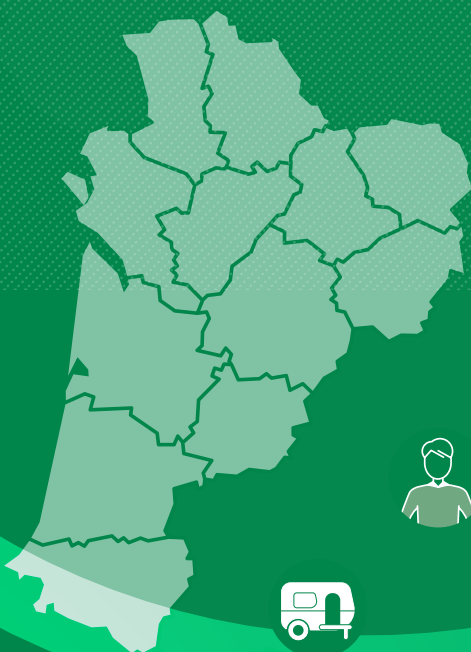


**ANALYSE
QUALITATIVE**

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC SUR L'ACCÈS À LA SANTÉ DE GENS DU VOYAGE

EN NOUVELLE-AQUITAINE





REMERCIEMENTS

La **Fnsat-Gens du voyage**, tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont permis la réalisation de cette étude :

- **les Gens du voyage et les professionnel-le-s intervenant sur les déterminants de la santé** qui ont participé aux entretiens dans les neuf départements concernés,
- **les Gens du voyage adhérents de l'ADAPGV 86** qui ont participé à des réunions régionales et nous ont apporté leur précieux regard sur la démarche,
- **les professionnel-le-s et bénévoles des associations membres de la Fnsat** qui ont participé à l'élaboration de l'étude et qui l'ont ensuite menée sur le terrain,
- **les professionnel-le-s des délégations départementales de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine et de collectivités territoriales de la Corrèze et du Lot-et-Garonne** qui nous ont permis de mener l'étude dans ces deux départements,
- **les professionnel-le-s partenaires des associations membres de la Fnsat ou d'autres organismes en Corrèze et dans le Lot-et-Garonne** qui ont participé à nos réunions régionales et qui ont permis de multiplier les regards autour de cette étude,
- **les professionnel-le-s et bénévoles de Médecins du Monde Aquitaine** qui ont participé à nos rencontres régionales et qui nous ont apporté leurs connaissances pour l'élaboration de l'étude,
- **les professionnel-le-s de Santé publique France (CIRE Nouvelle-Aquitaine, Direction Appui, Traitements et Analyses des données et Direction Prévention et Promotion de la Santé)** qui ont participé à nos rencontres régionales, ont apporté leur soutien dans la construction de la méthodologie d'analyse qualitative et leurs connaissances concernant les enjeux de littératie,
- **le chargé de mission de l'Institut Renaudot** qui a apporté son expérience relative aux démarches communautaires en santé et qui nous a accompagnés pour l'élaboration de l'étude,
- **l'IREPS Nouvelle-Aquitaine** pour son appui dans l'analyse des données recueillies et pour son soutien en termes de documentation,
- **l'Agence régionale de santé** qui est à l'initiative de ce projet d'étude et qui a participé à son financement,
- **la Région Nouvelle-Aquitaine** pour son concours financier.

BORDEREAU DOCUMENTAIRE

Titre et sous-titre du document

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC SUR
L'ACCÈS À LA SANTÉ DE GENS DU VOYAGE
EN NOUVELLE-AQUITAINE

À partir d'entretiens avec des gens du voyage
et d'acteurs·trices qui interviennent sur
différents déterminants de leur santé.

Dates de parution Décembre 2019

Propositions de mots-clefs

Politiques publiques / Politiques de santé
Santé environnementale / Acteur·trice·s de la
santé / Région Nouvelle-Aquitaine.

Contenu

Ce document présente le volet qualitatif d'une étude sur la santé des gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine. L'analyse est tirée d'entretiens collectifs conduits auprès de Gens du voyage concernés par diverses situations d'accueil et d'habitat ainsi que des acteur·trice·s qui les accompagnent dans les départements de la Corrèze, la Creuse, les Deux-Sèvres, la Dordogne, la Gironde, la Haute-Vienne, les Landes, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques. Ce document sera complété par des données quantitatives sur l'accès à la santé produites par Santé publique France.

Document en cours de finalisation. Veuillez nous excuser pour les coquilles ou erreurs qui n'auraient pas été corrigées.

Organisme auteur

FNASAT-Gens du voyage
Fédération Nationale des Associations
Solidaires d'Action avec les Tsiganes
et les Gens du voyage.
Avec l'appui de Pauline Gaullier,
Peuples des Villes.

Contact

Stéphane Lévêque
s.leveque@fnasat.asso.fr
Pôle Santé 59, rue de l'Ourcq - 75 019 Paris
www.fnasat.asso.fr

Réalisation graphique : Villeneuve Christelle <http://www.cocowave-creation.fr/>

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ACS

Aide complémentaire santé

ARS

Agence régionale de santé

ASV

Atelier santé ville

CAF

Caisse d'allocation familiale

CCAS

Centre communal
d'action sociale

CeGIDD

Centre gratuit
d'information de dépistage et
de diagnostic

CLS

Contrat local de santé

CDCDH

Commission nationale
consultative des droits
de l'Homme

CMU

Couverture maladie
universelle

CNCGV

Commission nationale
consultative des gens
du voyage

CPTS

Communauté professionnelle
territoriale de santé

Dihal

Direction interministérielle
à l'hébergement et à l'accès
au logement

EMPP

Equipe mobile
psychiatrie précarité

EPCI

Etablissement public de
coopération intercommunale

ETHOS

European typology
on homelessness and
housing exclusion

FSH

Fonds solidarité habitat

FNASAT-Gens du voyage

Fédération nationale
des associations solidaires
d'actions avec les Tsiganes
et les gens du voyage

HALDE

Haute autorité de lutte
contre les discriminations
et pour l'égalité

INED

Institut national d'études
démographiques

INSEE

Institut national
de la statistique et
des études économiques

MSA

Mutualité sociale agricole

OMS

Organisation
mondiale de la santé

ONU

Organisation
des Nations unies

PASS

Permanence d'accès
aux soins de santé

PIDCP

Pacte international
aux droits civils et politiques

PDALPD

Plan départemental
d'accueil et du logement
des personnes défavorisées

PDI

Plan départemental
d'insertion

PMI

Protection maternelle
et infantile

PRAPS

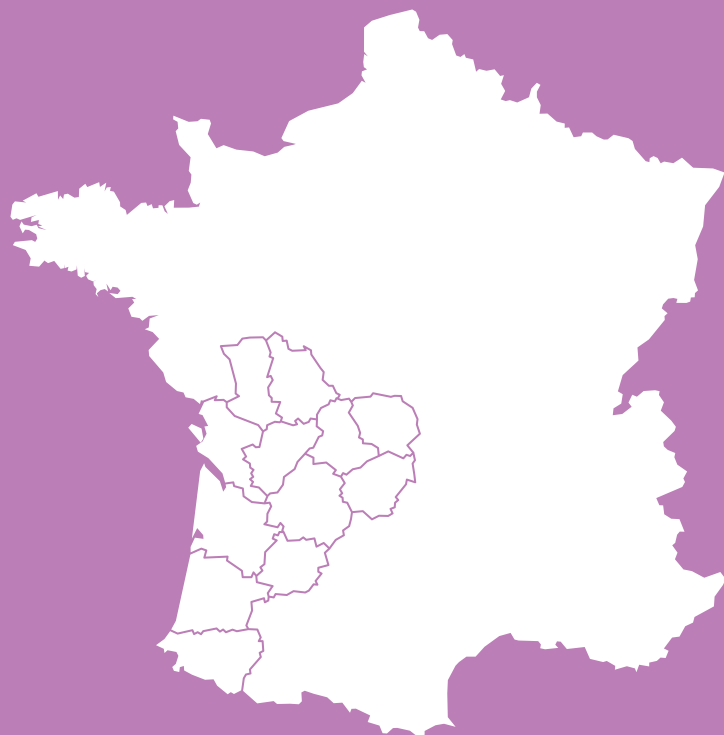
Programme régional
pour l'accès à la prévention
et aux soins

SDAHGV

Schéma départemental
d'accueil et d'habitat
des gens du voyage

SPF Santé publique France

CONTEXTE ET CONSTATS À L'ORIGINE DU PROJET



LA SANTÉ DES GENS DU VOYAGE EN FRANCE

1 / LES GENS DU VOYAGE EN FRANCE

Éléments de définition

Au sens de la loi Besson de 2000, les gens du voyage sont des « *personnes dont l'habitat traditionnel est composé de résidence mobile* ». Ainsi, par définition juridique, les gens du voyage vivent dans une résidence mobile. Elle prend le plus souvent la forme d'une caravane et elle constitue leur habitation permanente.

Aujourd'hui, nous constatons une diversité de situations et d'usage d'autres habitations mobiles (roulottes, fourgons, camping-cars) et légères (chalets, algecos), ou encore l'abandon de la caravane, de manière choisie ou contrainte. Sont alors observés des parcours résidentiels fluctuants entre différents modes d'habitat.

Des dispositifs publics d'accueil sont mis en œuvre par l'État et les collectivités territoriales afin de permettre et d'organiser le passage et le séjour des Gens du voyage dans les territoires.

L'habitat des gens du voyage se compose d'une ou plusieurs résidences mobiles installées sur un terrain, en pleine propriété ou en location, comprenant ou non des constructions. Il correspond à un lieu de vie privé et familial, intégré dans un environnement avec accès à des services et sécurisé par un statut d'occupation.

Comme pour tous les modes d'habitat, les dispositifs de politique publique doivent permettre l'intégration de la résidence mobile dans les politiques d'urbanisme, d'habitat et du logement¹.

• Démographie des gens du voyage en France

Le nombre précis de gens du voyage en France n'est pas connu. Les estimations varient de 250 000 à 500 000 personnes toutes sources confondues (Cour des comptes, rapports d'institutions publiques, Conseil de l'Europe, associations). Si le recensement national de la population française effectué par l'Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE) permet d'obtenir des données, il n'est cependant pas fiable et loin d'être exhaustif, comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport de 2012². En effet, s'il intègre dans la population française les personnes dont l'habitat mobile est utilisé comme résidence principale (caravane mobile, péniche mobile, motor-home, camping-car), cette catégorie, regroupe certes les « *gens du voyage* » mais aussi les mariniers et les sans-abris. Ce sont 130 000 personnes qui sont ainsi comptabilisées sans pour autant être différenciées les unes des autres, malgré des réalités incomparables. De plus, les caravanes et mobil-home immobilisés ne sont pas recensés dans cette catégorie mais dans celle du logement ordinaire. En outre, le recensement des habitations mobiles n'est exhaustif que dans les communes de plus de 10 000 habitant·e·s, soit moins de 1 000 communes sur les 36 000 que compte la France. Enfin, il convient de noter la difficulté pour les agents recenseurs de repérer certaines habitations ainsi que leurs éventuelles réticences à aller à la rencontre des personnes concernées, comme le souligne l'étude bibliographique et méthodologique de la prise en compte du logement non ordinaire réalisée pour l'Institut national d'études démographiques (INED) en 2006³.

¹ Article 1^{er} de la loi n°2000-614.

² Cour des comptes, 2012, L'accueil et l'accompagnement des gens du voyage.

³ Laflamme V., Djirikian A., 2006, Les formes marginales de logement. Etude bibliographique et méthodologique de la prise en compte du logement non ordinaire in « *Documents de travail* », n°135.

DES ÉLÉMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DES GENS DU VOYAGE EN FRANCE PRÉOCCUPANTS ET DES RÉPONSES INSUFFISANTES

1 / DES DONNÉES PEU NOMBREUSES MAIS QUI TOUTES S'ACCORDENT À DÉCRIRE UN ÉTAT DE SANTÉ DÉGRADÉ*

• Des motifs d'explication multiples

Santé publique France met en lumière que les gens du voyage sont soumis à un « cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables qui accroît la vulnérabilité face aux problèmes de santé et d'accès aux soins »⁴.

• Des conditions de vie défavorables en termes d'habitat et d'environnement

Certains problèmes de santé auxquels sont confrontés les gens du voyage sont liés aux conditions d'accueil et aux situations de mal-logement : insalubrité, assainissement des lieux de vie, accès à l'électricité, modes de chauffage, accès et stockage de l'eau notamment. Dans les aires d'accueil, les aménagements sont souvent inadaptés et les équipements sanitaires vétustes⁵. Nous pouvons alors observer des pathologies infectieuses et des accidents. À titre d'exemple, la précarité des conditions d'hygiène a été déterminante dans le cadre de l'épidémie d'hépatite A, survenue dans la communauté d'agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe en 2012⁶. D'autre part, l'environnement des lieux de vie des gens du voyage est trop souvent défavorable à leur

santé : ils peuvent notamment être localisés à proximité de sites industriels, de voies à grande circulation, de lignes à haute tension et de déchetteries⁷.

Les aléas de la mobilité, la pénurie d'offres d'accueil et d'habitat, les expulsions répétées ou les conséquences d'une interruption non choisie de l'itinérance peuvent produire des effets sur le bien-être des habitant-e-s.

Par ailleurs, les pratiques professionnelles de ferrailage et de récupération présentent des risques d'exposition des personnes et de leur entourage aux poussières de plomb⁸. Elles présentent des dangers pour la santé tels que le saturnisme, l'intoxication au plomb, maladie à déclaration obligatoire. Bien que ce facteur de risque soit peu pris en compte par les professionnel-le-s de santé dans leurs actions de prévention, des cas de saturnisme liés aux pratiques de récupération ont été identifiés dans plusieurs régions. Les personnes peuvent également être exposées à d'autres métaux lourds et solvants dangereux pour la santé⁹.

* Selon la consultation de la littérature grise disponible

⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-des-gens-du-voyage-alteree-par-leurs-conditions-d-habitat>

⁵ INSTEP Aquitaine-Cumav 65, 2002, Maro djipen (notre vie) : Gens du voyage et santé, vidéo en ligne de 32 min : <https://mediakiosque.univ-pau.fr/video/0906-marodjipen-gens-du-voyage-et-sante/>

⁶ Institut de veille sanitaire, 2013, Investigation d'une épidémie d'hépatite A chez des gens du voyage, Communauté de l'agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/rapport-synthese/2013/investigation-d-une-epidemie-d-hepatite-a-chez-des-gens-du-voyage-communaute-de-l-agglomeration-rouen-elbeuf-austreberthe-76-fevrier-2012>

⁷ Guiraud J.-C., 1999, « La santé des Tsiganes en questions », études tsiganes N°14, pp.46-47, disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=931

⁸ ALPIL, 2006, Le risque de saturnisme infantile chez les gens du voyage sédentarisés dans le département du Rhône (Rapport), disponible en ligne au lien suivant : <http://www.habiter.org/wp-content/uploads/Rapport-Saturnisme-Gens-du-Voyage2006-.pdf>

⁹ Réseau Français des Villes Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2009, La santé des gens du voyage. Comprendre pour agir, disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=230

• Un accès à la prévention et aux soins difficile

L'accès à la prévention et aux soins s'inscrit souvent dans un ensemble d'obstacles que rencontrent les personnes au quotidien. Les conditions de scolarisation et le travail indépendant réduisent l'accès aux services de prévention systématiques classiques. D'autre part, la communication écrite des organismes sociaux et la dématérialisation des démarches réduisent l'autonomie des personnes dans leur accès aux droits¹⁰. Une couverture médicale discontinue, un recours aux soins tardif et en urgence en seraient souvent la conséquence. La période du vieillissement et la perte d'autonomie cristallisent les problématiques d'accès à la santé, de mobilité et de mal logement des Gens du voyage. L'entraide intergénérationnelle et intrafamiliale est fortement sollicitée dans ce contexte ; elle est parfois complétée par des aides à domicile. Le placement en institution des gens du voyage reste très marginal¹¹.

Les obstacles peuvent également être d'ordre relationnel avec le système de santé. Les acteur-trices associatif-ve-s constatent en effet régulièrement le poids des représentations négatives réciproques entre des professionnel-le-s de santé et des gens du voyage, qui peuvent engendrer des freins dans un parcours de soins. La terminologie médicale, dans le diagnostic ou le traitement, peut donner lieu à des incompréhensions¹².

Des associations tentent d'y remédier en développant des actions de médiation et ainsi instaurer de meilleures relations (cf. Programme national de médiation en santé¹³).

2 / DES RÉPONSES À CE JOUR INSUFFISANTES QUI S'INSCRIVENT DANS UN PAYSAGE DE POLITIQUES PUBLIQUES DISCRIMINATOIRES

• Une situation actuelle à mettre en perspective avec le traitement historique des « Gens du voyage » en France

Depuis près de deux cents ans, un régime spécifique a été instauré qui se caractérise principalement par une logique de contrôle et d'assistance sociale, assez largement productrice d'exclusion.

La loi du 16 juillet 1912 ordonna à tous les « Nomades » de plus de 13 ans de faire viser, à chaque nouvelle halte dans une commune ou chaque départ, un carnet anthropométrique. Ce carnet nomade individuel se doubla d'un « carnet collectif » dans lequel étaient enregistrés tous les membres d'une même « famille ». Le décret du 16 février 1913¹⁴ prévoit des mesures de prophylaxie avec la vaccination obligatoire et l'obligation de fournir une attes-

¹⁰ Conférence nationale de la santé, 2010, Objets connectés et application en santé : évolution de la relation professionnels-usagers, pour tous, sous quelles conditions ? (Intervention de Timothée Trompésance, médiateur en santé pp. 16-26, disponible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_matinee_debat_validdbd_env_pmc_2107_3008_avec_modif_3110_271117.pdf

¹¹ Mutinelli, V., 2017, Les particularités de la prise en charge des personnes âgées dépendantes chez les gens du voyage : étude qualitative auprès des voyageurs en Normandie et Rhône-Alpes, Thèse de médecine, université Lyon 1, disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=1492

¹² On peut se référer aux deux travaux suivants : IREPS Poitou Charentes, 2015, La santé des gens du voyage en Poitou Charentes : enquête qualitative sur les pratiques professionnelles d'accompagnement à la santé des gens du voyage, et Piketty A., 2010, La prévention gynécologique et obstétricale chez les femmes tsiganes : analyse qualitative des représentations à travers une enquête de terrain. Thèse : Médecine humaine et pathologie. Université de Grenoble, disponible en ligne au lien suivant : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-0062813>

¹³ Site internet du Programme national de médiation en santé : <http://www.mediation-sanitaire.org/>

¹⁴ Ministère de l'Intérieur. Loi du 16 juillet 1912 et décret du 16 février 1913, sur l'exercice des professions ambulantes et la circulation des nomades, complétés par les circulaires du Ministre de l'Intérieur de 1914

tation de l'état de vaccination pour les « forains » et « nomades ». Il prévoit également le contrôle, par les élu-e-s autorisé-e-s, de « l'état de santé des personnes et la visite sanitaire des voitures ou locaux occupés (roulotte) ».

Au début de la Seconde Guerre mondiale, un décret assigne l'ensemble des nomades à résidence. Des camps d'internement sont créés, dans lesquels les conditions se traduisent pour le chercheur Emmanuel Filhol par : « l'insalubrité, la précarité des installations sanitaires, le froid et la faim ». « Le manque d'hygiène et d'alimentation saine entraîne des cas d'impétigo, pyodermites, de dysenteries, de diarrhée etc. Des campagnes de vaccination contre la variole, la typhoïde, le tétanos et la diphtérie sont mises en place en 1942 suite à l'apparition de certains cas. » (ibid.). Il y a également des campagnes préventives contre la tuberculose. Dans une note de 1949 intitulée « définition de l'attitude des pouvoirs publics à l'égard des populations connues sous le nom de tsiganes bohémiens, etc. », le Ministère de l'Intérieur annonce que « les nomades doivent être intégrés à la sécurité sociale ». Il est indiqué que « les familles, dans l'état actuel de la France, ne peuvent vivre sans le bénéfice de la Sécurité sociale ; cependant, leur vie errante, la précarité de leurs ressources, rendent cette intégration difficile ».

Par la loi du 3 janvier 1969 le carnet anthropométrique a été remplacé par des titres de circulation, dont le carnet de circulation qui devait être visé tous les trois mois par les forces de l'ordre. La catégorie administrative des « gens du voyage » remplace celle des forains et des nomades. Les nouveaux titres de circulation sont associés à l'obligation de choisir une commune de rattachement, qui tient lieu

de domicile civil. Elle doit permettre notamment « l'accomplissement des obligations prévues par les législations de sécurité sociale ».

Au fil des années 1970, les arrêtés municipaux d'interdiction de stationnement sont devenus de plus en plus fréquents, bien que la liberté de circuler soit un droit constitutionnel et que les communes soient soumises à un devoir jurisprudentiel d'accueil, comme confirmé par le Conseil d'État en 1983¹⁵.

Les lois Besson I et II de 1990¹⁶ et 2000¹⁷ obligent dans chaque département l'élaboration d'un schéma départemental d'accueil dans un premier temps puis d'accueil et d'habitat des Gens du voyage. La loi Besson II appelle des actions à caractère social et l'évaluation des besoins d'habitat et d'accès aux soins.

En 2001, une circulaire¹⁸ précise que l'étude des besoins en matière scolaire, socio-éducatif et sanitaire doit comprendre des actions socio-éducatives favorisant notamment l'accès aux soins et la promotion de la santé des familles. Cette circulaire énonce également que « la localisation des aires d'accueil doit garantir le respect des règles d'hygiène et de sécurité des gens du voyage et éviter les effets de relégation. Ayant une vocation d'habitat, les aires d'accueil sont situées au sein de zones adaptées à cette vocation, c'est-à-dire de zones urbaines ou à proximité de celles-ci afin de permettre un accès aisé aux différents services urbains. Est donc naturellement à proscrire tout terrain jugé incompatible avec une fonction d'habitat. »

Si la programmation de construction d'aires d'accueil est souvent considérée comme une avancée majeure pour répondre aux besoins de stationnement des gens du voyage, elle

comporte également une dimension coercitive en assignant les gens du voyage à séjourner dans des espaces définis.

La chercheuse Lise Foisneau estime que cette contrainte administrative constitue un outil d'une politique de sédentarisation par « la mise en place d'une surveillance collective par le contrôle de l'espace et la définition des lieux de vie autorisés aux 'gens du voyage' »¹⁹. Son analyse rejoint celle de Christophe Robert qui a décrit les aires d'accueil comme « un espace de contrôle social » et a déploré que « depuis le début des années soixante, les pouvoirs publics mènent des politiques d'accompagnement de la pratique itinérante centrées exclusivement sur la production d'aires d'accueil »²⁰.

Au-delà du volet accueil, la loi Besson II de 2000 a introduit la notion d'habitat des gens du voyage et la circulaire relative à son application²¹ et à l'élaboration des schémas départementaux d'accueil et d'habitat des gens du voyage rappelle la complémentarité entre l'accueil et l'habitat²².

Mais, comme l'indique la Fnasat dans l'étude des Ancrages et besoins des habitant-e-s permanents de résidence mobile, « la réponse à l'ancrage pour tous les habitants d'un territoire, quel que soit leur mode d'habitat doit être apportée par les politiques locales de l'urbanisme, du logement et de l'habitat. C'est donc dans les documents dédiés à ces

politiques que [devraient être] déterminées les réponses diverses en habitat adapté aux modes de vie en résidence mobile »^A.

Il faut attendre la loi du 27 janvier 2017^B pour que soit abrogé le statut administratif dérogatoire des gens du voyage, et ainsi l'obligation de détention d'un carnet ou livret de circulation. Elle supprime également la notion de commune de rattachement pour les gens du voyage qui réalisent dès lors toutes leurs démarches, y compris en matière d'accès à la couverture maladie, à partir de l'adresse de domiciliation.

• Des équipements en nombre insuffisant, très majoritairement relégués dans un environnement inhospitalier

Des aires d'accueil à destination des gens du voyage en nombre insuffisant

L'obligation de création des aires d'accueil²³ connaît une mise en œuvre insuffisante (le taux de réalisation moyen (fin 2015) a été évalué à 69% par la Cour des comptes) et fortement disparate sur le territoire national. La Cour des comptes a montré combien ces disparités territoriales sont d'autant plus problématiques qu'une partie des départements ayant de faibles taux de réalisation sont également ceux où les besoins identifiés en places d'aires d'accueil sont les plus importants²⁴.

¹⁵Conseil d'Etat, 2 décembre 1983, Ackermann c/Ville et Circulaire n°86-370 du 16 décembre 1986 relative au stationnement des caravanes des gens du voyage. deLille<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CE-TATEXT000007693861>

¹⁶Article 28 de la loi du 31 mai 1990

¹⁷Loi n°2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage

¹⁸Circulaire UHC/UH1/12 n° 2001-49 du 5 juillet 2001 relative à l'application de la loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage

¹⁹Foisneau L., 2019, « Résistances voyageuses. Un long combat », lundi matin n°213, disponible en ligne au lien suivant : <https://lundi.am/Resistances-voyageuses-un-long-combat>

²⁰Robert C., 2007, Eternels étrangers de l'intérieur, Les groupes tsiganes en France, Desclée de Brouwer, p. 152.

²¹Circulaire HC/UH1/12 n°2001-49 du 5 juillet 2001 relative à l'application de la loi de 2000.

²²La circulaire énonce : « les besoins en habitat des gens du voyage étant étroitement liés aux besoins en accueil des gens du voyage, vous favoriserez dans la mesure du possible une réflexion inter-partenaire sur les solutions à mettre en œuvre pour y répondre [...] offre d'habitat à créer, accompagnement social si nécessaire à prévoir, moyens et acteurs à solliciter ». La circulaire renvoie à la mobilisation des « dispositifs de droit commun nécessaires : PDALPD, mais aussi PDI, FSH... et les opérateurs éventuels à impliquer ».

^AFnasat, 2017, Ancrages et besoins des habitants permanents de résidence mobile. Analyse nationale des politiques départementales, disponible en ligne au lien suivant : <http://www.fnasat.asso.fr/FNASAT-Analysenationale-Ancragesetbesoinsenhabitat2017.pdf>

^BLOI n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté.

²³ et ²⁴ Voir page suivante.

Concernant les aires de grand passage²⁵ qui peuvent accueillir jusqu'à deux cents caravanes, leur implantation «*suscite une réticence particulièrement forte des collectivités*»²⁶. Parmi les motifs d'explication établis dans le rapport de la Cour des comptes, est avancée l'opposition de la population riveraine ainsi que l'insuffisante volonté de collectivités. Le rapport précisait que l'État ne palliait pas ces défaillances, notamment par la mise en œuvre du pouvoir de substitution conféré par la loi aux préfets.

Une localisation géographique reléguée et souvent dangereuse

En 2012, la Cour des comptes faisait le constat d'«*implantations d'aires trop à l'écart des équipements et des services publics et/ou à proximité de zones de nuisance*».

Pour sa part, Lise Foisneau indique que «*les lieux choisis pour construire les aires d'accueil ont été majoritairement des endroits délaissés, inexploitable pour d'autres usages : proximité d'autoroutes, de route départementale à haute fréquentation, de transformateurs électriques, d'usines (parfois classées Seveso), de voie fer-*

rée, de déchetteries, etc.». Dans ces conditions, les localisations des aires d'accueil peuvent mettre en danger la santé des gens du voyage, comme l'actualité récente en témoigne²⁷.

Au-delà de la question de la localisation, le rapport de la Cour des comptes pointe des lacunes dans l'aménagement des aires ainsi que des normes techniques d'aménagement mal contrôlées. À titre d'exemple, l'accès aux équipements sanitaires, à l'alimentation en eau potable et en électricité ou à une évacuation d'eaux usées n'est pas aisé, les blocs sanitaires ne correspondent pas toujours aux normes ou sont en nombre insuffisant et des défaillances techniques sont relevées.

Une gestion déléguée «*insuffisamment encadrée*»

Il n'existe a priori pas de données consolidées établies au niveau national relatives au mode de gestion retenu pour chaque aire en fonctionnement. Le rapport de la Cour des comptes établissait, en 2012, que «*le marché de la gestion déléguée concernerait près de 40 % de la totalité des places en aires d'accueil des gens du voyage et du nombre d'aires*»²⁸.

Les auteurs du rapport déploraient alors qu'il n'y ait pas de suivi du marché de la gestion déléguée des aires par les services centraux de l'État alors même que le marché de la gestion des aires d'accueil s'est très fortement développé à partir de 2006 et que la concurrence y soit devenue plus vive.

Le manque d'encadrement des modalités de gestion par les services de l'État, signalé par la cour des comptes, n'est pas sans incidence sur le fonctionnement des aires d'accueil et le traitement des gens du voyage qui y résident.

Par ailleurs, la Cour des comptes analyse une grande disparité des règles applicables²⁹ et de la politique tarifaire d'une aire à l'autre, ainsi que des clauses de gestion parfois abusives³⁰.

Plus récemment, la chercheuse Céline Bergeon, a montré les «*importantes répercussions*» de la privatisation de la gestion sur les familles «*en matière de coût (prix parfois élevés par emplacement) et de vie quotidienne (gestion sécuritaire des activités des habitants)*»³¹.

Des besoins en termes d'habitat mixte insuffisamment pris en compte

L'habitat mixte ne dispose pas d'une définition précise comme l'indique l'étude relative à l'habitat des gens du voyage commandé par la Dihal : «*ni catégorie juridique, ni politique publique à part entière, la notion d'habitat adapté recouvre les réponses alternatives au logement autonome classique*»³².

Parmi les réponses en matière d'habitat mixte, on peut noter l'existence des terrains familiaux³³. Contrairement aux aires d'accueil, les terrains familiaux ne sont pas assimilables à des équipements publics : ils correspondent à un habitat qui peut être locatif ou en pleine propriété. Seule la loi Besson II précise les dispositions à adopter. Celle-ci indique que dans chaque département, des terrains familiaux locatifs «*destinés à l'installation prolongée de résidences mobiles*». Depuis la loi Égalité et Citoyenneté, la mise en place des terrains familiaux relève de la compétence des EPCI. Par ailleurs, dans l'attente de la publication d'un décret qui doit être pris en application de la loi Égalité et citoyenneté, aucun texte ne précise les normes de construction de ces terrains.

²³Le décret n°2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux «*normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage*» établit les obligations concernant les aménagements et les équipements à mettre en place sur les aires d'accueil. Dans l'article 2, ce décret stipule que chaque «*place de caravane doit permettre d'assurer le stationnement d'une caravane, de son véhicule tracteur et, le cas échéant, de sa remorque*». L'article suivant informe que pour cinq places de caravanes, un bloc sanitaire comportant une douche et un WC doivent être installés. Chacun des emplacements, dispose «*d'un accès aisé aux équipements sanitaires ainsi qu'à l'alimentation en eau potable et à l'électricité*». Un service de ramassage des ordures ménagères est également mis en place. L'aménagement des aires d'accueil doit enfin respecter l'article 111-19.1 du Code de la Construction et de l'Habitation. Celui-ci mentionne que «*les installations ouvertes au public doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap*». Les durées de séjour ne doivent pas dépasser cinq mois. En revanche, des «*exceptions peuvent être faites, notamment pour permettre aux enfants scolarisés sur place d'achever leur année*», ou de permettre l'hospitalisation d'un membre de la famille. Ces dérogations peuvent durer sept mois maximum. Les tarifs appliqués dans ces aires d'accueil relèvent de «*la libre administration des collectivités gestionnaires*» (ibid.).

²⁴Robert C., 2007, op. cit., p. 51.

²⁵Les normes applicables sur les aires de grand passage sont indiquées dans le décret du 5 mars 2019. Pour accueillir un nombre de caravanes important (entre 50 et 200), les aires de grands passages doivent avoir une surface de quatre hectares minimum. Les caractéristiques physiques de l'air (sol et topographie) ne doivent pas constituer un obstacle pour le stationnement des caravanes. L'article 2 du décret indique les équipements qui doivent être présents : un éclairage public, une alimentation en eau potable et en électricité à l'entrée de l'aire, un moyen de collecte des eaux usées, des bennes à ordures, un système de récupération des toilettes individuelles etc. L'article 5 indique les tarifications applicables en fonction de la taille des caravanes.

²⁶Cour des comptes, 2012, op. cit., p. 68.

²⁷«*À 500 mètres de l'usine Lubrizol qui a brûlé dans la nuit du 26 septembre 2019 se situe l'aire d'accueil des gens du voyage de Rouen/Petit-Quevilly, qui est gérée par la métropole de Rouen. Pour ce terrain situé en zone Seveso, qui ne possède aucun local de confinement, aucun plan d'évacuation n'avait été prévu. Pendant la nuit de l'incendie, et contrairement aux autres habitants du voisinage, les habitants des trente caravanes de l'aire n'ont reçu aucune information et aucun hébergement temporaire ne leur a été proposé*» source : <https://lundi.am/Lubrizol-les-gens-du-voyage-en-premiere-ligne>

²⁸L'enquête reposait sur l'examen de la gestion de trois opérateurs sur le marché de la gestion déléguée (SG2A Hacienda, ADOMA et GDV) ainsi que les données communiquées par cinq autres opérateurs (Vago, Vesta, Aquitanis, Tsigane Habitat et ALOTRA) in Cour des comptes, 2012, op. cit., p. 111.

²⁹Cela peut concerner les règles relatives aux conditions de gardiennage, d'admission ou de refus d'un usager-e.

³⁰Les clauses abusives identifiées par les auteurs du rapport ont trait aux documents exigés au titre de l'admission sur l'aire ou encore aux motifs de refus d'admission d'un usager-e sur une aire.

³¹Bergeon C., 2019, «*Quand l'hospitalité publique crée de la vulnérabilité : l'accueil des gens du voyage en France*» in Bouillon F., Deboulet A., Dietrich-Ragon P., Fijalkow Y., Vulnérabilités résidentielles, L'Aube, pp. 217-231, p. 222. Elle a réalisé sa thèse au sein du laboratoire de recherche MIGRINTER sur la circulation des Gens du voyage en France et en Belgique.

³²Dihal (Direction Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au logement) 2016, Etude relative à l'habitat des gens du voyage, Rapport commandé par la Dihal au laboratoire d'études et de recherche sur l'intervention sociale (Leris), p. 7, document disponible en ligne au lien suivant : <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/05/synthese-gens-du-voyage.pdf>

³³Circulaire UHC/IUHT/26 n°2003-76 du 17 décembre 2003 relative aux terrains familiaux permettant l'installation des caravanes constituant l'habitat permanent de leurs utilisateurs.

Dans son rapport en 2002, la Cour des comptes notait déjà que le développement des terrains familiaux, qui ne concerne qu'un quart des départements et de manière inégale, apparaît insuffisant au regard des besoins identifiés dans les schémas départementaux initiaux et dans le cadre de la révision de ces derniers.

Plus récemment, l'étude de la Fnasat mettait en évidence la pénurie d'offre adaptée au mode de vie en résidence mobile (rareté des terrains de surface moyenne ou grande, règlements d'urbanisme interdisant l'installation de caravanes et/ou la constructibilité, coûts liés au foncier, difficultés liées aux raccordements aux réseaux, etc.), aggravée par des pratiques locales pouvant être discriminatoires (refus de vente, interdiction généralisée d'installation de plus de trois mois de résidence mobile dans les documents d'urbanisme)³⁴.

Un dispositif de droit commun peut être mobilisé pour la création d'habitat adapté, notamment en direction des gens du voyage. Il s'agit du Prêt Locatif Aidé d'Intégration (PLAI) qui a permis à certains ménages d'accéder à une maison individuelle avec un emplacement pour la caravane.

• Le développement d'initiatives quant à la santé des gens du voyage

Sur les déterminants de la santé relatifs à l'habitat, le réseau Fnasat est engagé et mène de nombreuses actions pour analyser les difficultés rencontrées par les gens du voyage, éclairer leurs besoins et soutenir des solutions (notamment en favorisant la prise en compte du mode d'habitat en résidence mobile dans les documents d'urbanisme, le développement d'une offre publique locative spécifique ou encore l'accès à la propriété et l'amélioration de l'habitat privé, en promouvant une démarche adaptée pour la réalisation et la gestion de l'habitat, et plus largement en accompagnant les ménages dans leur droit à l'habitat³⁵). Ces initiatives d'accompagnement restent limitées et ne peuvent enrayer des difficultés plus systémiques, sans l'implication volontariste de l'ensemble des acteur·trice·s concernés.

Des collectifs d'habitant·te·s, se sont constituées en collectif pour défendre leur droit à un habitat plus favorable à la santé (exemple du Collectif des femmes de l'aire d'accueil d'Hellemmes-Ronchin 2016³⁶).

À l'instar du réseau Fnasat, des professionnel·le·s du secteur social et de la santé se mobilisent et conçoivent des programmes pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins. Basées sur une approche pluridisciplinaire et partenariale, ces initiatives visent à mettre en œuvre des actions de prévention ciblées sur les problèmes de santé prioritaires, à améliorer les conditions d'accueil à l'hôpital³⁷, à développer l'information des professionnel·le·s et la co-formation³⁸ et à encourager les actions de dialogue entre les Gens du voyage et les services sociaux et de santé³⁹. Parmi celles-ci, des actions de médiation en santé proposent une interface entre les Gens du voyage et les acteur·trices de santé du territoire qui visent à favoriser l'accès à la prévention et aux soins⁴⁰.

³⁴Fnasat, 2017, op. cit., p. 19.

³⁵Pour des éléments détaillés, on peut se référer à Fnasat, 2016, Habitat permanent en résidence mobile. Analyses et actions du réseau Fnasat Gens du voyage, disponible en ligne au lien suivant : http://www.rencontres-tsiganes.asso.fr/wp-content/uploads/Habitat-permanent-en-re%CC%81sidence-mobile_Analyses-actions-du-re%CC%81seau-FNASAT_Mai-2016.pdf

³⁶Cf. l'article paru le 24 février 2015 dans Dépêches tsiganes et disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=1482

³⁷Quella C., 2000, « Promouvoir l'accueil, promouvoir la santé », Etudes Tsiganes n°15, pp.142-143 disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=935

³⁸On peut se référer aux deux documents suivants : ARTAG, 2010, Expérience de formation croisée : soignants et gens du voyage : intervention du Docteur Bruno de Goër. Journées intervention santé de l'ARTAG, disponible en ligne au lien suivant : [https://issuu.com/artag/docs/intervention_revih_et_Gales_Brieuc_\(2010\)_Représentations_ayant_changé_chez_les_soignants_suite_à_la_co-formation_«santé_et_gens_du_voyage»_à_propos_d'une_étude_qualitative](https://issuu.com/artag/docs/intervention_revih_et_Gales_Brieuc_(2010)_Représentations_ayant_changé_chez_les_soignants_suite_à_la_co-formation_«santé_et_gens_du_voyage»_à_propos_d'une_étude_qualitative). Thèse de Médecine, Université de Grenoble, disponible en ligne au lien suivant : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623774>

³⁹Le Roux M., Guiraud J-C., Botton D., 2007, Santé des Gens du voyage : des associations se mobilisent. La Santé de l'homme, juillet-août, pp. 4-6

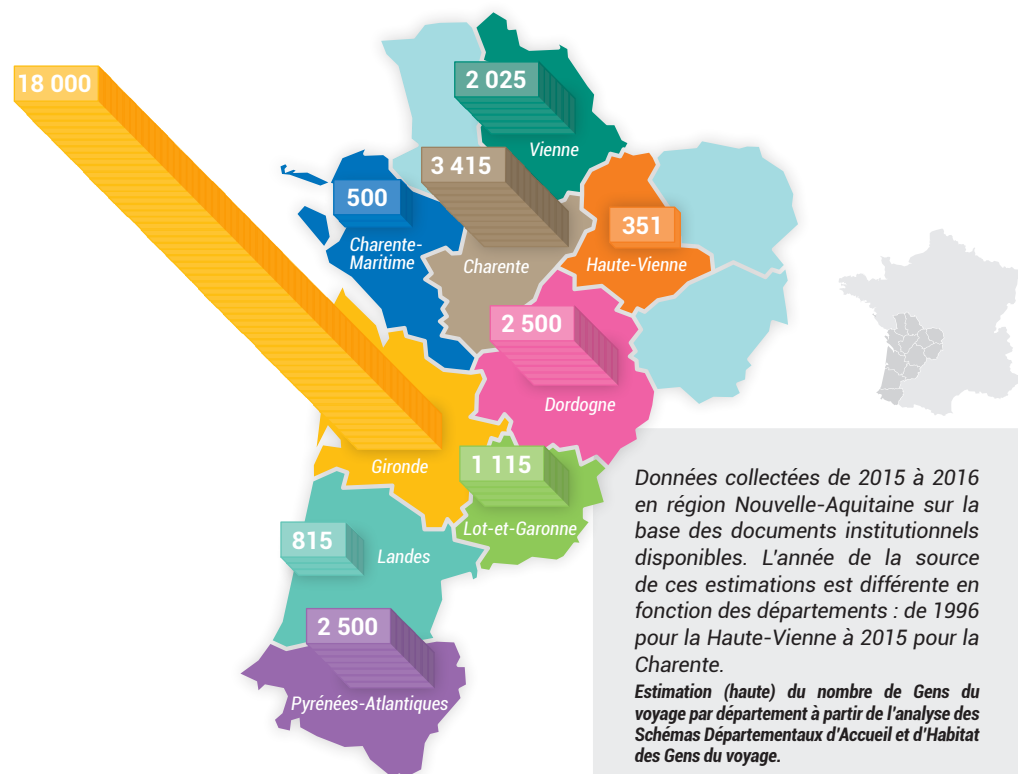
⁴⁰Site du Programme nationale de médiation en santé : mediation-sanitaire.org



1 / LES GENS DU VOYAGE EN NOUVELLE-AQUITAINE

En Nouvelle-Aquitaine, les études et diagnostics relatifs à l'ancrage et aux besoins d'habitat des Gens du voyage sont pilotés par les services déconcentrés de l'État, les collectivités ou encore par des associations, pour permettre la mise en œuvre des politiques territoriales. Certains de ces documents tentent d'estimer la population Gens du voyage par territoire. La Fnasat-Gens du voyage a capitalisé et agrégé ces données au niveau national⁴¹. La carte ci-dessous en propose un extrait. Toutefois, il ne s'agit que d'estimations et réalisées sans méthodologie partagée. Elles confirment les difficultés rencontrées, tant au niveau national que local, à obtenir des informations précises des institutions publiques.

⁴¹Ancrages et besoins des habitants permanents de résidence mobile : Fnasat, Analyse nationale des politiques départementales, 2017 : <http://www.fnasat.asso.fr/FNASAT-Analysenationale-Ancragesetbesoinsenhabitat2017.pdf>



FNASAT-Gens du voyage 28/06/2019
Source : SDAHGV

2 / LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DANS LES SCHÉMAS DÉPARTEMENTAUX D'ACCUEIL ET D'HABITAT EN NOUVELLE-AQUITAINE : de nombreuses intentions d'interventions mais peu d'éléments de bilan

La FNASAT réalise actuellement une étude sur la prise en compte au niveau national de la santé dans les Schémas départementaux d'accueil et d'habitat. Cette étude a été réalisée avec l'appui de Marie Benoist, étudiante en géographie de la santé à l'Université de Nanterre. Cette étude est basée sur l'analyse des chapitres dédiés à la santé, complétée par des entretiens avec les acteur-trice-s clés de la révision des schémas⁴². Les éléments ci-dessous en présentent certains résultats en Nouvelle-Aquitaine.

• Les Schémas départementaux d'accueil et d'habitation Nouvelle Aquitaine (en juin 2019)

Depuis la promulgation de la Loi Besson I de 1990, trente-quatre schémas ont été publiés au sein de l'actuelle Nouvelle-Aquitaine parmi lesquels vingt-huit ont pu être consultés par la Fnasat⁴³. Ces documents ont été collectés sur les sites internet des préfectures au fur et à mesure des années ou grâce à son réseau local. Le délai des six années réglementaires de validité des schémas, imposé par la loi Besson II n'est pas toujours respecté. En juin 2019, les schémas de cinq départements sont en cours de révision. Quatre sont à réviser dont celui de la Creuse qui date de 2004 et celui de la Corrèze de 2002.

⁴²La lecture des schémas n'a pas été exhaustive et il est donc possible que certains éléments ayant pu être utiles pour cette étude n'aient pas pu être pris en compte pour justifier les résultats. En effet, seuls les chapitres dédiés à la santé ont été pris en compte : la santé a pu être abordée dans d'autres parties du schéma sans que cela apparaisse dans les résultats.

⁴³Sur les 34 schémas, six n'ont pas été communiqués à la médiathèque Matéo Maximoff de la Fnasat ou ne sont pas disponibles sur internet.

• Le sujet de la santé dans les schémas départementaux d'accueil et d'habitat en Nouvelle-Aquitaine

En Nouvelle-Aquitaine, à l'exception du département des Deux-Sèvres, les schémas d'accueil et d'habitat des Gens du voyage en cours comptent tous un volet santé plus ou moins étayé. Ils laissent apparaître une prise en compte de la question de la santé des gens du voyage très hétérogène, tant dans la qualification même de cette problématique, lorsque qualification il y a, que dans la nature et la programmation des actions envisagées.

Trois principaux types d'interventions sont majoritairement retenus par les départements (huit départements sur onze) :

- Des interventions visant à renforcer le travail en réseau.
- L'accompagnement des personnes pour un meilleur accès aux soins et les partenariats
- Des actions de prévention et d'éducation à la santé menées spécifiquement en direction de gens du voyage.

La formation des acteur-trice-s de santé à une meilleure connaissance des problématiques rencontrées par les gens du voyage est programmée dans sept départements. Dans la même optique de mieux connaître et appréhender les réalités de vie des publics, quatre schémas prévoient des actions autour d'une approche fondée sur « l'aller vers » et des interventions sur les lieux de séjours et de vie.

Enfin, deux départements mentionnent la réalisation d'une étude de type diagnostic avant d'engager des actions plus opérationnelles.

Il apparaît également le développement de la médiation en santé, avec les gens du voyage et les acteur-trice-s de santé (schéma de la Charente et Charente-Maritime).

THÉMATIQUES mentionnées
dans les actions de santé programmées
aux derniers SDAHGV publiés

Les champs d'intervention thématiques donnant lieu à une programmation d'actions dans les derniers schémas publiés (onze départements) affichent une grande diversité et une densité d'actions hétérogène selon les départements.

Les actions en matière de **santé maternelle et infantile** (PMI, suivi des grossesses, santé de la mère et du nourrisson, etc.) et relatives à **l'alimentation** sont les deux thématiques les plus récurrentes. Viennent ensuite les actions relatives à **l'accès aux droits, le rapport aux soins, à la vaccination, la santé professionnelle puis l'hygiène et la santé bucco-dentaire**.

On constate un niveau très faible de programmation d'actions en santé environnementale, deux schémas seulement.

Le schéma départemental d'accueil et d'habitat : un outil pour réduire les inégalités en santé dont l'effectivité demande à être montrée

L'analyse des différentes actions santé dans les schémas départementaux renseigne, au moins partiellement, sur la place accordée à la santé, la prise en compte de sa dimension globale et des déterminants de santé et les stratégies d'actions des acteur-trice-s dans les départements.

Selon les schémas, la place accordée à ce sujet est inégale et on peut regretter parfois l'absence de diagnostic des besoins et de programmation d'objectifs opérationnels précis. L'étude des SDAHGV laisse en effet apparaître que seuls cinq départements ont programmé des interventions dans leurs schémas respectifs autour d'objectifs opérationnels, de partenariats, d'un pilotage et d'indicateurs d'évaluation préétablis et formalisés à travers des fiches-actions donnant un cadre de référence structurant. Par ailleurs, les bilans disponibles, peu nombreux, fournissent des éléments parcellaires en matière d'actions réalisées et très peu d'indicateurs. Ainsi, si cinq départements mentionnent l'inscription d'actions de santé au regard d'un bilan des actions inscrites aux schémas précédents et de constats renouvelés concernant les besoins, trois autres reconduisent les actions en mentionnant uniquement l'appui sur le bilan des interventions réalisées aux schémas précédents et trois autres enfin argumentent la programmation des actions sans mention d'une identification des besoins ou d'un bilan antérieur.

Ces différents éléments interrogent sur la capacité d'évaluation des schémas.

LA NÉCESSITÉ D'UN DIAGNOSTIC RÉGIONAL SUR LA SANTÉ DES GENS DU VOYAGE POUR UNE INTERVENTION PLUS PERTINENTE ET PLUS EFFICACE

1 / DES INDICATEURS DE SANTÉ QUI ALERTENT SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Ce sont des signaux locaux alarmants qui ont amené Santé publique France et l'Agence Régionale de Nouvelle-Aquitaine à se pencher plus précisément sur la santé des gens du voyage. Ces derniers ont été particulièrement touchés par l'épidémie de rougeole déclarée fin 2017⁴⁴.

Par ailleurs, deux centres sociaux en Charente ont réalisé en partenariat avec l'ARS un dépistage du saturnisme auprès de 84 enfants parmi 66 familles rencontrées. Les analyses menées par Santé Publique France ont mis en évidence des cas de saturnisme chez près de la moitié des enfants, avec une prépondérance concernant les enfants âgés de plus de sept ans.

Pour améliorer ses actions en direction de ces publics, définies dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2023⁴⁵, l'ARS de Nouvelle Aquitaine a souhaité mieux identifier les besoins des gens du voyage en matière de prévention et d'accès à la santé.

En 2018, dans le cadre de la campagne de financement « *Prévention et Promotion de la Santé* », elle a ainsi validé une proposition de la Fnasat de réaliser une étude préalable au développement de la médiation en santé auprès de publics en situation de précarité ainsi qu'une étude portant sur l'identification des besoins en santé des gens du voyage.

⁴⁴Santé publique France, 2018, « Rougeole », Bulletin hebdomadaire, semaine 15.

⁴⁵Le PRAPS 2013-2018, composante du Programme Régional de Santé (PRS), vise à réduire les inégalités sociales de santé, il définit les actions à conduire et les moyens associés pour accompagner et renforcer les actions innovantes au service des plus fragiles. Il s'articule autour de six objectifs opérationnels et de treize priorités d'action. Plusieurs de ces objectifs et priorités concernent directement ou indirectement les populations Gens du voyage en situation de précarité.

2 / LA MOBILISATION DE LA FNASAT-Gens DU VOYAGE, un réseau à l'échelle nationale, partiellement développé dans la région de la Nouvelle-Aquitaine

La Fnasat-Gens du voyage est une fédération d'une centaine d'associations et leurs antennes. Elle rassemble aussi des collectivités en tant que membres associés. Ses actions visent l'égalité de traitement, l'accès aux droits, et l'affirmation de la pleine citoyenneté des Gens du voyage. Pour ce faire, la fédération développe des missions d'analyse et d'expertise, de préconisations en direction des autorités publiques, d'appui aux acteur-trice-s locaux-ales et de diffusion des connaissances et expériences.

La Fnasat-Gens du voyage compte treize associations adhérentes en région Nouvelle Aquitaine, ainsi que trois membres associés en Charente et dans les Landes. A l'instar du réseau au plan national, les champs d'intervention couverts par les associations sont très divers : accompagnement social, insertion socioprofessionnelle, santé et prévention, animation socio-éducative, scolarisation, habitat, accueil, accès aux droits, aide aux démarches administratives, et domiciliation.

Si toutes les associations ne développent pas des actions dans l'ensemble de ces domaines, la plupart d'entre elles opèrent cependant un accompagnement de type transversal, accompagnant les personnes sur des problématiques souvent étroitement liées entre elles. Cette transversalité des interventions est aussi la résultante du constat que pour les familles accompagnées l'association reste très souvent le principal voire l'unique interlocuteur d'accompagnement. Huit des associations mettent en œuvre leurs interventions dans le cadre d'un agrément centre social de la Caisse d'Allocations Familiales. Les actions de santé et prévention conduites par les associations s'inscrivent en général dans le cadre de ces projets sociaux.

Cependant, la Fnasat ne compte aucune structure adhérente dans trois départements : la Corrèze, la Charente Maritime et le Lot-et-Garonne. Aussi, des démarches de partenariats ont été mises en place afin que ces départements soient également couverts par l'étude, l'objectif retenu étant un état des lieux à l'échelle de l'ensemble de la région.

CARTE DES STRUCTURES ADHÉRENTES À LA FNASAT-GENS DU VOYAGE EN NOUVELLE-AQUITAINE

Associations Fnasat-Gens du voyage

Charente

- AAISC - Barbezieux-Saint-Hilaire
- Centre social « Les Alliers » - Angoulême
- S.M.A.G.V.C. - Angoulême
- Le Chemin du Hérisson
Roumazières Loubert, Aigues & Confolens
- Les Quatre Routes - Cognac

Limousin

- Udaf 23 - Centre social tsigane - Guéret
- Ma Camping 87 - Limoges

Deux-Sèvre

- ADAGV 79 - Parthenay
- A.D.A.P.G.V. (86) - Buxerolles,
Châtellerauld, Châteauneuf

Dordogne

- Centre social Saint-Exupéry
Coulounieix Chamiers

Gironde

- ADAV 33 - Talence - Langon & Libourne
- ASET Gironde - Blanquefort
- Art Rom de Voyage - Bordeaux

Landes

- Association interculturelle Manouche-Gadjé
(AIMG)
Mont-de-Marsan
- Le Grand Dax - Dax
- CIAS MACS - Saint-Vincent de Tyrosse

Pyrénées-Atlantiques

- AGV 64 - Billere + AGV 64 antenne Bayonne

FNASAT GENS DU VOYAGE



MÉTHODOLOGIE ET MATÉRIEL RECUEILLI



UNE ÉTUDE QUALITATIVE AU SEIN D'UNE ÉTUDE MULTIDIMENSIONNELLE SUR L'ACCÈS À LA SANTÉ

L'objet de la présente étude est de documenter les besoins de santé des gens du voyage à partir de leur regard et de celui des acteur-trice-s professionnel-le-s qui interviennent sur différents déterminants de leur santé.

La prise en compte de points de vue multiples par le biais de techniques empruntées aux sciences sociales vise à atteindre un niveau de compréhension le plus global possible et ambitionne en conséquence une meilleure efficacité des futures actions de santé.

Pour constituer un diagnostic de santé, et obtenir une approche globale des problématiques et besoins des Gens du voyage de la région Nouvelle-Aquitaine, ce travail sera complété par des éléments quantitatifs, avec l'apport de données collectées à partir d'une étude épidémiologique¹ conduite par Santé publique France². L'objectif est de s'appuyer sur la triangulation des données pour déterminer les principaux leviers d'amélioration de la santé des Gens du voyage sur lesquels de futures actions de santé pourront porter. Il s'agira également de produire des recommandations pour contribuer à la construction des politiques publiques pour intervenir sur les déterminants majeurs de la santé, ainsi qu'à destination des intervenant-e-s en santé pour repérer les ressources des personnes, les freins et leviers à des accompagnements individuels et collectifs.

¹« L'épidémiologie permet d'établir un état des lieux concernant d'une part les problèmes de santé et leurs déterminants à partir de données quantitatives relatives à la fréquence et à leur répartition au sein de la population. D'autre part, les facteurs de risque et les conséquences y sont associées ». Planification de projets en santé, Médecins du Monde disponible au lien suivant : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/01/15/planification-des-projets-de-sante>
²<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/la-sante-des-gens-du-voyage-etude-en-nouvelle-aquitaine-2019-2020>

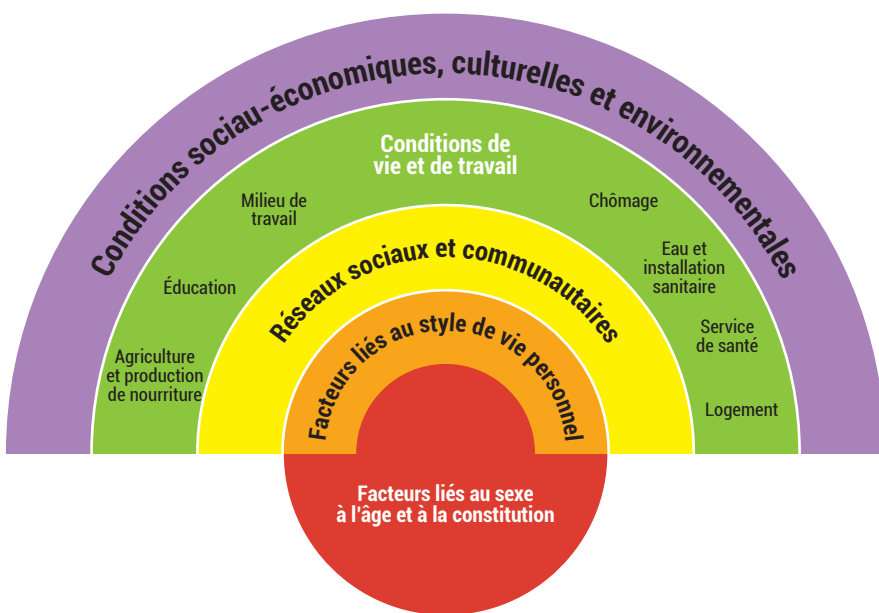
1 / PROTOCOLE MÉTHODOLOGIQUE MIS EN ŒUVRE

• Éléments de cadrage

Cette étude a été menée dans le cadre du travail d'animation de réseau de la FNASAT. L'ensemble de la méthode (cadrage, réalisation des outils, grille d'analyse) a été co-construit avec ses adhérents en Nouvelle-Aquitaine et avec l'appui méthodologique de l'Institut Renaudot.

Le cadrage de l'étude s'est basé sur les déterminants de santé et une vision globale de la santé. Pour l'ensemble des participant-e-s à la réflexion, la nécessité de s'intéresser à l'environnement global dans lequel évoluent les gens du voyage et de les consulter sur les conditions de leur bien-être et leur santé était affirmée comme essentielle.

Figure ci-dessous :
Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)³



Les déterminants de la santé mentionnés dans l'enquête ont été relevés et analysés sur la base du modèle de Dahlgren et Whitehead représenté dans le schéma ci-contre.

Selon l'OMS, les déterminants de la santé sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999)

En 1946, l'OMS a défini la santé de la manière suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Non modifiée depuis 1946, on peut compléter cette définition par la charte d'Ottawa (1986) sur la promotion de la santé :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »

« Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. »

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. »

• Une méthodologie, inspirée par les démarches communautaires en santé

L'accompagnement méthodologique proposé par l'Institut Renaudot visait à apporter des connaissances sur les outils d'enquête et leur adaptation, mais surtout à élargir le spectre des champs concernés par la santé, ses déterminants et les parties prenantes : habitant-e-s, professionnel-le-s et élus-e-s. Il s'agissait également d'associer les différent-e-s acteur-trice-s pour les impliquer dans le processus de conception et de préparation des outils et de recueil des données. Dans les faits, deux voyageuses ont participé à la construction du protocole méthodologique de l'étude et aucun-e élu-e. On peut noter, parmi les facteurs ayant freiné la mobilisation des personnes dans la phase de conception, la temporalité trop courte, pendant laquelle s'est déroulée l'étude et la taille de la région, qui rendait difficiles les rencontres entre les partenaires.

La participation de Santé publique France dès le début de cette phase a fourni un apport méthodologique supplémentaire et a permis une forme d'acculturation des équipes de SpF aux problématiques traitées dans la perspective de l'enquête épidémiologique. De même, la participation de représentant-e-s et l'ARS et de certains partenaires (IREPS, Médecins du Monde) a enrichi les échanges et facilité une compréhension mutuelle.

• Territoire d'enquête

L'ensemble de l'étude menée par la FNASAT concerne la région Nouvelle-Aquitaine⁴. Ce volet de l'étude a été mis en place dans neuf départements de la Nouvelle-Aquitaine : la Corrèze, la Creuse, les Deux-Sèvres, la Dordogne, la Gironde, la Haute-Vienne, les Landes, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques.

³Whitehead, M., Dahlgren G., 1991, "What can we do about inequalities in health". The lancet n° 338, pp. 1059-1063.

⁴Région administrative créée par la réforme territoriale de 2015 et effective au 1^{er} janvier 2016, elle résulte de la fusion des anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes et regroupe 12 départements.

Pour cette étude qualitative, la Fnasat a organisé les entretiens sur le territoire le plus large possible afin d'évaluer d'éventuelles spécificités territoriales, de disposer d'un échantillon varié de situations mais aussi de permettre, à travers la mise en œuvre même de l'étude, de développer une dynamique multi partenariale régionale dans laquelle tous les territoires sont impliqués.

Les départements de la Charente, la Charente Maritime et la Vienne n'ont pas été associés à cette phrase qualitative car en 2015 une enquête qualitative sur les pratiques professionnelles d'accompagnement à la santé des Gens du voyage avait été élaborée par l'IREPS dans l'ex région Poitou-Charente. Bien que le cadre de l'étude soit différent, il s'agissait de ne pas réinterroger les personnes de ces mêmes territoires et de s'approprier les résultats du travail déjà réalisé.

La FNASAT ne compte pas de structures adhérentes dans les départements de la Corrèze et du Lot-et-Garonne et aucune association dédiée à l'accompagnement des Gens du voyage n'y existe. Aussi, par le biais des délégations départementales des ARS, la FNASAT a mobilisé de nouveaux partenaires, notamment des services de gestion d'aires d'accueil et les services sociaux de collectivités territoriales. L'enquête a ensuite été menée dans ces départements par la FNASAT et/ou des membres du réseau de départements limitrophes mobilisés pour organiser les entretiens.

• Organisation de l'enquête et modalités de recueil des données

Une salariée de la FNASAT a été chargée de coordonner l'enquête et de développer les nouveaux partenariats nécessaires, notamment dans les départements de la Corrèze et du Lot-et-Garonne.

LES ENTRETIENS, QU'ILS SOIENT COLLECTIFS OU INDIVIDUELS ONT ÉTÉ MENÉS :

- par des **bénévoles des associations du réseau FNASAT**,
- par des **professionnel-le-s des associations du réseau FNASAT** : accompagnateur-trice sociale-e, médiatrice en santé, infirmière,
- par des **professionnel-le-s des collectivités territoriales membres associés à la FNASAT** : travailleur-euse-s sociaux-ales et infirmière,
- par des **accompagnateur-trice-s sociaux-ales et/ou professionnel-le-s des collectivités territoriales hors réseau FNASAT** mais identifié-e-s comme référent-e-s dans les territoires et mobilisé-e-s spécifiquement pour l'enquête.

Des consignes ont été élaborées et partagées. Toutefois, on peut mentionner un certain nombre de biais de passation des questionnaires par ces différents acteur-trice-s. Globalement, l'ensemble des personnes n'avaient pas ou peu d'expérience de réalisation d'entretiens individuels ou collectifs relatifs à la collecte de matériaux sociologiques.

Concernant les professionnel-le-s, elles-ils ont pu choisir des personnes ayant un lien privilégié avec eux-elles (on peut considérer que ceci est un biais autant positif que négatif puisque ce lien permet parfois aux personnes de s'exprimer avec plus de confiance). Nous pouvons nous interroger sur une éventuelle difficulté à différencier l'identité « *acteur-trice social-e* » de celle d'« *enquêteur-trice* » et sur le fait que cela a pu influencer sur les réponses. D'une manière plus générale, la nature des rapports entre un-e travailleur-euse social-e et une personne qu'il-elle accompagne peut être de nature à biaiser les réponses et à altérer l'expression des spontanées des personnes. Concernant les professionnel-le-s des collectivités, il y a pu avoir des biais supplémentaires

du fait qu'ils représentent l'institution politique locale du lieu d'habitation ou de séjour régulier des gens du voyage.

Malgré ces potentiels écueils identifiés en amont de l'étude, le choix de la mise en lien avec les gens du voyage par ces intermédiaires est un choix méthodologique assumé, au vu de la relation de confiance instaurée entre les acteurs associatifs et les gens du voyage, de la temporalité de l'enquête, des choix méthodologiques effectués, et des risques d'échec à faire entrer des chercheur-se-s extérieur-e-s directement en relation sur un temps trop court.

CALENDRIER DE L'ENQUÊTE



de **SEPTEMBRE à NOVEMBRE 2018**
ORGANISATION DE L'ÉTUDE

cadre, mise en place de la méthodologie, des outils et formation des enquêteur-trice-s



de **DÉCEMBRE 2018 à MARS 2019**
RÉALISATION DES ENTRETIENS DANS LES DÉPARTEMENTS



d'**AVRIL à MAI 2019**
CONSTRUCTION DE LA MÉTHODE D'ANALYSE



de **JUIN à JUILLET 2019**
ANALYSE DES DONNÉES

• Choix des personnes interrogées

La réalisation d'une enquête qualitative ne suppose pas une représentativité statistique. Les enquêteur-trice-s ont tenté de recueillir des témoignages de la plus large variété de profils possible, en termes de conditions d'habitat, d'âge et de sexe.

Toutefois, certaines contraintes de terrain (disponibilités des enquêteur-trice-s et des personnes interrogées) ont parfois réduit les possibilités et demandé des réajustements (par exemple, certains entretiens collectifs ont

été requalifiés en une somme d'entretiens individuels car il était impossible de réunir plusieurs personnes simultanément).

Une attention particulière a été portée à la diversité des situations des personnes représentées au regard de leurs conditions d'habitat, en faisant l'hypothèse qu'elles sont déterminantes pour la santé des personnes vivant en habitat mobile et qu'il était important d'avoir un panel de situations.

Ainsi, l'étude a cherché à renseigner des situations variées en se fondant sur la grille d'analyse présentée dans les résultats, qui catégorise les situations en fonction des conditions d'habitat mobile, inspirée de la grille ETHOS (typologie de l'exclusion liée au logement).

• Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été réalisée à partir des discours recueillis et retranscrits par les enquêteur-trice-s ainsi que des observations sur le déroulement des entretiens. Les paroles recueillies lors des entretiens ont ensuite été réparties par thématiques à partir d'une grille d'analyse co-construites qui reprend les différents déterminants de santé.

Au regard des éléments recueillis, il n'apparaît pas de spécificités par territoire mais plutôt des spécificités par type de situations (conditions de vie, niveau de précarité, insertion).

L'analyse a été élaborée principalement sur la base des discours recueillis pour confronter les points de vue, établir ceux convergents et divergents et dresser une cartographie des représentations, ressentis et pratiques de santé.

Lors d'une rencontre régionale le 27 mai 2019, les premiers constats de l'étude ont été présentés aux acteur-trice-s du réseau de la FNASAT de la Nouvelle-Aquitaine. Leurs commentaires sur les résultats et sur les éventuels manques au regard de leurs pratiques quotidiennes et leur connaissance ont été pris en compte dans ce document.

2 / CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

• Information auprès des personnes interrogées et consentement

Lors de l'élaboration de la méthodologie d'enquête, une attention particulière a été portée à la façon dont les personnes allaient être informées de cette étude. Aussi, une documentation de présentation a été élaborée et chaque enquêteur-trice-s a programmé un temps pour introduire le projet.

De plus, à la fin de chaque rencontre, un temps a été dédié à la relecture des notes prises par les observateur-trice-s et les personnes interrogées avaient la possibilité de corriger ou modifier les propos recueillis.

Lorsqu'elles ont participé aux entretiens, les personnes avaient au préalable donné leur accord. Le consentement des personnes à participer à l'enquête a bien évidemment été respecté : certaines personnes ont donné leur accord pour participer à l'enquête, d'autres souhaitaient être impliquées en simples observatrices, sans participer aux échanges et d'autres encore ne souhaitaient pas y prendre part.

• Anonymat des personnes interrogées

Dans l'ensemble des entretiens, l'anonymat des personnes a été respecté et tout signe contrariant cette exigence a été détruit. Aussi, le recueil des données, en plus des discours des personnes, prend en compte certains déterminants dont le sexe des personnes, leur âge et les conditions d'habitat mais aucun signe distinctif n'a été retenu.

3 / PROJETS DE RESTITUTION

Dès le début de l'élaboration de cette méthodologie, tous-toutes les acteur-trice-s du projet ont été sensibilisé-e-s à l'enjeu de la restitution, particulièrement grâce à la participation de l'Institut Renaudot. Les personnes interrogées jouent dans cette étude un rôle majeur car elles apportent des informations détaillées sur leur santé ressentie. Ces personnes acceptent de donner de leur temps mais surtout de partager leur point de vue et leur vécu. Aussi, il s'est agi de penser la façon de « *rendre compte* » de l'étude pour garantir une réciprocité dans la participation mais surtout pour que les personnes trouvent leur place, qu'elles se saisissent éventuellement des réflexions que soulèvent l'étude et aient la possibilité de participer aux actions qui pourraient en découler. Ces enjeux concernent évidemment les Gens du voyage interrogés, mais également les acteur-trice-s qui ont répondu aux entretiens individuels.

En mai 2019, lors d'une rencontre régionale du réseau FNASAT, l'ensemble des acteur-trice-s, par département, ont été invité-e-s à réfléchir aux modalités souhaitables de restitution de l'étude.

En juin 2019, une première restitution des résultats de la présente étude a été organisée dans le cadre de l'assemblée générale de l'ADAPGV 86. Les participant-e-s ont pu réagir à la lecture des entretiens retranscrits et ils ont été amenés à se projeter dans de futures actions locales.



ENTRETIENS AUPRÈS DE GENS DU VOYAGE

Par la présente étude, il s'agit de documenter la réalité de Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine. Il ne s'agit pas d'une analyse généraliste, qui pourrait être transposable à toutes les situations ou d'une étude représentative comme peut l'être l'étude statistique, mais bien de prioriser certains besoins en santé.

1 / DÉFINITION ET CHOIX DE LA POPULATION CONCERNÉE

• Critères d'inclusion

Les personnes interrogées ont pour caractéristiques non exclusives d'être accompagnées au quotidien par des associations membres de la Fnasat, dans des centres sociaux, des services domiciliaires, des services sociaux de communautés d'agglomération, de fréquenter éventuellement des aires d'accueil et de présenter un ancrage dans les territoires. En effet, même si elles sont mobiles et ont des modes d'habitat variés, elles sont rattachées au territoire, fréquentent avec régularité les acteur·trice·s sociaux·ales et ceux·celles de la santé du territoire.

• Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été défini. Toutefois, compte tenu du contexte de l'étude, certaines personnes ne font pas partie de la population d'étude. Il s'agit notamment des personnes qui ne fréquentent pas les associations et services sociaux membres de la FNASAT et des personnes qui n'ont pas d'ancrage dans le territoire de l'étude.



2 / CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DES GENS DU VOYAGE

Les modalités précises des entretiens n'étaient pas prédéfinies et ont été co-construites dans le cadre des groupes de travail. *La méthode est détaillée en annexe (cf. annexe n° 1).* On peut retenir les caractéristiques ci-dessous :

C'est à partir de leur expérience qu'ont été co-construites des modalités d'enquête pensées pour favoriser l'expression et le dialogue. Ainsi, le choix de la technique du photo-langage visait à faciliter la prise de parole de toutes les participant·e·s.

- Les entretiens avec les Gens du voyage ont été menés en groupe et s'inspirent de la technique du focus group. Ce choix d'un diagnostic participatif permettait de collecter en peu de temps des informations complémentaires aux enquêtes individuelles quantitatives. Il s'agissait de recueillir plusieurs discours et de comprendre ce qui se dit en groupe. Les entretiens se sont articulés autour d'une question commune :

« De quoi
avez-vous besoin
pour vous sentir bien et
en bonne santé ? »

- L'utilisation d'un outil inspiré du photo-langage⁵ avait pour objectif d'inciter les personnes à évoquer la santé d'un point de vue global et de se décentrer de la maladie. Depuis de nombreuses années, les acteur·trice·s du réseau interviennent dans le domaine de la santé et il·elle·s ont connaissance des freins qui peuvent apparaître lorsque le sujet est abordé.

LES FOCUS GROUP

En sciences sociales, les focus groups sont utilisés pour étudier des problématiques sociales, non à travers l'enquête d'individus, comme c'est le cas dans l'enquête par sondage, mais par la discussion de groupe. D'après le centre de recherches Spiral de l'Université de Liège. « *La méthode du Focus group est une méthode qualitative de recherche sociale qui favorise l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode, qui est à la fois orale et groupée, ne poursuit donc pas de recherche du consensus. Elle permet par contre le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles.* » Elle répond aux « pourquoi ? » et aux « comment ? » Concrètement, la technique consiste à recruter un nombre représentatif de groupes, en fonction de l'objet de la décision à l'étude, composés de six à douze personnes volontaires, et à susciter une discussion ouverte répondant à une logique de créativité. Cette discussion se structure autour d'une grille d'entretien définissant les différents thèmes de l'étude. Une analyse/synthèse de la discussion permet de relever les principaux mots clés des participants ainsi que les points de convergence et de divergence entre les groupes.

⁵D'après Claudine Vacheret, professeur de psychologie et psychopathologie clinique à l'université Lumière Lyon 2 « Cette méthode a été créée en 1965 par un groupe de psychologues lyonnais, qui travaillaient avec des adolescents, et proposèrent de manière totalement intuitive au départ, d'utiliser des photos pour servir de support à la parole, à des jeunes qui rencontraient des difficultés à s'exprimer et à parler en groupe, de leurs expériences diverses et parfois douloureuses, sur le plan personnel », cf. Vacheret C., 2010, « Le photolangage, une médiation thérapeutique, un bref historique des théories groupales » in Le carnet psy n°141, pp. 39-42, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-1-page-39.htm>

3 / MODALITÉS DE RECUEIL DES DONNÉES D'ENQUÊTE

Lors de l'élaboration de la méthodologie d'enquête, plusieurs possibilités ont été imaginées pour le recueil des données. Habituellement, pour une analyse qualitative, l'enregistrement sonore voire vidéo peut être privilégié. Toutefois, ce mode de recueil n'a pas été retenu car, l'ensemble des acteur-trice-s du réseau FNA-SAT, s'accordaient sur le fait que l'enregistrement sonore pourrait introduire une gêne et freiner la prise de parole. Aussi, le recueil de données a été réalisé sous forme de prise de notes et sur une grille d'analyse organisée par déterminants de santé.

Dans le cadre des entretiens collectifs auprès des gens du voyage, un-e observateur-trice était désigné-e pour noter les phrases «brutes». En fin d'entretien, celles-ci étaient relues pour validation par les participant-e-s. La retranscription de ces notes en fonction des déterminants de santé ainsi que le déroulement de l'entretien ont été analysées par la Fnasat.



ENTRETIENS AUPRÈS D'ACTEUR-TRICE-S QUI INTERVIENNENT AUPRÈS DE GENS DU VOYAGE

L'objectif est de renseigner la perception des besoins en santé des gens du voyage à partir du regard des acteur-trice-s de santé qui interviennent sur différents déterminants de leur santé.

1 / DÉFINITION ET CHOIX DES ACTEUR-TRICE-S DE SANTÉ INTERROGÉ-E-S

Les acteur-trice-s de santé interrogé-e-s ont été choisi-e-s pour avoir accompagné des gens du voyage et potentiellement les personnes interrogées lors des entretiens collectifs présentés plus haut. Conformément à l'ensemble de l'étude axée sur la prise en compte des différents déterminants de la santé, les personnes ont été sélectionnées parmi des professionnel-le-s de santé mais aussi parmi des personnes qui, dans leurs fonctions, accompagnent au quotidien les gens du voyage dans le champ de l'habitat, de la scolarisation, de l'insertion sociale et professionnelle.

• Critères d'inclusion

Les personnes interrogées étaient des partenaires des actions proposées par les membres de la Fnasat ou identifiées comme intervenant de façon régulière, et souvent ancienne, auprès des personnes (médecin traitant qui se déplace sur l'aire, service de maternité et professionnel-le-s de l'éducation nationale).

• Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion retenu est l'absence d'expérience professionnelle connue avec des gens du voyage.

2 / CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS AUPRÈS DES ACTEUR·TRICES

Les modalités précises des entretiens auprès des acteur·trice·s ont également été co-construites avec le réseau FNASAT. La méthode est détaillée en annexe (cf. annexe n° 4) mais on peut retenir que deux modalités principales de réalisation d'entretiens ont été mises en œuvre :

- **des entretiens individuels semi-directifs.**

Les entretiens individuels et semi-directifs ont été menés auprès des acteur·trice·s de la santé. Cette modalité semblait plus adaptée aux contraintes de temps et de déplacement des personnes interrogées. Idéalement, ils ont été effectués par deux personnes pour favoriser la prise de notes ou à défaut par une seule personne.

- **des entretiens basés sur un cadrage et une grille de questions communes :**

Un guide d'entretien a été établi comportant onze questions (dont deux d'introduction et trois de conclusion). Les questions ont toutes été posées dans le même ordre avec trois questions ouvertes qui devaient permettre à la personne interrogée de s'exprimer plus librement.

Comme pour les entretiens collectifs, la grille de lecture de l'enquêteur·trice était basée principalement sur les déterminants de santé.

Les trois questions principales qui ont été posées sont les suivantes :

« Selon vous, quels sont les principaux besoins que rencontrent les gens du voyage que vous rencontrez ? »

« Selon vous, quels sont les leviers, solutions, actions à mettre en place pour répondre à ces besoins ? »

« À partir des situations que vous rencontrez, qu'est-ce qui, selon vous, influe sur la santé et le bien-être des gens du voyage que vous connaissez ? »

LIMITES DU MATÉRIAU RECUEILLI

À l'issue de l'étude, plusieurs limites relatives au matériau recueilli méritent d'être soulignées, en plus des biais de passation des questionnaires indiqués plus haut.

On peut présager que le fait que les personnes s'expriment, dans un cadre collectif au sein de leur groupe de vie, n'est pas sans incidence sur la parole. La santé est un sujet qui relève de l'intime et la présence de membres de la même famille ou de proches dans les entretiens collectifs a pu amener certaines personnes à ne pas pleinement s'exprimer librement, selon leur ressenti personnel.

L'absence de locaux pour accueillir les groupes n'a pas été propice à des conditions de pleine confidentialité et donc de parole parfaitement libérée. L'un des focus groupe a par exemple été organisé sur un emplacement dans une aire d'accueil.

L'autre type de limite concernant le matériau recueilli a trait à la méthode inspirée du *focus group*. En effet, les éléments exprimés par les personnes dans ce cadre consistent en des paroles « dispersées », non insérées dans un discours d'une part et qui ne peuvent pas être mis en rapport avec la situation de la personne, son parcours de vie, d'autre part. Cela rend difficile leur mise en perspective et donc la compréhension des paroles produites.

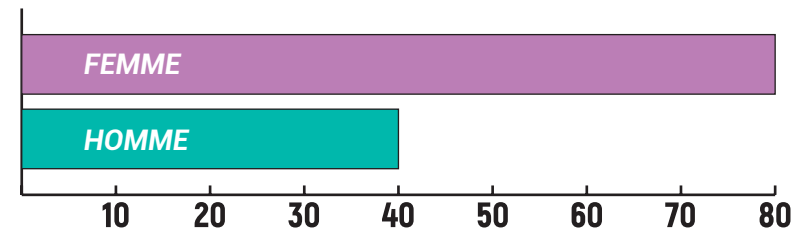
RÉSULTATS

POPULATION DE L'ÉTUDE

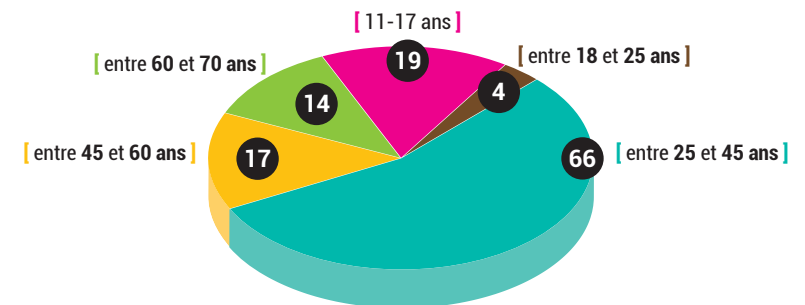
1 / ENTRETIENS AUPRÈS DES PERSONNES GENS DU VOYAGE

Cent vingt personnes
ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens collectifs dans neuf
départements de la Nouvelle-Aquitaine.

A • Nombre de personnes interrogées **par sexe**



B • Nombre de personnes interrogées **par tranche d'âge**



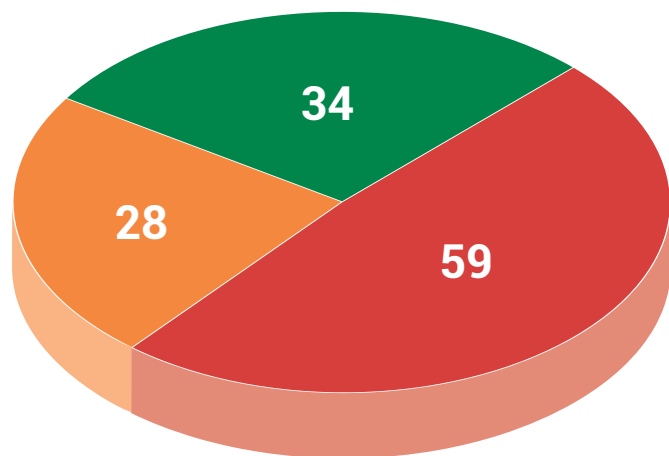
C • Nombre de personnes interrogées **par type d'habitat**

LA PART ABSENTE DE LA CATÉGORIE « HABITAT INADÉQUAT »

renvoie à la faible proportion de personnes concernées par cette catégorie de façon générale.



0



LA PART DE LA CATÉGORIE « HABITAT TRÈS PRÉCAIRE »

correspond à des personnes qui vivent dans des lieux de vie sans titre ou autorisation, faute de solution, et qui sont contraintes à des conditions d'insalubrité importantes. Elles sont accompagnées par les associations du réseau Fnasat, notamment dans le cadre de la domiciliation, de l'insertion et de l'action sociale.



LA PART DE LA CATÉGORIE « HABITAT ADÉQUAT »

correspond notamment à des personnes qui ont bénéficié de la création d'équipement d'habitat mixte (terrains familiaux avec habitat en dur et habitat mobile), qui vivent sur des terrains privés avec un titre d'occupation pérenne ou encore en habitat ordinaire (appartement / maison). Cette dernière catégorie de personnes continue régulièrement de bénéficier d'accompagnements spécifiques bien que leur situation d'habitat soit plus stable, du moins à un instant donné.



LA PART MAJORITAIRE DE LA CATÉGORIE « HABITAT PRÉCAIRE »

s'explique du fait qu'elle représente la majorité des usager·ère·s des associations, notamment dans le cadre de la domiciliation et d'insertion sociale.



HABITAT INADÉQUAT

Habitat en résidence mobile, en habitat mixte ou ordinaire dont l'occupation est légale avec statut d'occupation sécurisé mais **normes d'équipement non respectées.**

Habitat en résidence mobile, en habitat mixte ou ordinaire dont l'occupation est légale et sécurisée mais avec **sur occupation.**



HABITAT ADÉQUAT

Habitat en résidence mobile, habitat mixte ou ordinaire avec occupation légale, sécurisée, normes respectées.



HABITAT TRÈS PRÉCAIRE

Installation en résidence mobile ou en habitat mixte **interdite par les règlements d'urbanisme national et local.**

Installation sur un équipement d'accueil **soumise à une demande d'expulsion.**

Habitat ordinaire dans une construction ou assimilé **interdite par les règlements d'urbanisme national ou local et/ou réalisé sans autorisation.**

Installation en résidence mobile sur un équipement d'accueil **sans convention d'occupation temporaire** (refusée, dépassée ou révoquée).

Installation en résidence mobile, habitat mixte ou ordinaire **sans autorisation du propriétaire.**



HABITAT PRÉCAIRE

Installation en résidence mobile sur un **équipement d'accueil sous-équipé** (terrain de halte, aire de petits ou grands passages ou aire permanente d'accueil sous-aménagée) avec convention par ménage ou par groupe.

Installation en résidence mobile sur une **aire permanente d'accueil aménagée (non pérenne)** avec convention d'occupation par ménage.

Installation en résidence mobile ou en habitat mixte **sur un terrain appartenant à une personne publique** (collectivité, Etat) **ou privée** (entreprise, particulier) avec convention d'occupation par ménage.

2 / ENTRETIENS INDIVIDUELS AUPRÈS DES ACTEUR·TRICE·S QUI INTERVIENNENT SUR DIFFÉRENTS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES GENS DU VOYAGE

Quarante deux personnes ont été rencontrées individuellement dans neuf départements de la Nouvelle Aquitaine.

Nombre d'acteurs(trices) interrogés

SECTEURS DE LA MATERNITÉ ET DE LA PÉRINATALITÉ

Professionnels des maternité et périnatalité

4 PUÉRICULTRICES PMI



2 MATERNITÉS



1 GYNÉCOLOGUE



SECTEUR PARAMÉDICAL ET MÉDICAL

Professionnels paramédicaux et médicaux

3 INFIRMIERS



3 MÉDECINS GÉNÉRALISTES



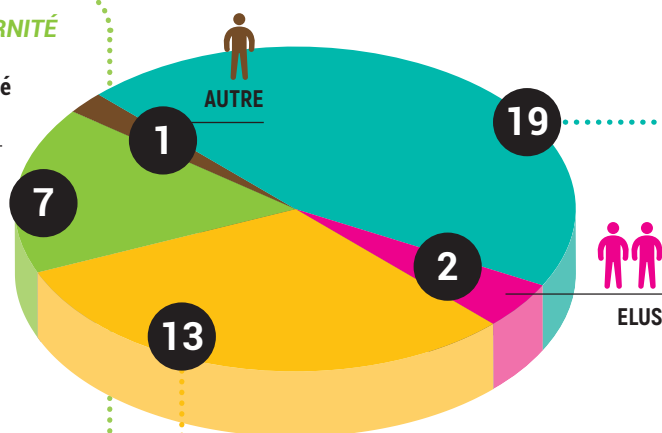
2 PROFESSIONNELS DES URGENCES



3 SERVICES PÉDIATRIE D'UN HÔPITAL



1 PSYCHIATRE



SECTEURS DE L'INSERTION, ACTION SOCIALE ET SOCIO-CULTURELLE

Professionnels de l'insertion, action sociale et socio-culturelle

5 EDUCATION NATIONALE



4 SERVICES GESTIONNAIRES AIRES D'ACCUEIL



4 SERVICES SOCIAUX (MDS, CCAS...)



2 CENTRES SOCIAL OU ÉQUIVALENT



1 CENTRE D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE



1 CENTRE DE RÉINSERTION



1 ASSOCIATION DE DOMICILIATION



1 SERVICE DE PRÉVENTION



1 ACTEUR DE LA RELIGION



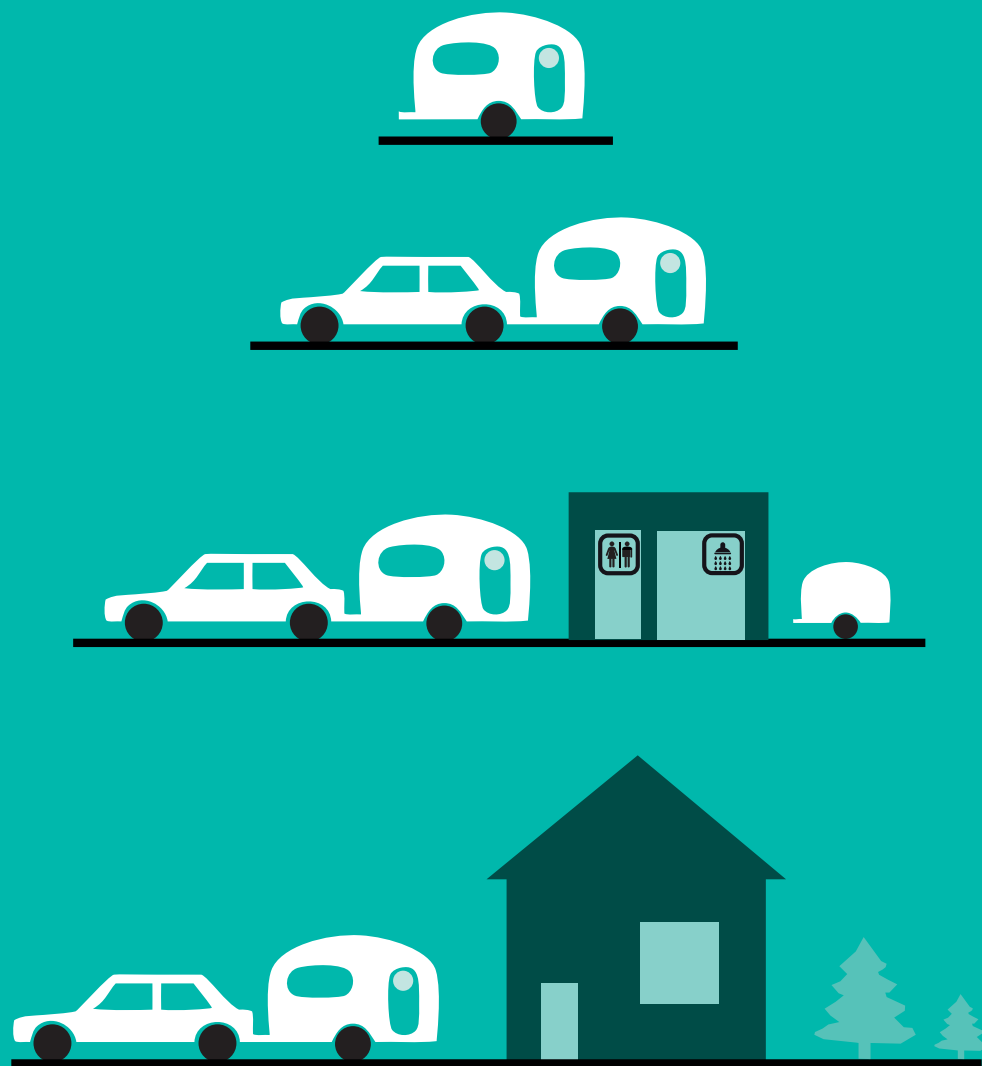
LA PART IMPORTANTE DES PROFESSIONNEL·LE·S DE L'INSERTION, DE L'ACTION SOCIALE ET SOCIO-CULTURELLE

rappelle que les personnes interrogées sont principalement impliquées dans des institutions partenaires du réseau FNASAT (l'Éducation nationale, des CCAS, maison départementale de santé et gestionnaires).

