuser comme adjuvant à la reconnaissance de la recherche qualitative. Dans : Deschenaux F. Recherches qualitatives, La reconnaissance de la recherche qualitative dans les champs scientifiques. 2013;32(1):p.1-6.

(43) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.

(44) Jacques MC, Hebert M, Gallagher F, et al. La théorisation ancrée : une théorisation ancrée pour l'étude de la transition des perceptions de l'état de santé. Dans : Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Québec:Presses de l'Université du Québec;2014. p. 97-122.

(45) Association Départementale des Amis des Voyageurs de la Gironde. Accueil. [Disponible en ligne]. https://www.adav33.fr Page consultée le 29/01/2018.

(46) Association Départementale des Amis des Voyageurs de la Gironde. Des missions et des objectifs. [Disponible en ligne]. https://www.adav33.fr/presentation/19-des-missions-et-des-objectifs.html Page consultée le 29/01/2018.

(47) Godfroid T. Préparer et conduire un entretien semi-directif. Séminaire du 10 mai 2012, organisé par Kivits J. et Guignard L. [Disponible en ligne]. http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf Page consultée le 30/01/2018.

(48) Muet F. Conduire un entretien semi-directif. Information et Management. 2003. [Disponible en ligne]. https://ritabencivenga.files.wordpress.com/2018/03/guide_entretien.pdf Page consultée le 30/01/2018.

(49) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2ème édition refondue. Paris:Armand Colin;2010, 126 p.

(50) Andreani J.C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. [Disponible en ligne]. https://www.researchgate.net/publication/238711815_METHODES_D%27ANALYSE_ET_D%27INTERPRETATION_DES_ETUDES_QUALITATIVES_ETAT_DE_L%27ART_EN_MARKETING Page consultée le 30/01/2018.

(51) Cochini C. Le choix et la déclaration du médecin traitant : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients vivant dans le Rhône. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon; 2015.

(52) Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Etude qualitative auprès de 20 patients du canton de Fayence. Thèse de médecine, Nice: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2015.

(53) IREV. Le frein socio-culturel de recours aux soins. [Disponible en ligne] http://www.irev.fr/sites/www.irev.fr/files/dossier_3_-_le_frein_socio_culturel_de_recours_aux_soins.pdf Page consultée le 22/05/2018

(54) Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, et al. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;85:22-6

(55) ARS Lorraine. Les freins à l'accès à la prévention et aux soins. [Disponible en ligne] http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=121 Page consultée le 23/05/2018

(56) Pouillard D. L'automédication. [Disponible en ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf Page consultée le 23/05/2018

(57) Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. Revue française des affaires sociales. 2008;1:81-94.

(58) Association pour l'accueil des voyageurs. Médiateur.e.s en santé. Une approche reconnue, un métier à promouvoir. Acte du colloque. Paris:2016.

(59) Agence Régionale de Santé Aquitaine. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis. [Disponible en ligne]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_PRAPS_PRS_Aquitaine.pdf Page consultée le 24/05/2018.

(60) Assurance Maladie. Le dossier médical partagé. [Disponible en ligne]. https://www.mon-dmp.fr/fr/ Page consultée le 24/05/2018

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TITRE EN ANGLAIS

What are the terms of access to primary health care for Gypsies ? A qualitative study conducted with people from the Gypsy community in Gironde.

RESUME EN ANGLAIS

Introduction. Since they moved from northern India in the 10th century, Gypsy populations have been stigmatized and have lived precariously on the edges of society. Due to their unique way of life and culture, the issue of health is not a primary concern leading to a life expectancy of 15 years lower than that of the general population. The purpose of this work was to identify ways of accessing primary care among Travelers, in order to suggest ways to improve.

Method. We conducted a qualitative study through semi-structured interviews with people belonging to the French Traveler community, who were then transcribed and analyzed according to the method of the grounded theory. Of the 10 interviews conducted, we interviewed 4 women and 6 men with an average age of 46.5 years old. The interviews lasted on average 16 minutes and 21 seconds.

Results. The main recourse evoked by the interviewees was the referring physician, with whom a relationship of trust, mainly based on communication, is established over the long term. It is requested for acute diseases, especially in children, for the monitoring of chronic diseases, but very little for prevention. In case of unavailability or during travel, Gypsies call on other private doctors, the doctor on call or SOS doctor in case of closing of medical offices, or directly to the emergency services. Nevertheless, the use of unknown doctors is a source of fear and anxiety, and preference will always go to the referring physician.

Discussion. We have thus seen that access to care for Travelers is sometimes difficult and a source of anxiety for these populations. But there is still much research to be done to continue improving care within this population.

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Introduction. Depuis leur départ du Nord de l'Inde au Xe siècle, les populations tsiganes ont rapidement été stigmatisées et ont vécu de façon précaire. De part leur mode de vie et leur culture, la question de la santé n'est guère au centre de leurs préoccupations, ceci conduisant à une espérance de vie de 15 ans inférieure à celle de la population générale. L'objectif principal de ce travail était d'identifier les modes d'accès aux soins primaires chez les gens du voyage, afin de proposer des pistes d'amélioration.
Méthode. Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de personnes appartenant à la communauté des gens du voyage, de nationalité française, qui ont ensuite été retranscrits et analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.
Résultats. Sur les 10 entretiens nécessaires pour atteindre la saturation des données, nous avons interrogé 4 femmes et 6 hommes avec une moyenne d'âge de 46,5 ans. Les entretiens ont duré en moyenne 16 minutes et 21 secondes. Le principal recours évoqué par les personnes interrogées était le médecin traitant, avec qui s'établit une relation de confiance, principalement basée sur la communication et la disponibilité. Il est sollicité pour les pathologies aiguës, surtout chez les enfants, pour le suivi de pathologies chroniques, mais très peu pour la prévention. En cas d'indisponibilité ou lors des voyages, les tsiganes font appel à d'autres médecins libéraux, au médecin de garde ou SOS médecin en cas de fermeture des cabinets médicaux, ou bien directement aux services d'urgences. Néanmoins, le recours à des médecins inconnus est pourvoyeur de craintes et d'anxiété, et la préférence ira toujours au médecin traitant.
Discussion. Nous avons donc pu constater que l'accès aux soins des gens du voyage s'avère parfois difficile et est anxiogène pour ces populations. Mais il existe encore de nombreuses recherches à mener pour poursuivre l'amélioration des soins à l'intérieur de cette population.

DISCIPLINE :

Médecine générale

MOTS CLÉS :

Gens du voyage, Tsiganes, Etat de santé, Accès aux soins, Soins primaires, Médecin traitant, Espérance de vie, Etude qualitative

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, U.F.R des Sciences Médicales.
146 rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX