

Ecole Nationale de la Santé Publique

Formation : Médecin de l'Education Nationale

Date du jury : 8 juillet 1999

**ROLE DU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE  
AUPRES DES  
ENFANTS DU VOYAGE  
EN ILLE ET VILAINE (35)**

**(Approche d'une démarche de santé communautaire)**

**Dr Pascale TITEUX**

## REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement tous ceux qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Madame Moune HELEINE, Médecin Responsable Départemental Conseiller Technique  
de l'Inspecteur d'Académie.

Madame Catherine BRASSIER, Médecin de l'Education Nationale.

Monsieur Pierre DUBOURG, Responsable de la Coordination Départementale Migrants.

Madame Sandrine GOUSSET, Directrice d'école.

Madame Laurence GIRAUD, Enseignante spécialisée.

Madame Marie Line PUJAZON, Référent de mémoire.

L'Association « Ulysse 35 », les salariés.

Madame Iseult FOUCHER, Infirmière, Educatrice de santé  
à l'Association « Le Relais ».

Monsieur Christian BOURGEAT, Responsable du Service « Gestion et Habitat » à l'Association « Le Relais ».

Les enfants du voyage et leurs familles.

## **SOMMAIRE.**

<b>INTRODUCTION.</b>		<b>4</b>
<b>PREMIERE PARTIE : HISTOIRE DES TSIGANES.</b>	<b>7</b>	
- 1- Qui sont ils ?		<b>8</b>
- 2- Des façons d'habiter différentes.	<b>10</b>	
- 3- Une scolarisation irrégulière, un système éducatif en adaptation.	<b>13</b>	
- 4- L'insertion sociale et professionnelle : utopie ou réalité ?	<b>15</b>	
- 5- Etat de santé d'une population en situation de précarité.	<b>17</b>	
<b>DEUXIEME PARTIE : ENQUETE AUPRES D'UNE COMMUNAUTE TSIGANE PARTICULIERE.</b>	<b>19</b>	
- 1- Objectifs.		<b>20</b>
- 2- Education sanitaire : Les partenaires	<b>20</b>	
- 3- Protocole.		<b>23</b>
- 4- Résultats : analyse et discussion.	<b>27</b>	
<b>TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS.</b>		<b>32</b>
<b>CONCLUSION.</b>		<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.</b>		<b>39</b>
<b>ANNEXES.</b>		<b>41</b>

# INTRODUCTION.

**"Le Service Promotion de la Santé est un service de santé communautaire : il prend en compte les représentations de la santé et l'histoire des individus. Il vise à mettre en synergie tous les partenaires qui, ensemble, agiront pour promouvoir l'équilibre et le bien être de chacun. Dans ce contexte, les actions de promotion de la santé doivent permettre de répondre à tous et à chacun des élèves".**

Les gens du voyage ou tsiganes, représentent une communauté mosaïque de part les différents groupes qu'elle rassemble. Mal connue et bien souvent mésestimée, nul ne peut l'ignorer ou prétendre ne jamais l'avoir rencontrée : ils sont 300 000 en France.

En Ille-et-Vilaine, 200 à 350 familles tsiganes sont réunies selon les périodes de l'année et ont suscité l'intérêt des pouvoirs publics, tant au niveau de l'accueil que de la scolarité.

En ce qui concerne l'accueil, l'association "Ulysse 35" propose non seulement un habitat approprié à leur façon de vivre et de voyager sous forme de terrains en conformité avec le schéma d'accueil départemental existant, mais aussi un accompagnement social de relais et de médiation pour ces familles.

En ce qui concerne la scolarisation des enfants du voyage, une coordination départementale de l'Éducation Nationale pour les migrants propose une éducation adaptée dans le respect de leurs différences.

Pourtant, si la scolarisation est de 85% pour les enfants de familles semi-sédentarisées, elle reste faible pour les familles qui voyagent : 50%.

L'illettrisme qui en résulte ne facilite pas les relations entre voyageurs et "gadje" (non voyageurs) qui se font la plupart du temps dans un climat d'incompréhension mutuelle.

L'état de santé de cette communauté ressemble à celui des populations en situation de paupérisation auquel se rajoute une mauvaise utilisation de nos systèmes de soins. Le recours à un médecin se fait bien souvent dans l'urgence ou l'ignorance, et la guérison doit être immédiate.

A partir de ce constat, l'hypothèse d'une méconnaissance de nos valeurs culturelles de la santé pourrait être formulée.

Les représentations de santé des voyageurs devraient être prises en compte avant d'envisager une action auprès d'eux.

L'objectif de ce travail est de déterminer quelles pourraient être les missions du médecin de l'Éducation Nationale en terme d'éducation à la santé auprès des enfants du voyage.

Depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, les pratiques en éducation sanitaire ont évoluées ; il ne s'agit plus de faire des leçons de morale ou encore de la simple information. (19)

L'accent doit être mis sur la participation active de la population, « l'éducateur pour la santé doit participer et faire participer à l'élaboration et à la négociation des valeurs ». (2)

Cette approche devrait nous permettre de tendre vers les objectifs suivants\* :

- « Former des citoyens autonomes et responsables pour la moitié du XXI<sup>ème</sup> siècle ».
- « Offrir aux élèves les conditions de l'épanouissement personnel et de la réussite scolaire et professionnelle ».
- « Rendre l'élève acteur de ces choix ».

---

\* Charte académique des Services Médical et Infirmier - Janvier 1998.

\* « Orientations Académiques pour l'an 2000 », document adressé au service médical et infirmier par le rectorat de Rennes, 1998.

# PREMIÈRE PARTIE.

## Histoire des tsiganes.

### 1 : Qui sont ils ?

La littérature concernant leur histoire a été produite par des « gadjé » à partir de chants ou de contes car la culture tsigane est essentiellement orale.\*

C'est au XV ème siècle, qu'ils sont apparus en France, aux portes d'Arras, se présentant comme des égyptiens munis de lettres de recommandations de l'empereur afin qu'ils soient accueillis comme de nobles chrétiens. Il dormaient à même le sol et les femmes disaient la bonne aventure, leur peau était noire et leurs cheveux longs.(annexe 1)  
Ils justifiaient leur présence comme une pénitence que leur avait donné le pape : "aller dix sept ans parmi le monde, sans coucher en lict".

Arrivant à Paris, ils furent dénoncés comme "mauvais garçons, trompeurs et abuseurs de gens" et leur itinérance apparut très vite suspecte.

Les femmes tsiganes passaient de ferme en ferme vendant des rubans ou des dentelles ou encore pratiquaient la « chine » ( l'échange ).

Au XVII ème siècle, la législation devient répressive à l'égard des bohémiens et des condamnations à la chaîne des galères pour les hommes et à l'enfermement en hôpital pour les femmes sont décrites en France.  
Dans d'autres pays comme la Russie, l'Autriche, l'Allemagne, on assiste à une politique de sédentarisation brutale en imposant la fixation au sol comme un moyen d'émancipation sociale et de dilution culturelle.

C'est au XIX ème siècle que l'origine indienne de la culture tsigane fut démontrée de façon incontestable et entre 1844 et 1865, on observe la fin du servage en Europe Orientale et une migration en Amérique.

Les tsiganes orientaux entrent en France par la frontière du Rhin et leurs activités sont saisonnières au gré des voyages : fenaisons, jardinage, ramassage de fruits, foires et marchés, vente de chevaux. Parallèlement, la tente fait place à la roulotte en bois.

En 1898, on estime à 400 000 le nombre de "vagabonds" dont 25% de nomades voyageant en roulotte. Ce chiffre inquiétant pour les autorités, fut à l'origine du carnet anthropométrique des nomades en 1912, sorte de pièce d'identité spéciale où figuraient photos, empreintes et autres détails anatomiques.

Après la première guerre mondiale, la police allemande traque les tsiganes comme des "criminels irrécupérables" et en 1939 c'est l'internement dans les camps de Ravensbrück pour les femmes et les enfants, Buchenwald et Dachau pour les hommes.

En France, les tsiganes furent rassemblés dans des camps, mais contrairement aux juifs, ne furent pas emmenés en Allemagne.

En 1969, les carnets anthropométriques seront remplacés par des titres de circulation selon trois catégories :

Les commerçants ambulants.

Les caravaniers.

Les nomades.

---

\* ASSEO Henriette, Les Tsiganes, une destinée Européenne, Découvertes Gallimard, 1994.

En ce qui concerne les caravaniers et les nomades, leurs carnets doivent être visés tous les trois mois par l'autorité administrative.

D'autre part, obligation est faite à tout détenteur d'un titre de circulation de choisir une commune de rattachement. (annexe 2)

C'est à partir des années 70 que l'on observe une transformation de la vie nomade et une désertification des campagnes vers les portes des villes.

Parallèlement, des associations départementales apparaissent, dans un premier temps pour l'accueil puis pour une aide sociale.

Ainsi, depuis plus de cinq siècles, les tsiganes sont parmi nous. D'abord protégés, puis rapidement réprimés, ils ont toujours suscité auprès des autochtones un sentiment de crainte mêlé à la curiosité mais ont su préserver malgré tout leur identité de voyageur.

On estime aujourd'hui à 300 000 le nombre des tsiganes en France. Ils se distinguent en trois groupes :

Le groupe **ROM** d'Europe Centrale et Orientale.

Le groupe **MANOUCH** d'Europe Occidentale.

Le groupe **GITAN** essentiellement d'Espagne, du Portugal et du sud de la France.(annexe 3).

Les gitans sont en grande majorité sédentarisés.

Les Yenishes, quant à eux, sont voyageurs mais non tsiganes. D'origine germanique et de type blond, ils viennent des régions de Bavière et du Palatinat.

Si les tsiganes forment une communauté unie par une histoire et des origines ancestrales, il demeure cependant des différences quant à leurs façons de voyager et d'habiter.

## 2°- Des façons d'habiter différentes.

Les manières d'habiter diffèrent et constituent un élément d'identité, tant des personnes que des groupes.

Si la notion de logement est précise car elle renvoie à une réalité physique bien délimitée dans l'espace, la notion d'habitat est plus floue et désigne plus largement les rapports entre le logement et son environnement jusqu'à inclure l'ensemble des liens entre une communauté et son territoire.\*

Des points communs existent chez les tsiganes et sont constitutifs d'une identité culturelle. Cependant, il existe pour eux différentes façons d'habiter.

**L'itinérance**, tout d'abord, pour ceux qui se déplacent de façon permanente.  
(ils sont 80 000 en France).

**La semi-sédentarisation** concerne ceux qui se déplacent une partie de l'année et restent sur un même site l'autre partie (70 000 personnes).

Enfin, **la sédentarisation**, pour ceux qui en principe ont cessé de voyager (les plus nombreux, ils sont 110 000 aujourd'hui). Mais, bien souvent, un tsigane sédentarisé garde à l'esprit la possibilité de partir à tout moment et la caravane n'est jamais bien loin.

Actuellement, la sédentarisation concerne les plus défavorisés qui ne possèdent plus la possibilité de voyager. (8)

Le voyage n'est pas seulement pour eux une marque de liberté mais aussi une recherche d'activités comme le commerce, la vente ambulante, la récupération de métaux ou les travaux agricoles, même si ces activités artisanales sont en déclin.

Les parcours aussi sont variables puisqu'ils peuvent être nationaux, régionaux ou locaux avec une amplitude saisonnière.

Une des caractéristiques de ces mouvements est le pèlerinage, à Lourdes ou aux Saintes Maries de la Mer pour les plus célèbres, car on assiste durant ces périodes à des rassemblements pouvant aller jusqu'à 15 000 tsiganes catholiques.

En ce qui concerne les tsiganes évangélistes (protestants), des conventions se déroulent à Gien chaque année au mois d'avril.

---

\* SEGAUD M, BONVALET C, BRUN J, Logement et habitat, L'état des savoirs, La Découverte.

En France, les conditions d'accueil spécifiques des gens du voyage sont régies par les dispositions de la loi n°90-449 du 31 mai 1990, visant à la mise en oeuvre du droit au logement. (annexe 4)

Les communes de plus de 5 000 habitants doivent prévoir les conditions de passage et de séjour des gens du voyage sur leur territoire, par la réservation de terrains aménagés à cet effet.

L'article 28 de cette loi prévoit l'élaboration d'un schéma départemental qui concerne non seulement l'accueil, mais aussi les conditions de scolarisation des enfants et celles d'exercice d'activités économiques par ces populations. (annexe 5)

Aujourd'hui, un tiers seulement des départements concernés, ont réalisé un schéma. \*

4 198 emplacements ont été recensés en 1997. (4)

Les régions les mieux équipées sont :

La Bretagne et les Pays de Loire.

Un tiers des départements n'ont pas du tout de terrain.

En ce qui concerne la gestion des terrains existants, elle se répartit ainsi :

56% par la commune.

20% par des syndicats intercommunaux.

18% par des associations.

6 % par des Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S).

55% des terrains bénéficient d'un projet socio-éducatif spécifique, développé sur l'aire d'accueil ou à l'extérieur.

La durée de séjour est limitée la plupart du temps à trois mois sur les grands terrains, cinq mois sur les mini terrains, mais ces délais ne sont respectés que par 20% des occupants et un quart environ des emplacements sont à l'usage de familles en situation de sédentarisation.

Enfin, dans certains départements, des aires d'accueil qui n'en ont que le nom font la liaison entre les décharges publiques, les stations d'épuration ou encore les autoroutes ; sans électricité, eau potable ou sanitaires, encourageant presque au stationnement illicite (limité à 48 heures).

En ce qui concerne les communes de moins de 5 000 habitants (36 700 communes), c'est pour l'instant le vide juridique puisque aucune obligation n'est faite en matière d'accueil. (14)

L'Ille-et-Vilaine bénéficie d'un schéma départemental et l'association Ulysse 35 dont l'objectif est le respect du droit à la différence, accueille les gens du voyage sur deux grands terrains à Rennes (40 emplacements) et 15 mini terrains (6 emplacements). (annexe 6)

60% des voyageurs y stationnent, 21% sont sur des aires sauvages, 17% sur terrains privés et 1% en camping (propos recueillis par Monsieur PÉDRON, Directeur de l'association Ulysse 35).

Une convention avec le Conseil Général permet également un accompagnement social in situ.

A Rennes, 50% des familles voyageuses sont bénéficiaires du R.M.I. et la paupérisation s'accroît, favorisant une sédentarisation "passive".

Ainsi, une loi résume les obligations en terme d'accueil mais demeure bien floue en ce qui concerne l'urbanisme et ne correspond plus aux besoins des gens du voyage.

De nombreux départements n'ont aucun dispositif en place pour accueillir ces populations qui sont pourtant des familles citoyennes à part entière. Un projet de loi est en cours visant à renforcer l'obligation de réalisation des schémas départementaux dans les communes de plus de 5000 habitants dans un délai de deux ans ; au-delà l'Etat pourrait se substituer à la commune pour acquérir les terrains nécessaires, réaliser les travaux d'aménagements et gérer les aires d'accueil pour le compte de cette dernière.

L'itinérance ne favorise pas la scolarisation, cependant le système éducatif tente de s'y adapter depuis quelques années.

---

\* BESSON Louis, Secrétaire d'Etat au logement, Intervention au congrès de l'association des Maires de France, 19 novembre 1998.

### 3°- Une scolarité irrégulière, un système éducatif en adaptation.

La Loi d'Orientation du 10 juillet 1989 rappelle que l'éducation est un droit pour tout enfant vivant sur le sol français. Elle précise que l'acquisition d'une culture générale et d'une qualification reconnue est assurée à tous les jeunes, quelle que soit leur origine sociale, culturelle ou géographique.

En France, 45% de la population "voyageurs" à moins de 16 ans et se répartit ainsi :

- 13 000 de 0 à 2 ans
- 20 000 de 3 à 6 ans
- 28 000 de 7 à 11 ans
- 26 000 de 12 à 16 ans.

50% d'enfant itinérants fréquentent l'école avec une certaine régularité et 85% lorsque les parents sont sédentarisés.\*

Moins de 10% atteignent l'enseignement secondaire et le taux d'illettrisme reste important. En Ille-et-Vilaine par exemple, il n'existe aucun bachelier tsigane.

C'est en 1984 qu'ont commencé des réflexions et des actions pour la scolarisation des enfants tsiganes et voyageurs à la Commission Européenne.

En 1989, un séminaire européen d'enseignants à Strasbourg conclue ainsi :

"au niveau scolaire, il est nécessaire que l'école soit consciente du fait que la qualité de l'éducation qu'elle offre passe par la reconnaissance efficace et active du milieu de ses élèves et par le développement de la personnalité de chacun, en respectant et en prenant en compte les différences.

Ainsi, l'équipe éducative, partant du bagage culturel de tous les enfants, doit adapter son projet éducatif à la structure cognitive et affective des différentes communautés et individus qu'elle scolarise.

Au niveau institutionnel, l'urgence pour les programmes d'action et de formation des différents personnels qui agissent en contact avec la réalité des familles tsiganes (assistants sociaux, éducateurs, personnels de la Santé Scolaire ...) est d'avoir aussi bien une perspective de développement communautaire qu'une orientation interculturelle. Il est nécessaire que ceux qui interviennent dans le champ éducatif aient une connaissance suffisante de l'enfant tsigane et de sa culture". (13)

Depuis 1989, des structures d'accueil ont été mises en place sous différentes formes :

- Ecoles primaires sur les terrains d'accueil (une vingtaine en France).
- Camions école (une trentaine).
- Classes d'accueil ouvertes avec intégration dans les classes ordinaires pour certaines matières.
- Classes de rattrapage et de mise à niveau.

Pour les enfants qui ne peuvent pas suivre un enseignement en établissement scolaire, le C.N.E.D (Centre National d'Enseignement à Distance) propose un enseignement élémentaire et secondaire conforme au cursus normal, ou des cours de remise à niveau.

Depuis 1991, le C.N.E.D propose également un enseignement adapté aux besoins, dans le cadre des projets pilotes européens et du programme SOCRATES.

En Ille-et-Vilaine, une coordination départementale migrants existe depuis 1992.

Huit enseignants et trois aides éducateurs dirigés par un coordinateur sont missionnés pour :

- l'accueil des enfants du voyage, déterminant pour la qualité de l'intégration et la fréquentation scolaire, ( 1000 inscriptions par an );
- l'évaluation scolaire et l'orientation dans la classe avec si nécessaire une aide partielle en classe de soutien,
- l'intégration des élèves dans leur classe et la présentation aux autres enfants de la classe.

Les aides éducateurs proposent une aide aux devoirs non seulement à l'école mais aussi sur les terrains d'accueil de l'association Ulysse 35.

Récemment, un suivi des élèves inscrits au C.N.E.D a été également mis en place.

L'ensemble de ce travail relationnel enseignants, parents, enfants, facilite la mise en oeuvre du suivi pédagogique.

En ce qui concerne les actions de soutien et animations éducatives périscolaires (AEPS), un partenariat entre l'Éducation Nationale et le Fond d'Action Sociale (FAS) peut permettre leur réalisation.

---

\* Document de l'ONISEP, L'école pour avoir sa place, décembre 1997.

\* Propos recueillis par Monsieur DUBOURG, Responsable de la Coordination Départementale Migrants.

La Commission Européenne permet également la réalisation de projets comme : les échanges d'outils pédagogiques, de journaux scolaires, de photos ou films réalisés par les enfants dans d'autres écoles. Cette commission soutient la publication de la collection INTERFACE qui présente tous les mois les projets éducatifs développés dans la communauté européenne.

Cette année, une convention de recherche départementale a été signée, l'objectif est l'évaluation de la scolarisation des enfants du voyage dans le département d'Ille-et-Vilaine. Les conclusions de ce rapport seront connues en novembre 1999.

Ainsi, le système éducatif est en adaptation constante aux besoins de la population "enfants voyageurs", non seulement en ce qui concerne l'accueil à l'école mais aussi sur les modalités de l'enseignement qui leur est dispensé.

La scolarisation permet d'offrir aux élèves les conditions de la réussite professionnelle, mais d'autres facteurs comme le mode de vie sont à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'insertion.

#### **4°- L'insertion sociale et professionnelle : utopie ou réalité ?**

L'insertion sociale et professionnelle des tsiganes ne peut se comprendre que si l'on étudie d'abord leurs modes de vie et de pensée.

Même si les tsiganes sont représentés par des groupes différents, évoluant dans des environnements différents, quatre éléments dominent pour cette population.\*

- **Le temps :**

A la différence du "gadje" qui se projette dans l'avenir, le nomade lui, reste au présent et ne différencie pas le temps (quand il a faim, il mange).

Cette même dimension se retrouve chez les MASAÏ .

D'un point de vue anthropologique, l'attitude envers le temps et à l'égard du futur est significativement liée à la motivation et à la réussite. On retrouve cette fixation dans le présent pour les classes sociales laborieuses, obligées de faire face au jour le jour aux difficultés de la vie ; pour lesquelles l'avenir dépend plus de la chance que d'un projet cohérent. (17)

- **L'espace :**

le nomade n'investit pas l'espace et ne laisse pas de trace de son appropriation définitive.