CONCERNANT LES PROFESSIONNEL·LE·S D'AUTRES CATÉGORIES (SANTÉ, PARAMÉDICAUX, MATERNITÉ, PÉRINATALITÉ, ÉLUS),

il peut s'agir de partenaires habituels, ou bien de professionnel·le·s que les enquêteur·trice·s ont sollicité spécifiquement pour l'étude car des Gens du Voyage les identifient comme référent·e·s.





Pictogrammes Habitat : © Jérôme Weinhard



ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC QUALITATIF

Cette partie présente les enseignements tirés d'une grille d'analyse appliquée aux entretiens animés auprès des gens du voyage et des acteur-trice-s qui interviennent sur les déterminants de leur santé.

Elle met en lumière certains leviers à prendre en compte pour contribuer à améliorer la santé des gens du voyage. Deux thématiques principales se dégagent : les conditions de vie et d'habitat et les obstacles dans l'accès à la prévention et aux soins. Des éléments socio-culturels qui entrent en ligne de compte dans le rapport à la santé sont également présentés.

Sur les deux premières thématiques, le sentiment d'injustice et la perception des discriminations des voyageur-euse-s est patent et s'est manifesté lors des différents échanges.

Dans cette partie, nous avons fait le choix de restituer, aussi fidèlement que possible et ce, malgré les biais méthodologiques indiqués plus haut, les propos des gens du voyage d'une part et des acteur-trice-s d'autre part¹.

1 / LES CONDITIONS DE VIE ET D'HABITAT

• Des conditions de vie et d'habitat dégradées dans un environnement isolé, souvent dangereux

Les conditions de vie et d'habitat font partie des thèmes les plus abordés. Les personnes perçoivent l'habitat et les conditions de vie comme des déterminants majeurs de leur santé et certaines disent que, si le problème de l'habitat était réglé, celui de la santé le serait également.

Même si les situations des personnes interrogées sont très variées, ces dernières établissent un lien entre leurs conditions de vie et d'ha-

bitat, la dégradation de leur santé (y compris bien-être psychologique) et le vieillissement précoce. De nombreuses difficultés concernent ainsi les besoins fondamentaux liés à l'habitat.

Les personnes évoquent l'inconfort ou l'adaptation des sanitaires, les problèmes de chauffage, l'insalubrité des espaces extérieurs à la caravane, les problèmes d'accès à l'eau et à l'électricité.

La pollution des lieux de vie, fait également partie des éléments récurrents évoqués par les personnes interrogées.

¹Les propos présentés ici ont été sélectionnés parmi ceux recueillis lors des entretiens.

LES CONDITIONS DE VIE ET D'HABITAT

CE
QU'ELLE-IL-S
EN DISENT

LA VIE EN AIRE D'ACCUEIL

Les personnes qui vivent en aire d'accueil évoquent des difficultés spécifiques liées au manque de confort, aux frais d'occupation de l'aire, aux durées limitées de stationnement, aux contraintes de déplacement, à l'incertitude de trouver une place dans une autre aire, au fait de ne pas être « chez soi » et de ne pas disposer d'équipements sanitaires individuels. Sont également mentionnées l'insalubrité, la sur-occupation ainsi que la pollution des lieux de vie. Ce dernier facteur crée un fort sentiment d'injustice.

LA VIE EN HABITAT TRÈS PRÉCAIRE

Parmi les personnes interrogées, vingt-huit sont contraintes de vivre en habitat très précaire. Ces situations, subies parfois depuis de nombreuses années, imposent des conditions de vie particulièrement difficiles où l'accès à l'eau et l'électricité est rare. Les personnes questionnées vivant en habitat très précaire expriment elles aussi un fort sentiment d'injustice au regard de leur situation.

UNE SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES LIEUX MARQUÉE PAR L'ISOLEMENT

Les difficultés de mobilité comme l'isolement géographique des lieux de vie sont citées comme des déterminants de l'accès aux soins. Les conditions de l'accès aux soins semblent en effet limitées par des facteurs géographiques, dont le manque de professionnel-le-s médicaux : médecins généralistes et spécialistes, en particulier les dentistes. Concernant la mobilité, certain-e-s évoquent des difficultés pour l'accès aux soins et pour le suivi, liées à ce facteur, alors que d'autres considèrent qu'il n'y a pas de lien.

« Ils nous prennent pour des malades, [le problème c'est pas la santé] c'est un logement qu'il nous faut »

« On voit le docteur. Tout ce que je veux c'est changer de logement. On est là depuis les années 90. »

« Si on avait de bonnes conditions de vie, on serait moins chez le docteur »

« Mes problèmes de santé c'est à cause du terrain, je pense que l'emplacement est pollué, ils ont enterré des déchets dans le temps »

« Sur un terrain propre on pourrait éviter la boue et l'humidité »

« quand on vieillit dans de mauvaises conditions, la santé se dégrade encore plus vite »

« Pour être en bonne santé on a besoin d'avoir des douches et des toilettes individuelles ; ça éviterait d'avoir des maladies »

« La santé c'est bien dormir ! Moi je dors beaucoup mais parfois c'est difficile là où on est stationné »

« Avant, nous vivions en caravane, nous faisons les fêtes l'été et la ferraille l'hiver. Ce sont de bons souvenirs. Je n'étais pas malade »

« Pour être bien j'ai besoin de vivre dehors, de l'air frais, être dans la nature, pour moi, c'est essentiel, c'est ça qui fait que je me sens bien »

« Sans caravane il y a un vide »

« avoir un chalet avec une cuisine et une salle de bain comme les autres »

« La santé c'est nettoyer l'endroit où l'on mange, retirer ses chaussures avant de rentrer dans les caravanes pour ne pas salir, remettre au réfrigérateur les produits frais »

Du point de vue des acteurs-trice-s



Les acteur-trice-s interrogé-e-s partagent majoritairement la perception des voyageur-euse-s quant à l'impact de leurs conditions de vie et d'habitat sur leur santé. Il-elle-s dressent un état de grande précarité d'une partie des personnes qu'il-elle-s connaissent, au regard de l'absence d'eau et d'électricité. La vie sur les aires d'accueil

est citée parmi les facteurs de vulnérabilité par rapport à la santé, conduisant à des situations de dangerosité (environnement polluant) et de promiscuité contrainte engendrant du stress.

CE QUE L'ON PEUT RETENIR

L'habitat constitue l'une des préoccupations majeures des personnes et de nombreux besoins sont exprimés. Quel que soit le mode d'habitat, de nombreuses insuffisances concernant des besoins fondamentaux (hygiène, sécurité et confort) sont signalées et des besoins d'adaptation de l'habitat exprimés (avoir un « chez soi » et en particulier un habitat mixte, comprenant un habitat mobile et un habitat en dur). Pour autant, l'habitat caravane n'apparaît pas comme un facteur direct de ces difficultés. Le sentiment d'injustice et de discrimination lié aux conditions de vie et d'habitat

est quant à lui partagé comme cela sera développé plus loin. De plus, des problèmes liés à la relégation spatiale, ou à la mobilité et la désertification médicale, constituent autant de causes identifiées de « non-recours au soin » par les gens du voyage. Ainsi, il apparaît indispensable que les actions de santé investissent l'amélioration des conditions de vie et d'habitat de manière prioritaire. Si ces besoins ne trouvent pas de solution, il semble difficile de pouvoir intervenir de manière pleinement efficace sur d'autres aspects, notamment l'accès aux soins et à la prévention.

LES OBSTACLES DANS L'ACCÈS À LA PREVENTION ET AU SOIN LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ

DES DIFFICULTÉS LIÉES À LA PRISE EN COMPTE DU NIVEAU DE LITTÉRATIE EN SANTÉ

À plusieurs reprises, les personnes interrogées évoquent leurs difficultés vis-à-vis de l'écrit. En termes de santé, nous pouvons supposer que le niveau de littératie² et de littératie en santé des personnes est souvent faible, notamment au regard de parcours de scolarité contrariés, de la complexité des informations en santé et du système de santé. Elles sont liées à un accès moindre à la santé. Pour pallier à ces difficultés, les personnes interrogées sollicitent des tiers, proches ou professionnels.

²Selon l'OCDE, la littératie est « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités »

³OCDE, 2012, Évaluation des compétences des adultes, document disponible en ligne au lien suivant : [https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20\(FR\).pdf](https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20(FR).pdf)

CE QU'ELLE-IL-S EN DISENT

« On ne sait pas parler comme il faut, ni écrire, on est coincés dans tous les sens »

« Quand on ne sait pas lire, on ne sait pas les dates de péremption sur les médicaments. On demande à la pharmacienne : elle nous explique et le marque, mais il faut qu'elle nous explique bien pour qu'on s'en rappelle. »

Du point de vue des acteurs-trice-s



Les acteur-trice-s partagent le même constat que les Gens du voyage concernant les difficultés liées à la maîtrise de la lecture. Des professionnel-le-s évoquent la nécessité de prendre le temps d'accompagner les personnes qui en ont besoin pour qu'elles s'approprient les actes de soins ou les messages de prévention.

« Le tout numérique » est par ailleurs présenté comme un facteur d'aggravation des difficultés de compréhension et d'autonomie dans les démarches administratives.

CE QUE L'ON PEUT RETENIR

Les difficultés à lire et à écrire sont identifiées par les personnes interrogées et les acteur-trice-s comme un frein dans l'accès à la santé. Face à ce constat, des besoins d'accompagnement sont clairement exprimés. Cela a des conséquences pour l'accès aux soins et rend plus complexes les relations avec les professionnel-le-s de la santé et l'appropriation des messages habituels de prévention. Sur ce sujet, les risques liés à la fracture numérique et l'illectronisme constituent des facteurs aggravants auxquels des réponses doivent être trouvées. On note que les personnes n'évoquent pas spécifiquement la complexité du monde médical mais plutôt leurs propres manques. La sensibilisation des professionnel-le-s de santé aux notions de littératie en santé et « d'aller vers » les personnes pour s'assurer de leur bonne compréhension peuvent également être des pistes de travail et prévenir le risque que les personnes portent seules le poids de leurs difficultés.

Ces difficultés ne sont évidemment pas spécifiques aux gens du voyage. Les études menées sur la littératie et la littératie en santé mettent en avant une proportion importante de la population adulte ayant des compétences insuffisantes pour être autonome. En France, 58% des adultes de 16 à 65 ans n'ont pas un niveau en littératie suffisant pour être pleinement autonomes dans la vie quotidienne et au travail³. Selon l'étude européenne sur la littératie en santé HLS-EU, 47% des adultes des pays européens ayant participé à l'enquête n'ont pas un niveau suffisant en littératie en santé pour prendre soin de leur santé de façon autonome (HLS-EU, 2012). Les compétences en littératie ont un impact sur l'accès aux soins et les comportements de santé, avec, par exemple, des difficultés pour naviguer dans le système de santé, accéder à ses droits, compléter des formulaires et interagir avec les professionnel-le-s de santé.

2 LES OBSTACLES DANS L'ACCÈS À LA PREVENTION ET AU SOIN LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ

LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ

Lorsque le sujet des relations avec les professionnel·le·s de santé est évoqué, c'est principalement le médecin généraliste qui est cité, y compris pour le suivi des enfants. Pour les personnes, il est le garant de l'accès aux soins. La notion de « médecin traitant » est peu utilisée, les personnes parlent plutôt de « médecin généraliste » ou de « médecin de famille ». Plusieurs personnes changent de médecin quand un lien de confiance n'a pas été créé. Par ailleurs, certaines femmes expriment leur souhait d'être soignées par des femmes pour se sentir plus à l'aise, comme cela peut être le cas pour d'autres publics. Les pharmaciens et les infirmiers sont également repérés comme des professionnel·le·s de santé référent·e·s et de proximité. Les déplacements des professionnel·le·s de santé sur les lieux de vie sont particulièrement appréciés. Les médecins spécialistes sont très peu évoqués et sont plus éloignés des réseaux de connaissance, même pour les personnes qui présentent des maladies chroniques. En ce qui concerne les orientations médicales et les soins dans des établissements hospitaliers, le choix des structures de santé s'appuie sur le bouche-à-oreille entre les personnes et sur la réputation connue des établissements ou personnel·le·s de santé basée sur le vécu des proches.

CE QU'ELLE-IL·S EN DISENT

« Je n'ai pas de problème de santé puisque j'ai un médecin »

« Moi j'ai un problème de thyroïde, je sais que je devrais voir un spécialiste mais je sais pas comment ça s'appelle alors je vais voir le généraliste et ça va comme ça »

« Avec nous, c'est comme ça, une fois qu'il y a la confiance, y'a pas de problème, on le dit à tout le monde et tout le monde vous fait confiance »

« Pour se faire soigner, c'est mieux le contact avec les femmes, quand on a des médecins hommes on leur parle moins »

« L'hôpital d'à côté, je n'y vais pas, je connais des personnes qui y sont mortes »

Du point de vue des acteurs·trice·s



Il·elle·s font référence à un rapport aux soins centré davantage sur l'aspect curatif de la santé que sur la prévention. Les difficultés de coordination entre les acteur·trice·s de la santé (par exemple entre infirmier·ère·s et médecin traitant), parfois les difficultés de mobilité pour accéder aux soins sont également identifiées comme facteurs de ce manque de suivi. Les acteur·trice·s de la santé soulignent en revanche le lien

entre la qualité de l'accès aux soins et les relations de confiance créées. Enfin, il·elle·s évoquent des situations pour lesquelles les personnes considèrent que leur hôpital de référence n'est pas compétent et sont prêtes à faire plusieurs kilomètres pour être soignées dans des grandes villes comme Bordeaux, Lyon ou Paris. De même, elles peuvent ne pas fréquenter un lieu dont elles jugent la réputation mauvaise.

CE QUE L'ON PEUT RETENIR

La relation avec les professionnel·le·s de santé repose principalement sur une relation de confiance, partagée par les proches, qui se construit sur le temps et dans la proximité. Certains médecins traitants, pharmaciens et infirmiers sont des relais de confiance sur lesquels les actions de santé pourront s'appuyer pour orienter les personnes qui en ont besoin vers les spécialistes et améliorer le suivi global.

Le rôle pivot du médecin, reconnu par les personnes est essentiel mais il est nécessaire de prendre en compte que cela ne garantit pas toujours un parcours de soins coordonné, l'accès aux spécialistes et l'accès à la prévention. Enfin l'« aller-vers » sur les lieux de vie et une meilleure interconnaissance apparaissent essentiels aux relations avec les professionnel·le·s de santé.

UN SENTIMENT GLOBAL D'INJUSTICE ET DES EXPÉRIENCES RÉCURRENTES DE DISCRIMINATION

Le sentiment d'injustice ainsi que les expériences de discriminations sont prégnants dans les discussions et ce, toutes thématiques confondues. Du point de vue de leurs conditions de vie et d'habitat, les personnes estiment ne pas être écoutées, prises en considération et être volontairement mises à l'écart. Elles dressent un constat similaire en ce qui concerne leur accès aux soins en mentionnant des discours et des pratiques stigmatisantes. De nombreux cas de refus de soins sont évoqués. Ces situations entraînent de la frustration et parfois de la colère qui possiblement complexifient les relations avec les professionnel-le-s de santé. L'avance de frais pour consulter un spécialiste, en particulier un dentiste, ou le refus des professionnel-le-s de santé d'appliquer le tiers payant à des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire entraînent des situations de renoncement aux soins.



⁵Chareyron S., L'horty Y., Petit P., 2019, Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales, étude réalisée pour le Défenseur des droits.

CE QU'ELLE-IL-S EN DISENT

« Je sais d'avance que je n'aurai jamais la maison. Le terrain, on l'a demandé depuis des années mais on n'a toujours rien. Moi je n'étais pas encore né quand mes parents ont demandé un terrain mais toujours rien. »

« On nous met toujours loin de tout, mais on n'est pas au calme parce qu'il y a l'autoroute, les avions, les voitures qui passent sans arrêt. »

« Les Gens du voyage c'est mal vu partout. On entend : vous on vous connaît vous êtes de la famille de ... même quand on ne nous connaît pas. »

« Les médecins disent que l'on est tous pareils, nous, les Gens du voyage. »

« Dès qu'on sait qu'on est manouche, il n'y a plus de travail, on est né comme cela, on nous met tous dans le même panier. »

« À l'hôpital, c'est bien, on ne fait pas de différence entre nous et les autres. »

« Liberté, égalité, fraternité, mais pas pour nous. »

« L'autrefois mon enfant était malade, j'ai appelé le 15, ils m'ont dit d'aller à la maison médicale, j'y suis allée, à la maison médicale ils m'ont demandé de payer 50 € moi j'avais pas 50 €, je leur ai dit que j'avais la CMU, ils m'ont dit que ça n'était pas possible. »

« Quand on voyage, si on explique aux docteurs, ça ne pose pas de problème. »

« Je suis allée voir le médecin pour mon bébé qui avait de la fièvre, il m'a dit qu'il n'avait plus de place, j'ai pété un plomb. »

Du point de vue des acteurs-trice-s



Les acteur-trice-s de la santé identifient les discriminations et l'exclusion des gens du voyage. Ils évoquent notamment le rejet par les autres patient-e-s et des cas de

professionnel-le-s de santé qui refusent de se rendre sur les aires d'accueil en raison de représentations négatives.

CE QUE L'ON PEUT RETENIR

Les personnes interrogées se disent discriminées dans différents champs (habitat, emploi, scolarisation), dans des relations interpersonnelles mais également de manière plus systémique en référence à une société inégalitaire et à un cadre juridique concernant leur mode d'habitat. Les discriminations dans l'accès aux soins de personnes bénéficiaires de la CMUC/ACS... sont plus globalement établies par une étude récente⁵. Ce rapport à la société a des conséquences sur le bien-être des personnes mais aussi sur les pratiques de santé.

Les freins évoqués par les personnes semblent peu connus des acteur-trice-s

de la santé interrogé-e-s. Parmi les futures actions pouvant influencer sur les conditions d'accès aux soins, il semblerait pertinent de documenter les situations de discrimination et de permettre aux personnes concernées de les dévoiler. Déconstruire les représentations et lutter contre les situations de discrimination, apparaissent nécessaires et constituer des leviers d'action pour améliorer l'accès à la santé. Il conviendrait également de mieux informer les professionnel-le-s de santé sur les facteurs de vulnérabilité des personnes et de leur transmettre des clés de lecture pour bénéficier d'une vision plus large des situations vécues par de leurs patient-e-s.

DES ÉLÉMENTS SOCIO-CULTURELS QUI ENTRENT EN LIGNE DE COMPTE DANS LE RAPPORT À LA SANTÉ ET PEUVENT CONSTITUER DES ÉLÉMENTS DE PROTECTION

LA PLACE DE LA FAMILLE

Les discussions font référence à la dimension sociale des groupes de personnes, notamment du groupe familial. Ces éléments sont cités comme devant être pris en compte dans la réponse aux besoins de santé. Les formes de solidarité intrafamiliale et intergénérationnelle sont identifiées comme des facteurs de protection pour la santé globale et le bien-être psychologique. D'autres personnes évoquent la prise en charge des plus âgé-e-s. Certaines femmes isolées témoignent de leurs difficultés et de l'importance d'une solidarité intergénérationnelle fonctionnant d'ascendant vers les descendants.

L'état de santé de chacun est présenté comme interdépendant de celui des autres membres de la famille, particulièrement des enfants. Toutefois, certaines difficultés liées à la famille sont évoquées, notamment le fait de ne pas parler de maladie pour ne pas inquiéter les autres, ainsi que la nécessité ou la volonté d'assumer seul-e ses problèmes. Lors de certains entretiens, la contraception est abordée et les personnes expliquent leurs pratiques. D'autres disent ne pas se sentir concernées au regard de l'importance conférée à la maternité.

CE QU'ELLE-IL-S EN DISENT

« Pour nous c'est compliqué d'entendre les conseils autour de la contraception car quand on est marié on doit avoir un enfant. Les enfants c'est la vie. »

« Quand on est malade, il ne faut rien dire pour ne pas inquiéter la famille. »

« On a chacun ses problèmes, chacun se débrouille. »

« Le bien être, c'est profiter des plaisirs de la vie : être ensemble, manger, partager et croire en Jésus. »

« J'étais avec ma fille pour l'accouchement et après j'étais tous le temps avec elle, pas besoin de rester à l'hôpital. »

« Les personnes âgées ne vont pas dans les maisons de retraite, on les garde avec nous. »

« Pour que je sois bien, il faut que mes enfants aillent bien, que la famille soit en bonne santé. »

CE QUE L'ON PEUT RETENIR

La famille est globalement un facteur de protection important pour les personnes interrogées bien qu'il ne soit pas infailible puisqu'accompagné d'une contrainte sociale. La bonne compréhension et la prise en considération du rôle et des fonctions

des personnes, de leur système de valeurs, permet de mieux saisir la personne dans sa globalité et son environnement familial, afin de mieux appréhender ce qui détermine sa situation et ses pratiques.

DES ÉLÉMENTS SOCIO-CULTURELS QUI ENTRENT EN LIGNE DE COMPTE DANS LE RAPPORT À LA SANTÉ ET PEUVENT CONSTITUER DES ÉLÉMENTS DE PROTECTION

CROYANCES ET PRATIQUES RELIGIEUSES

Durant les entretiens collectifs axés sur la santé, certaines personnes ont fait référence aux croyances et aux pratiques religieuses.

La religion est citée comme un facteur de bonne santé et la croyance comme un facteur de bien-être individuel et collectif.

Certain-e-s attribuent un rôle important à la prière et à la foi pour soigner une personne malade.

Pour d'autres, la guérison et le soin sont le fait du médecin qui est guidé par Dieu.

La foi est également évoquée comme un soutien moral pour la santé.

CE QU'ELLE-IL-S EN DISENT

« La religion c'est bien, c'est la solidarité. »

« La religion c'est important pour être sauvé quand on est malade. »

« Dieu est un confident quand nous n'allons pas bien, mais nous allons quand même chez le médecin. »

« La religion, c'est une santé spirituelle. »

« Dieu a donné l'intelligence au médecin pour nous soigner et guider les mains. Dieu le soutient mais c'est le médecin qui nous soigne. »

Du point de vue des acteurs-trice-s



L'importance de la religion dans la vie des personnes est un constat relativement partagé. Toutefois, les acteur-trice-s ne sont pas unanimes quant à l'impact des croyances et pratiques religieuses sur la santé. Certain-e-s n'établissent pas de lien

alors que pour d'autres la religion influe sur l'accès aux soins en pouvant les retarder. Pour certain-e-s, les responsables culturels sont identifiés comme des personnes ressources pour communiquer.

CE QUE L'ON PEUT RETENIR

Les personnes interrogées ne sont pas toutes croyantes, pratiquantes et surtout ne se reconnaissent pas d'une même religion ou d'un même courant. Toutefois, les croyances et pratiques religieuses occupent souvent une place importante dans la vie de

certaines et peuvent avoir un impact, même indirect, sur les pratiques de santé. Facteur positif pour certain-e-s, il est important d'en cerner la place pour mieux comprendre les pratiques et l'éventuel impact sur l'accès à la santé.

BILAN ET PERSPECTIVES

Les attendues et la méthodologie retenue de la présente étude invitent à être vigilants quant à d'éventuelles généralisations des éléments de résultats à l'ensemble des gens du voyage. Comme indiqué plus haut, cette enquête concerne principalement des personnes accompagnées par des associations ou des services dédiés.

Par ailleurs, les éléments développés dans les résultats relèvent principalement de difficultés. Cela ne doit pas faire oublier l'importance de valoriser les facteurs ressources dans l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des gens du voyage.

À l'issue de cette étude, l'importance de collecter la parole des personnes concerné-e-s est logiquement confirmée, dans l'optique de connaître et de documenter les besoins, d'élaborer et de mettre en œuvre des réponses adaptées, et enfin de favoriser l'appropriation de ces réponses par les gens du voyage. Si la démarche a initié une acculturation des acteur-trice-s aux problématiques rencontrées par les gens du voyage et montré l'intérêt de mettre en œuvre une méthode participative, les choix méthodologiques effectués ainsi que les conditions de réalisation de l'enquête n'ont pas permis de produire des éléments de connaissance relatifs aux besoins en santé des gens du voyage en tant que tels.

Une investigation plus approfondie mériterait d'être menée. Sur un temps plus long, une enquête qualitative à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels pourrait permettre l'expression de chacun-e, en limitant davantage le poids du groupe sur la parole individuelle, de recueillir les besoins en santé et de mieux situer les éléments exprimés par rapport à une situation sociale et un parcours de vie.



Au-delà des éléments de méthode qu'elle met en lumière, cette première étude pose les jalons de la mise en œuvre d'une enquête quantitative visant à qualifier le lien entre l'état de santé des gens du voyage et leurs conditions de vie. Cette enquête sera menée en partenariat avec Santé Publique France et a plus particulièrement comme objectifs de :

- Évaluer les liens entre les conditions de vie et l'état de santé des personnes.
- Identifier les besoins en santé des personnes, enfants et adultes en fonction de leurs conditions de vie et d'habitat (il s'agit de préciser les déterminants qui influent sur la santé et d'identifier les problématiques prioritaires).
- Évaluer la couverture vaccinale de la rougeole et des autres maladies infectieuses à prévention vaccinale prioritairement chez les enfants en fonction de leurs conditions de vie et d'habitat.

Cette enquête doit permettre d'aboutir à une photographie objective de l'état et des déterminants de la santé des personnes, éléments inexistantes aujourd'hui. Elle servira à questionner, documenter et éclairer l'emplacement des lieux de vie, les conséquences de la pollution, les effets de la dématérialisation, l'éloignement des spécialistes, le stress, les problèmes respiratoires, la vaccination, etc.

PRÉCONISATIONS

Cette étude met en lumière la relégation globale (administrative, sociale, géographique notamment) dont font l'objet les gens du voyage, qui se traduit par des inégalités sociales, sanitaires et environnementales.

Si les gens du voyage rencontrent les mêmes problèmes de santé que le reste de la population, elles-eux sont confiné·e·s dans un angle mort qui les maintient à l'écart des différentes politiques publiques (prévention des risques, prévention santé, santé au travail...) ou des dispositifs spécifiques (on pense notamment à ceux qui ciblent les quartiers prioritaires de la politique de la ville). Les difficultés dans l'accès à la prévention et aux soins auxquels les gens du voyage sont confrontés, constituent autant de motifs de non recours, qui se traduisent pour certain·e·s par un renoncement au(x) soin(s). De manière générale, le renoncement aux (ou à des soins) renvoie à la situation dans laquelle « *des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnel·le·s de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* »¹. Cela peut se traduire par le non accès au(x) soin(s) ou l'arrêt des soins et la dégradation de l'état de santé.

A l'issue de cette étude qualitative, plusieurs types de pistes d'intervention se dégagent pour améliorer la santé des gens du voyage : développer des environnements favorables à la santé, mobiliser davantage l'offre de santé et s'assurer d'un accès égal à tou·toutes aux soins et à la prévention.

L'ensemble des préconisations présentées ici ont été élaborées par la Fnasat et ses partenaires en Nouvelle-Aquitaine. Elles sont susceptibles d'inspirer les actrice·eur·s en charge de l'animation et de la mise en œuvre des schémas mais aussi plus globalement les différentes associations et institutions qui accompagnent les gens du voyage pour élaborer avec ces deniers des stratégies collectives.

¹Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », Questions d'économie de la santé n°169, octobre 2011, disponible en ligne au lien suivant : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ, UN PRÉREQUIS

La charte d'Ottawa² de 1986 énonce les conditions indispensables à la santé :

« *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.* »

Au regard des constats régulièrement opérés, c'est logiquement que les conditions de vie des gens du voyage apparaissent comme un levier majeur d'amélioration de leur santé. Elles ont trait aux conditions de séjour et d'habitat mais également, à la trop faible prise en considération en général des gens du voyage dans les territoires et au sein des institutions, notamment publiques.

Il conviendrait tout d'abord de prendre en compte l'ensemble des situations d'installations et tout particulièrement celles qui souffrent d'une trop faible visibilité sociale. Elles concernent les équipements d'accueil, l'offre d'habitat, les terrains privés ou encore les lieux de stationnements sans titre. Pour rappel, ces sites de vie constituent souvent des lieux de relégation.

²La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la « Charte d'Ottawa » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Le document est disponible en ligne au lien suivant : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

PRÉCONISATIONS

- Inscrire les besoins en habitat exprimés par les gens du voyage dans les documents urbanisme PLU(i), et d'habitat (PLH, SCOT).
- Développer résolument dans les territoires une offre publique d'habitat adaptée et diversifiée (au-delà de la seule réponse des terrains familiaux locatifs) pour les gens du voyage, et tout particulièrement pour les plus précaires d'entre eux-elles.
- Favoriser l'installation sur des terrains en propriété ou l'amélioration des conditions de vie sur les terrains déjà existants. Sur ces deux points, il convient de porter une attention singulière aux documents d'urbanisme. Il peut être fait utilement usage du référentiel départemental pour l'habitat adapté élaboré par l'Association de Gestion du Schéma d'Accueil et d'Habitat des Gens du Voyage du Puy de Dôme (AGSGV 63), en partenariat avec le département du Puy-de-Dôme .
- Reconnaître la caravane comme élément de logement, de manière à ce que les acteur·trice·s public·que·s puissent mobiliser l'éventail des dispositifs et leviers publics dédiés.

³AGSGV 63, 2017, Référentiel départemental pour l'habitat adapté, disponible en ligne au lien internet suivant : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/04/agsgv63_referentiel-departemental-habitat-adapte.pdf

PRÉCONISATIONS

Concernant les sites où sont implantés les équipements à destination des gens du voyage, les résultats de l'étude invitent à être vigilants à l'environnement et à sa potentielle dangerosité, et notamment à l'existence de pollutions attachées (plateformes de compostage, déchèterie, usine incinération, industries polluantes, friches industrielles, etc.) sur les sites ou à proximité.

- **Solliciter l'ARS en amont des décisions relatives aux implantations et équipements.** Sa qualité de membre de l'ARS, de la commission départementale consultative des gens du voyage et d'autres éventuelles instances décisionnelles quant au schéma départemental et à sa mise en œuvre apparaît nécessaire.
- **Identifier les aires d'accueil dont la localisation ne respecterait pas le cadre réglementaire en vigueur ou présenterait des caractéristiques impropres à l'habitat et programmer alors leur relocalisation.**

Au sein des lieux de vie, ont été constatées d'une part des conditions de vie dégradées et d'autre part des pratiques de gestion des équipements d'accueil qui peuvent contribuer à renforcer les exclusions et les stationnements hors équipements (tarifs prohibitifs ou excessivement progressifs excluant de fait les familles les plus précaires, à l'inverse absence de règlement intérieur ou son application aléatoire, règlement intérieur en marge de la légalité, etc.)

- **Respecter strictement les normes prévues et contrôler l'entretien des équipements par les gestionnaires.**
- **Réhabiliter les équipements qui ne correspondent plus aux normes en sollicitant l'avis des personnes qui les occupent.**

⁴La circulaire UHC/IUH1/12 n°2001-49 du 4 juillet 2001 relative à l'application de la loi n°2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage dispose que : « La localisation [...] doit garantir le respect des règles d'hygiène et de sécurité des gens du voyage et éviter les effets de relégation. Ayant une vocation d'habitat, les aires d'accueil sont situées au sein de zones adaptées à cette vocation, c'est-à-dire de zones urbaines ou à proximité de celles-ci afin de permettre un accès aisé aux différents services urbains (équipements scolaires, éducatifs, sanitaires, sociaux et culturels ainsi qu'aux différents services spécialisés) et d'éviter les surcoûts liés aux travaux de viabilisation. Est donc naturellement à proscrire tout terrain jugé incompatible avec une fonction d'habitat. » (<https://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/notice?id=Bulletinofficiel-0010174&reqId=6bbfee27-3f24-4d07-805e-c822a59cdb4f&pos=8>)

AMÉLIORER L'OFFRE DE SANTÉ ET APPORTER DES SOLUTIONS AUX OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES GENS DU VOYAGE DANS L'ACCÈS À LA SANTÉ

1 / FORMER LES PROFESSIONNEL-LE-S DE SANTÉ À L'ACCUEIL DES PERSONNES RENCONTRANT DIFFÉRENTS FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ, EN S'INSPIRANT DE LA DÉMARCHE DU CROISEMENT DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES⁵

Globalement, la formation des professionnel-le-s de santé (et plus particulièrement des médecins⁶) à l'interculturalité et aux facteurs de précarité sociale, économique et environnementale serait de nature à améliorer sensiblement l'accès à la prévention et aux soins des gens du voyage qui seraient concernés par les mêmes facteurs. Pour cela, plusieurs pistes apparaissent pertinentes :

- **Organiser des formations croisées avec les publics concernés.** Cette démarche a déjà été expérimentée et a démontré son intérêt : on peut se référer à l'expérience de co-formation pilotée par un réseau ville-hôpital (www.Revih-sts.fr) et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Chambéry et mise en œuvre en appliquant la méthodologie du croisement des savoirs et des pratiques. Cette co-formation a réuni pendant trois jours dix voyageuses et vingt-quatre professionnel-le-s de santé⁷. Cette méthode de formation croisée a également été mise en œuvre dans la Creuse à l'occasion d'ateliers de co-construction entre des familles des gens du voyage et

des professionnel-le-s de santé des hôpitaux creusois⁸.