- **L'altérité :**

"l'homme naît pour voyager, les hommes bougent et les montagnes restent" (dicton ROM).

Un tsigane restera toujours un voyageur, même sédentarisé il continuera de voyager dans sa tête.

- **La culture :**

Essentiellement orale, ils utilisent entre eux le "ROMANI", mais bien souvent sont bilingues ou trilingues.

Leur mode de vie est communautaire et la vie collective fait que peines, joies et angoisses de chacun sont partagées par tous. Tout se sait, mais chacun se garde d'intervenir chez son voisin. La notion de chef n'existe pas : "mais qui tu es toi pour parler pour moi ? Parles pour toi."

Tout gravite autour de la famille, un ensemble de membres solidaires vis-à-vis d'autres familles, solidaires face à l'étranger.

Travailler, c'est une nécessité et non un but. Les activités sont toujours le résultat d'un compromis entre l'obligation de nourrir la famille et le souhait d'être libre de son temps pour remplir une série d'obligations sociales : visites aux familles, réceptions, fêtes, cérémonies de deuil, visites aux malades.

Pour un tsigane, c'est une obligation d'être présent à un mariage ou un enterrement, même s'il doit pour cela abandonner sur le champ une activité professionnelle ; l'absence n'est pas tolérée.

Les tsiganes sont des travailleurs indépendants, polyvalents et capables de s'adapter très vite aux situations conjoncturelles. (15)

La vie se conjugue au présent et ils laissent le passé derrière eux. Ainsi, par exemple, après un décès, la caravane et les affaires personnelles du défunt seront brûlées. Cependant, la situation précaire de certaines familles conduira à une pratique

---

\* Propos recueillis par Monsieur Lőr c LEGALL – IFRAMES ANGERS – Semaine inter école ENSP – Mars 1999.

plus symbolique qu'est la revente de la caravane au concessionnaire, mais dans ce cas, la famille deviendra "MARIMÉ", c'est-à-dire salie.

La situation économique des tziganes n'est pas florissante : 50% des familles installées à Rennes sont bénéficiaires du RMI. Les activités artisanales sont moindres et prétendre à un emploi lorsqu'on est illettré relève, il faut l'avouer, de l'exploit. Ainsi, les jeux de hasard et les prestations sociales sont considérés comme sources de revenus.

Les travailleurs sociaux sont un élément de leur réseau de relations avec les "gadje". Le but est de permettre au groupe familial d'assumer ses difficultés, mais cela ne doit pas faire oublier que les tziganes ont aussi des atouts : mobilité, imagination, adaptabilité et fort lien social.

La communauté tzigane n'a jamais été très favorisée sur le plan économique, mais depuis cinq siècles, l'entraide familiale est une des sources de leur survie. L'insertion sociale et professionnelle, là encore, doit se faire dans le respect de leur culture et, compte tenu de la diversité des groupes, presque au cas par cas. Cependant, pour les itinérants, le stationnement n'est possible que dans quelques endroits et pour ceux qui se sédentarisent la durée de stationnement est limitée sur les terrains d'accueil.

Ce constat suscite aujourd'hui des réflexions quant à l'habitat et l'insertion économique de cette population.

En Ile-et-Vilaine, le schéma départemental prévoit des approches complémentaires pour la décennie à venir comme par exemple, la localisation d'aires d'accueil dans des zones économiquement attractives, des aires de travail ou de stockage de marchandises ou encore des aires de casses équipées pour l'activité de récupération de métaux.

En ce qui concerne l'économique, divers outils sont mis en place tels que : les réalisations en matière scolaire, les actions d'insertion dans le cadre du RMI ou la lutte contre l'illettrisme.

Ainsi la situation des gens du voyage évolue et nécessite la recherche de solutions adaptées comme la création de conditions favorables à l'exercice de leurs métiers et la promotion de l'insertion par l'économique. Plusieurs thématiques en dépendent : le logement, le social mais aussi la santé.

## **5°- Etat de santé d'une population en situation de précarité.**

"Je sais que les choses sont difficiles pour toi, mais la santé de ta tribu, c'est ce peu de route que tu arraches à la vie monstrueuse des villes où tu emprisonnes ceux que tu aimes. Lorsque je parle de la santé, mon petit, je parle surtout de celle de l'âme, en équilibre sur la joie d'exister. C'est ça la santé, et si tu perds celle-là le corps tombe sous le coups de maladies qui n'existent que dans l'esprit des hommes qui ont perdu le goût de vivre et la joie d'exister."

Il n'existe pas de pathologies spécifiques aux gens du voyage mais plutôt des pathologies liées à leurs conditions de vie.

Le stress et la dépression reflètent la précarité qui les entourent et la sédentarisation favorise l'alcoolisme et les conduites toxicomaniaques.(5)

Le tabagisme induit des pathologies cardio-vasculaires comme les infarctus, et les mauvaises habitudes alimentaires qui se portent plus sur les féculents, volailles et viandes de porc, favorisent l'hypertension artérielle, le diabète gras et l'obésité. Les régimes conseillés ne sont pas financièrement abordables et les féculents restent la seule ressource pour faire des plats copieux et peu chers. (1)

L'exiguïté des caravanes augmente le risque de brûlures accidentelles et la promiscuité facilite la propagation des infections.

Les problèmes d'hygiène se conçoivent aisément lorsque le stationnement se fait sur des aires insalubres ou mal équipées en sanitaires.

Face à la maladie, les tziganes s'affolent vite et le meilleur médecin est celui qui donne le plus de médicaments. (7)

Outre le médecin, on fait aussi appel à Dieu en brûlant des cierges ou en faisant des vœux. Les guérisseurs sont aussi sollicités.

On pourrait sans doute dire la même chose à propos de toutes les catégories de populations, dès lors qu'elles n'ont pas de connaissances médicales suffisantes. Dans bien des zones rurales, on fait encore appel aux guérisseurs et aux prières.

Cette attitude n'est pas exclusivement liée à la culture tzigane.

En ce qui concerne les femmes tziganes, les fausses couches et les grossesses à risques sont nombreuses ; les grossesses sont peu suivies et les déplacements ne facilitent pas les choses. L'accouchement se fait à la maternité mais la durée moyenne de séjour est de 48 heures. Au-delà les jeunes mamans sortent contre avis médical et reprennent très vite les tâches ménagères dans la caravane. (16)

---

\* Pierre DERLON : La médecine secrète des gens du voyage- Editions Robert Laffont.

A la naissance, 50% des enfants ont un poids inférieur à trois kilos et environ 15% sont hospitalisés pour prématurité, ictère, septicémie ou détresse respiratoire. L'allaitement maternel est plus fréquent pour les itinérants mais le passage au lait de vache est précoce (3 à 4 mois).

L'enfant est roi, mais n'est jamais surprotégé. Aucun rythme ne lui est imposé, il dort là où il se trouve et lorsqu'il en exprime le besoin. L'éducation à la propreté ne se pratique pas, il suffit de respecter l'espace vie de la caravane.

A partir de deux ans, l'enfant est souvent poussé par un autre petit qui arrive et le relais affectif se fait avec les grands-parents ou les aînés. Très vite, il assurera son autonomie et c'est son expérience qui l'éduquera.

En ce qui concerne les pathologies pédiatriques, les infections ORL sont plus fréquentes, puis les caries dentaires et les affections dermatologiques comme l'impétigo, les allergies eczématiformes ou les teignes.

Les accidents domestiques les plus fréquents sont les brûlures, les coupures infectées surtout aux pieds et les absorptions de produits d'entretien ou de médicaments.

Qu'en est-il de la prévention par la vaccination ?

Elle est plutôt chaotique et la peur de la piqûre recule souvent la planification.(6)

Dans le cadre du RMI, des contrats d'insertion basés sur le thème santé sont mis en place et permettent des séances d'éducation sanitaire individuelles auprès des familles (séances de vaccinations gratuites) mais aussi collectives.

Les thèmes abordés s'orientent plutôt vers les femmes :

- connaître leur corps
- comprendre les gestes et examens pratiqués au cabinet du médecin
- la grossesse et l'accouchement.

Cependant, la contractualisation pose le problème des limites à observer et l'action ne produit pas toujours l'effet souhaité surtout si elle est incomprise dans sa finalité.

En d'autres termes, est-il judicieux d'imposer une éducation sanitaire comme moyen d'accès au RMI ?

"Le dialogue entre l'interlocuteur familial et le médecin constitue une éducation sanitaire bilatérale qui évite l'écueil de l'acculturation et de la culpabilisation des tsiganes en permettant aux familles de faire valoir leurs propres préoccupations et leurs priorités".(12)

Ainsi, la santé des gens du voyage n'est pas différente en terme de pathologie de celle des "gadje". Elle reflète la précarité et si l'on se réfère à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui date de 1946 : "la santé est un état de complet bien être physique, social et mental et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité", il faut bien l'admettre, les tsiganes ne sont pas en bonne santé.

Cependant, si cette définition est très globalisante, il faut admettre aussi qu'elle s'applique à peu d'entre nous.

La complexité des réactions de l'Homme à son milieu et la signification des mots "santé" et "maladies" diffère de personne à personne ; ils ne sauraient donc être définis d'une façon universelle et définitive. (3)

L'enquête qui va suivre vise à mettre en évidence les représentations de la santé qu'ont les voyageurs d'une communauté précise. Elle n'est pas le reflet de toute cette population. Ses résultats ne sauraient donc être étendus au-delà du groupe concerné.

## DEUXIEME PARTIE.

### Enquête auprès d'une communauté particulière.

#### 1° Objectifs :

L'objectif principal de cette enquête est de déterminer quelles pourraient être les missions du médecin de l'Éducation Nationale en terme d'éducation à la santé auprès des enfants du voyage.

Pour ce faire, nous tenterons : de mettre en évidence les représentations de santé qu'ont les gens du voyage, d'analyser quels sont les besoins, d'envisager des propositions.

#### 2° Education sanitaire : Les partenaires.

L'éducation à la santé auprès des tsiganes est dispensée dans le département par différents partenaires :

##### - Le Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) :

Issu du Conseil Général, organisé en centres départementaux d'action sociale (CDAS) qui regroupent des travailleurs sociaux et des professionnels de santé. Leurs missions sont, entre autres, des actions de prévention.

Récemment, un médecin du service de PMI a été missionné pour travailler plus spécifiquement en direction des tsiganes. Il intervient deux demi journées par mois sur les terrains d'Ulysse 35.