- **Décliner des chartes co-construites avec les publics concernés**, comme cela a été réalisé par le centre social des Alliers et l'hôpital d'Angoulême en Charente et par l'association « Les Forges », le CHU de Nantes, le Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé (Gned) et l'association ADGCV44 à Nantes. La co-production d'un « guide du voyageur et du soignant »⁹ a permis à chacun-e d'exprimer ses besoins et ses attentes et à favoriser la connaissance et la compréhension mutuelles,
- **Investir le service sanitaire**¹⁰ en fonction des besoins identifiés,
- **S'adresser aux services de formation des hôpitaux**, en partenariat avec le CNFPT et aux organismes habilités à recevoir des médecins en formation par le biais d'un agrément DPC (Développement professionnel continu),
- **Organiser des colloques pour informer et sensibiliser les professionnel-le-s de santé** : ordres professionnels, URPS, revue prescrire¹¹.

⁵La charte du croisement des savoirs et des pratiques est disponible en ligne au lien internet suivant : <https://www.atd-quartmonde.org/wp-content/uploads/2015/07/Charte-du-Croisement-des-savoirs-ATD-Quart-Monde.pdf>

⁶Actuellement, les associations ont surtout accès au personnel d'accueil et infirmier. | ⁷Pour des précisions complémentaires, on peut se référer au document suivant : http://www.ch-metropole-savoie.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/poster_bdg_prescrire.pdf | ⁸Pour en savoir plus, on peut se référer au lien suivant : <https://irepsna.org/des-ateliers-de-co-construction-entre-les-familles-des-gens-du-voyage-et-les-professionnels-de-sante-des-hopitaux-creusois/>

⁹Le Guide du voyageur et du soignant de Nantes est disponible en ligne au lien internet suivant : https://www.lesforgesmediation.fr/media/guide_du_voyageur_et_du_soignant_octobre2017_052492800_1136_07032018.pdf

¹⁰Pour en savoir plus sur le service sanitaire : <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>

¹¹<https://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>

2 / IDENTIFIER AUPRÈS DES GENS DU VOYAGE LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ À INSCRIRE DANS L'AGENDA DES POLITIQUES TERRITORIALES

- Inscrire les problématiques de santé identifiées dans l'agenda des instances de coordination en santé (dans les contrats locaux de santé et les plateformes territoriales d'appui notamment) et des dispositifs d'aller vers (PASS mobile/EMPP et PMI).
- Prendre en compte le maillage territorial pour une meilleure coordination et mise en œuvre des actions locales.
- Mobiliser l'outil santé des villes, le Contrat Local de Santé (et les lettres infos santé de la ville) : l'échelon d'intervention est fonctionnel pour intervenir dans les territoires et impliquer des partenaires.
- Mobiliser les animatrice-eurs de santé publique présent-e-s dans tous les départements,
- Recenser et documenter les situations de discrimination, alerter¹² et accompagner les personnes pour faire valoir leurs droits.

3 / PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS SUR LA LITTÉRATIE¹³ EN SANTÉ POUR AMÉLIORER L'APPROPRIATION DE L'INFORMATION ET DU PARCOURS DE SANTÉ¹⁴

- Diffuser des documents et supports d'information en fonction des besoins, qui soient accessibles, (Santé BD¹⁵, ordonnance visuelle, supports accessibles de Santé publique France), et s'appuyer sur les recommandations du guide de Santé publique France pour développer la diffusion d'information¹⁶.
- Favoriser la participation des personnes pour l'élaboration de supports d'information qui leur sont dédiés (comme le guide du voyageur et du soignant évoqué plus haut),
- Informer les professionnel-le-s du soin, du secteur social et plus généralement tout acteur-trice concerné-e sur la nécessaire prise en compte des compétences en littératie dans l'élaboration de l'information (orale ou écrite), sa diffusion ou la mise en œuvre des dispositifs (dépistage, ateliers de prévention, messages transmis lors des consultations, etc)
- Investir les formations en littératie de l'IREPS¹⁷ pour former les acteur-trice-s concerné-e-s.

¹²Le défenseur des droits : <https://www.defenseurdesdroits.fr/>

¹³La littératie est définie par l'OCDE comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités ».

¹⁴Cette partie a été rédigée par Santé Publique France.

¹⁵<https://santebd.org/>

¹⁶<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible>

¹⁷<https://irepsna.org/actions/lirepsna-et-la-litteratie-en-sante/>

ASSURER AUX GENS DU VOYAGE UN EGAL ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

PRÉCONISATIONS

- Renforcer les actions facilitant l'accès à l'école,
- S'assurer que les personnes bénéficient d'un suivi préventif et, en fonction des besoins identifiés, co-construire des actions avec des organismes spécialisés sur diverses thématiques de santé,
- S'assurer que les personnes disposent d'une information claire et accessible au sujet de la vaccination,
- S'assurer d'un accès à la couverture maladie et aux informations nécessaires à l'accès et l'utilisation du système de santé,
- Encourager et soutenir des dynamiques de mobilisation des personnes sur les sujets de santé par le biais de formation notamment et les impliquer dans les actions de santé plus globales,
- Développer des actions de réduction des risques à partir des connaissances des personnes et de leurs pratiques sur les sujets qui seront identifiés comme prioritaires,
- Prendre en compte tout à la fois la maîtrise de l'écrit et des outils numériques et par conséquent apporter une réponse à un besoin d'accompagnement renforcé.

MISE EN GARDE

« Renforcer les aptitudes individuelles et collectives » est important mais cette dimension ne peut endiguer des problèmes systémiques :

si l'environnement global ne s'améliore pas, le développement des aptitudes individuelles et collectives semble complexe et la priorité reste d'intervenir sur l'évolution des politiques publiques.

BIBLIOGRAPHIE

ALPIL, 2006, Le risque de saturnisme infantile chez les gens du voyage sédentarisés dans le département du Rhône (Rapport), disponible en ligne au lien suivant : <http://www.habiter.org/wp-content/uploads/Rapport-Saturnisme-Gens-du-Voyage2006-.pdf>

ARTAG, 2010, Expérience de formation croisée : soignants et gens du voyage : intervention du Docteur Bruno de Goër. Journées intervention santé de l'ARTAG.

AGSGV 63, 2017, Référentiel départemental pour l'habitat adapté, disponible en ligne au lien internet suivant : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/04/agsgv63_referentiel-departemental-habitat-adapte.pdf

Bergeon C., 2019, « Quand l'hospitalité publique crée de la vulnérabilité : l'accueil des gens du voyage en France » in Bouillon F., Deboulet A., Dietrich-Ragon P., Fijalkow Y., Vulnérabilités résidentielles, L'Aube, pp. 217-231.

Cour des comptes, 2012, L'accueil et l'accompagnement des gens du voyage.

Chareyron S., L'horty Y., Petit P., 2019, Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales, étude réalisée pour le Défenseur des droits.

Conférence nationale de la santé, 2010, Objets connectés et application en santé : évolution de la relation professionnels-usagers, pour tous, sous quelles conditions ? Intervention de Timothée Trompésance, médiateur en santé pp. 16-26, disponible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_matinee_debat_validbd_env_pmc_2107_3008_avec_modif_3110_271117.pdf

Dihal (Direction Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au logement) 2016, Etude relative à l'habitat des gens du voyage, Rapport commandé par la Dihal au laboratoire d'études et de recherche sur l'intervention sociale (Leris), disponible en ligne au lien suivant : <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/05/synthese-gens-du-voyage.pdf>

FNASAT, 2017, Ancrages et besoins des habitants permanents de résidence mobile : Analyse nationale des politiques départementales, disponible en ligne au lien suivant : <http://www.fnasat.asso.fr/FNASAT-Analysenationale-Ancragesetbesoinsenhabitat2017.pdf>

Gales Briec (2010) Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation «santé et gens du voyage» : à propos d'une étude qualitative. Thèse de Médecine, Université de Grenoble, disponible en ligne au lien suivant : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623774>.

INSTEP Aquitaine-Cumav 65, 2002, Maro djipen (notre vie) : Gens du voyage et santé, durée 32 min. vidéo, disponible au lien suivant : <https://mediakiosque.univ-pau.fr/video/0906-marodjipen-gens-du-voyage-et-sante/>

Institut de veille sanitaire, 2013, Investigation d'une épidémie d'hépatite A chez des gens du voyage, Communauté de l'agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe, disponible au lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/rapport-synthese/2013/investigation-d-une-epidemie-d-hepatite-a-chez-des-gens-du-voyage.-communaute-de-l-agglomeration-rouen-elbeuf-austreberthe-76-fevrier-2012>

IREPS Poitou Charentes, 2015, La santé des gens du voyage en Poitou Charentes : enquête qualitative sur les pratiques professionnelles d'accompagnement à la santé des gens du voyage

Le Roux M., Guiraud J.-C., Botton D., 2007, Santé des Gens du voyage : des associations se mobilisent. La Santé de l'homme, juillet-août, pp. 4-6

Piketty A., 2010, La prévention gynécologique et obstétricale chez les femmes tsiganes : analyse qualitative des représentations à travers une enquête de terrain. Thèse : Médecine humaine et pathologie. Université de Grenoble, disponible en ligne au lien suivant : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-0062813>
Réseau Français des Villes Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2009, La santé des gens du voyage. Comprendre pour agir, disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=230

Laflamme V., Djirikian A., 2006, Les formes marginales de logement. Etude bibliographique et méthodologique de la prise en compte du logement non ordinaire in « Documents de travail », n°135.

Médecins du monde, Etude réalisée sur deux ans dans le cadre du projet Romeurope. Actes du colloque européen des 19 et 20 octobre 2000.

PNMS, 2016, Evaluation du Programme National de Médiation Sanitaire, Rapport final disponible en ligne au lien suivant : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>

Quella C., 2000, « Promouvoir l'accueil, promouvoir la santé », Etudes Tsiganes n°15, pp.142-143 disponible en ligne au lien suivant : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=935

Robert C., 2007, Eternels étrangers de l'intérieur, Les groupes tsiganes en France, Desclée de Brouwer.

Santé Publique France, 2018, « Rougeole », Bulletin hebdomadaire, semaine 15.

Santé Publique France, 2019, « La santé des Gens du voyage altérée par leurs conditions d'habitat » : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-des-gens-du-voyage-alteree-par-leurs-conditions-d-habitat>,

Vacheret C., 2010, « Le photolangage, une médiation thérapeutique, un bref historique des théories groupales » in Le carnet psy n°141, pp. 39-42

Whitehead, M., Dahlgren G., 1991, "What can we do about inequalities in health". The lancet n° 338, pp. 1059-1063.

CADRE DE L'ÉTUDE

10 septembre 2019

COMITÉ TECHNIQUE

Présentation et validation du cadre de l'étude

GROUPES DE TRAVAIL

Animation : Institut Renaudot - C. Septe

Composition des groupes : 3 associations adhérentes (2 représentants par structure)

1^{er} octobre 2019

Co-construction
des **GRILLES**
D'ENTRETIENS
pour les
professionnel·le·s

2 octobre 2019

Co-construction des
FOCUS GROUPS
en direction
des publics

Début octobre 2019

Caractérisation
des **PROFILS**
Enquête auprès des
professionnel·le·s

15 octobre 2019

CONSTRUCTION DES GRILLES D'ANALYSE

Co-construction des **OUTILS D'ANALYSE**

Animation : Institut Renaudot (Bordeaux) - Fnasat

*En présence des personnes qui ont participé
aux 3 groupes de travail ci-dessus*

1 journée : Mardi 6 novembre 2019

FORMATION

à la **CONDUITE DES ENQUÊTES** et **FOCUS GROUPS**

Animation : Institut Renaudot (Bordeaux) - Fnasat

24 participants (associations adhérentes + Médecin du Monde
+ 3 participants associations adhérentes Charente)

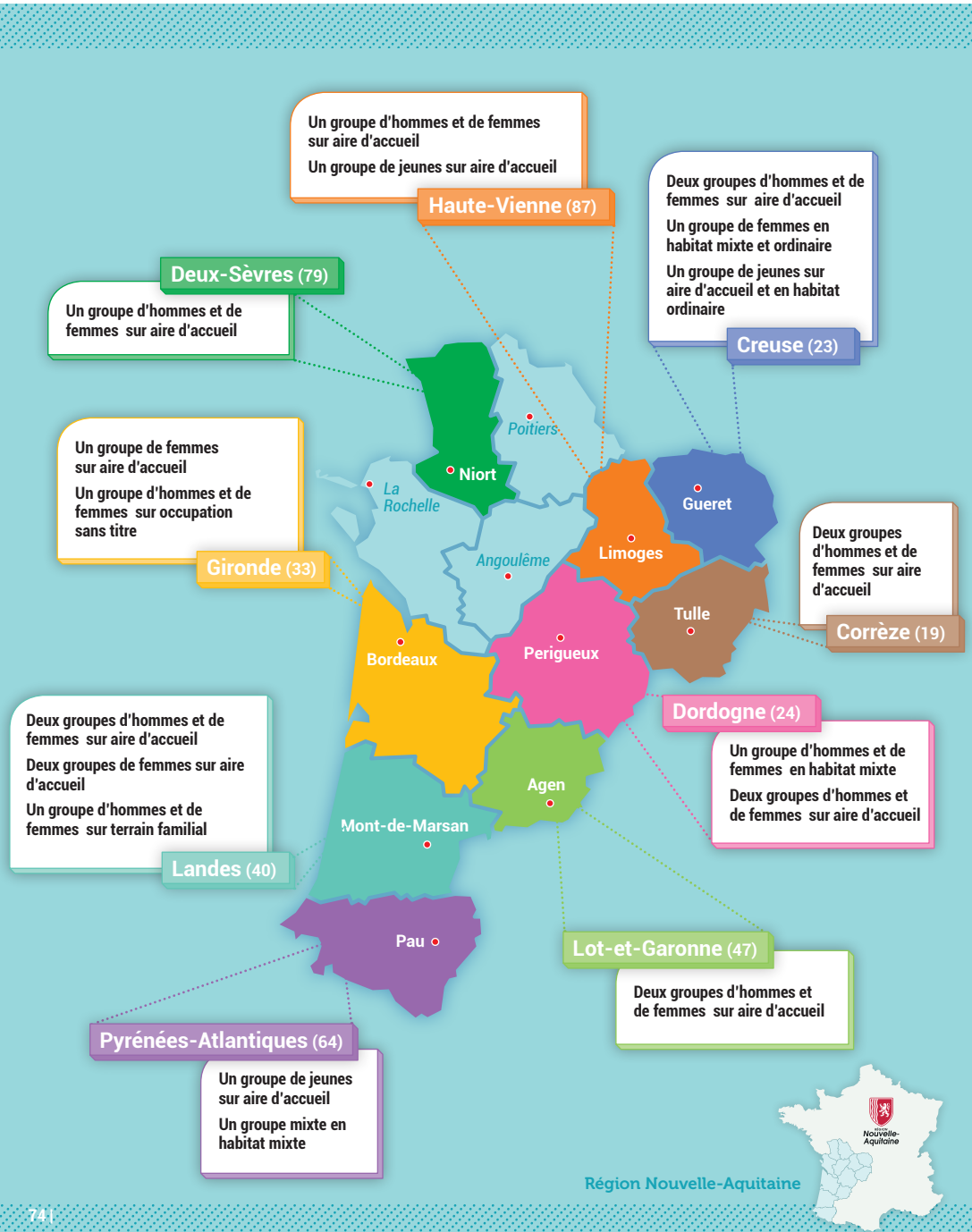
Novembre/décembre 2019

RÉALISATION DES FOCUS GROUPS ET DES ENTRETIENS
par les associations

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS D'ACTEUR·TRICE·S INTERVENANT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS D'ACTEUR-TRICE-S INTERVENANT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



GRILLE D'ENTRETIEN DES ACTEUR-TRICE-S QUI INTERVIENNENT AUPRÈS DES GENS DU VOYAGE

INTRODUCTION

- Présentation de l'étude et de ses objectifs
- Présentation des personnes concernées par l'étude
- Rappel du cadre de cet entretien : il est demandé à la personne interrogée de partager des constats, rendre compte de situations vécues (et non pas des hypothèses ou des opinions).

1 - A quelles occasions rencontrez-vous des gens du voyage ?

2 - Quand ?

3 - Quelles sont les caractéristiques des personnes gens du voyage que vous rencontrez ?

- Hommes / femmes / enfants / personnes âgées... ?
- Lieux de vie ?
- Autres caractéristiques... ?

4 - À partir des situations que vous rencontrez, qu'est-ce qui, selon vous, influe sur la santé et le bien-être des gens du voyage que vous connaissez ?

Pour la réponse à cette question, l'enquêteur se base sur le tableau fourni pour alimenter l'échange. Il peut également montrer à la personne interrogée le schéma des déterminants de santé fourni en annexe.

5 - Selon vous, quels sont les principaux besoins que rencontrent les gens du voyage que vous rencontrez ?

Ne pas hésiter à demander des exemples concrets pour illustrer les propos.

6 - Selon vous, quels sont les leviers/solutions/actions à mettre en place pour répondre à ces besoins ?

7 - Et vous, dans vos actions auprès des gens du voyage, avez-vous des besoins spécifiques ?

8 - Avez-vous des questions ou des remarques concernant cette étude ?

9 - Souhaitez-vous être informé des résultats de cette étude ?

Sur ce point, il est important de rappeler que des modalités de « restitution » de l'étude vont être proposées.

10 - Seriez-vous intéressé pour participer à des actions de partenariat local sur la question de la santé des gens du voyage ?

Avez-vous d'autres questions ?

La fin de l'entretien peut être l'occasion de présenter votre association / structure et d'avoir un échange final.