C'est au cours des visites médicales infantiles, que la prévention est abordée avec les mamans : hygiène, alimentation des enfants, rythmes et vaccinations.

Par ailleurs, le médecin assure la liaison entre les tsiganes et les médecins traitants libéraux ou hospitaliers ; ce réseau favorise le suivi médical de cette communauté.

##### - L'association Ulysse 35 :

L'infirmière qui travaille à l'association, à temps plein, développe aussi une éducation sanitaire, avec la participation de toute l'équipe du service social ( une assistante sociale, un éducateur spécialisé, une conseillère en économie familiale, deux animateurs ).

Un camion "prévention" se déplace sur les terrains à la demande, ce qui évite les intrusions dans les caravanes. Ce camion sert aussi à l'éducatrice comme lieu d'écoute et de parole.

La prévention s'effectue dans deux dimensions :

\_ Une dimension communautaire, auprès de groupes d'adolescents et d'enfants.

Les thèmes abordés sont :

L'hygiène buccodentaire,  
Le corps et ses changements,  
Le tabac et l'alcool.

Des supports sont utilisés comme des cassettes vidéo mais se sont les productions faites par les enfants eux-mêmes (livrets, dessins) qui sont les plus utilisées car elles permettent une mise en valeur de leur travail de réflexion.

Ce travail peut s'effectuer en partenariat avec le CODESS (Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale). Des financements du Conseil Général et de la DDASS sont possibles.

\_ Une dimension individuelle, à la demande : "il faut répondre tout de suite à la demande, sinon après c'est trop tard, ils ne reviendront plus." ( propos de l'infirmière )

La halte garderie du terrain est souvent un lieu privilégié pour ce type d'intervention avec les mamans.

Au-delà de la prévention, l'équipe assure un accompagnement des familles vers l'extérieur : médecins, centres médico-psychologiques (CMP), hôpital ; tout en leur expliquant ce qui va se passer car le plus souvent le refus vient de la peur par méconnaissance.

Les relations sont bâties sur la confiance qui doit être établie avant d'envisager une prévention quelconque.

- En dehors de l'association Ulysse 35, ce sont **les Centres Départementaux d'Action Sociale ( CDAS )** qui suivent les gens du voyage au même titre que l'ensemble de la population.

Les missions des médecins s'exercent dans le cadre scolaire lors des bilans de trois ans, en classe de petite section de maternelle ; cependant l'absence fréquente des parents lors de ces visites médicales ne facilite pas l'éducation sanitaire.

Dans un cadre plus collectif, les infirmières, à la demande de l'école, interviennent auprès des enfants en éducation sanitaire dans les classe et dans le cadre d'une action incluse dans un projet à long terme.

Les consultations infantiles réalisées au CDAS sont peu fréquentées par les tsiganes, lorsqu'ils y viennent c'est souvent pour une vaccination en retard et la planification n'est pas respectée.

L'éducation alimentaire auprès des mamans est également difficile : « on ne sait jamais ce que les enfants mangent exactement, les plus petits ont un biberon dès qu'il le réclament et les doses de lait ne sont pas respectées ; c'est impossible de savoir qu'elle est la ration quotidienne. »( propos recueillis par un médecin )

- Dans le système éducatif, **les programmes de l'école primaire publiés en 1995 par le Ministère de l'Éducation Nationale**, abordent également l'éducation à la santé, à l'environnement, à la consommation et à la sécurité dans le cadre de l'ensemble des activités de la classe et pour tous les élèves.

**Le projet d'école, né de la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989**, peut également avoir des enjeux éducatifs ; il est conçu par les membres de l'équipe pédagogique sous la coordination du directeur d'école et en collaboration avec toutes les personnes concernées par la vie de l'école et impliquées dans son fonctionnement.

- Enfin, **les Comités Départementaux d'Education pour la Santé**, réalisent des programmes et des actions pilotes. Il mettent également en oeuvre des actions d'information et / ou de formation en direction des personnels concourant à l'éducation pour la santé (enseignants, professionnels de santé, travailleurs sociaux ).

Leurs missions sont définies dans la circulaire du 31 octobre 1985, il s'agit de :

- Accueillir et documenter le public,
- Amplifier localement les campagnes nationales,
- Développer localement des programmes prioritaires,
- Assurer la formation initiale et continue dans le domaine de l'éducation pour la santé,
- Contribuer à la concertation, à la coordination, à la communication,
- Fournir un conseil méthodologique en éducation pour la santé,
- Participer à la définition des politiques de santé.

Associations Loi 1901, elles sont financés par différents partenaires dont le Ministère de la Santé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Caisse d'Allocations Familiales ou encore la Mutualité Sociale Agricole.

### 3° Le protocole :

#### 3.1 Population :

La population choisie est représentée par les familles tsiganes dont les enfants fréquentent une école primaire située en zone rurale.

L'école compte sept classes, l'équipe pédagogique est stable : huit enseignants dont un à mi-temps et l'intervention d'une enseignante spécialisée « enfants du voyage » trois jours par semaine depuis deux ans.

23 enfants sont inscrits dans cette école, ce qui représente environ 10% de l'effectif total.

Ces enfants du voyage sont répartis dans les classes selon leur âge et bénéficient d'un soutien pédagogique en mathématiques et en lecture, en petits groupes et selon le niveau, avec l'enseignante spécialisée.

Les critères d'exclusion :

Les enfants de l'école maternelle ne seront pas retenus pour l'enquête : 5 ne fréquentent pas l'école, 1 a quitté l'école en cours d'année.

4 enfants de l'école élémentaire issus de la même famille que celui de maternelle ne sont plus dans la commune.

L'enquête concerne donc 13 enfants scolarisés à l'école élémentaire ainsi que leurs parents ( père et mère ), soient 7 familles.

Leur particularité est d'être sédentarisés sur des terrains qu'ils ont acheté.

TABLEAU 1 : Nombre d'enfants et moyenne d'âge à la rentrée scolaire selon la classe.

CLASSE	C.P	C.E.1	C.M.1	C.M.2
Nombres d'enfants voyageurs	4	3	5	1
Moyenne d'âge en septembre 1998.	7 ans 1 mois	8 ans 2 mois	10 ans 4 mois	11 ans 1 mois

TABLEAU 2 : Première classe fréquentée par les enfants.

Première classe fréquentée	Petite Maternelle Section	Moyenne Maternelle Section	Grande Maternelle Section	CP Elémentaire
Nombre d'enfants voyageurs	1	6	4	2

#### 3.2 La situation :

Les difficultés évoquées par les enseignants au regard de la population tzigane qui fréquente l'école, se rapportent à la précarité : mauvaise alimentation, vêtements usés et déchirés, manque d'hygiène ; et à la culture : absentéisme, mode de vie différent, représentations du corps différentes.

« Un jour où il y avait activité piscine, un enfant est arrivé avec une boîte qui contenait une grosse salade de pommes de terre à la mayonnaise et un sandwich au pâté ; la semaine suivante il est revenu en disant que le médecin l'avait mis au régime et de ce fait n'avait amené : « que ça », c'était une grosse part de flan ! ». (propos d'une enseignante)

Aucun comportement à risque n'est observé par ailleurs et une relation de confiance s'est établie entre les familles et les enseignants ; cependant, peu d'entre-elles participent à la vie de l'école et une certaine crainte demeure lorsque des sorties sont organisées pour les enfants. L'autorisation est souvent refusée par les familles, sauf si la sortie ne s'étend pas au delà de la demi journée.

### 3.3 Les indicateurs retenus pour l'enquête :

- Le mode de vie :           habitat  
  sédentarisation
- La scolarité :           régularité  
  soutien familial  
  attentes
- La santé :               représentations  
  éducation familiale  
  attentes en éducation sanitaire

### 3.4 Méthode :

La méthode choisie est l'entretien semi directif, pour deux raisons :

- Un questionnaire ne serait pas approprié en cas d'illettrisme,
- L'entretien permet une analyse plus fine des systèmes de valeurs.

#### Les limites observées sont :

- La difficulté à susciter un entretien avec une personne qui ne nous connaît pas,
- L'exclusivité de l'entretien compte tenu des délais de réalisation de ce travail, qui n'ont pas permis d'autres rencontres.

#### Les points forts :

- Au delà de la rencontre de ces familles, c'est la communication qui prime,
- L'aide et le soutien constant du personnel enseignant et plus particulièrement de l'enseignante spécialisée, partenaire essentielle de cette enquête.

#### Réalisation :

La difficulté réside dans l'approche de ces familles et leur acceptation d'un entretien avec une personne inconnue, de surcroît médecin ; comment éviter l'inquiétude ou la fuite ?

La première méthode envisagée est d'organiser une visite médicale et au cours de celle-ci aborder la question santé ; mais elle ne sera pas retenue pour deux raisons :

La première est que les « voyageurs » sont souvent absents aux visites médicales scolaires de leurs enfants allant parfois même jusqu'à ne pas les amener à l'école ces jours là ;

La deuxième est qu' aucune obligation n'existe en ce qui concerne les visites médicales systématiques en cycle primaire et en provoquer une pourrait sembler suspect.

La méthode choisie est donc la suivante : une approche personnelle et individuelle de chaque famille au moment où elles amènent leurs enfants à l'école et une demande de rendez-vous de façon orale.

Cependant, notre statut « d'inconnu dans cette école » risquant de nous mener à l'échec, nous avons sollicité l'aide de l'institutrice spécialisée qui intervient en soutien scolaire auprès des enfants voyageurs trois jours par semaine.

Avec son accord, nous nous sommes présentées aux enfants, dans la classe, en qualité de médecin scolaire, ne venant pas pour effectuer une visite médicale mais pour observer le fonctionnement de la classe.

Durant deux demi journées, nous avons pu ainsi nous familiariser avec les enfants sans interférer dans un domaine qui n'est pas le notre : la pédagogie.

Dans un second temps, l'enseignante nous oriente vers une famille qu'elle estime plus participante dans ces relations avec l'école, afin de réaliser un premier entretien.

Les règles d'entretien suivies sont les suivantes :

Tout d'abord remercier la personne d'avoir accepté de venir au rendez-vous.

Se présenter et expliquer pourquoi ce rendez-vous, en banalisant la situation de façon à mettre la personne en confiance.

Intervenir au cours de l'entretien sous forme de consignes et bien sûr aussi sous forme de questions. ( annexe 7 )

Les questions ont été apprises et posées à l'interlocuteur selon la conversation sans rompre la linéarité du discours.

Aucun enregistrement n'a été effectué et de la même façon aucune prise de note devant la personne, ce qui aurait pu la mettre mal à l'aise ; les entretiens ont été retranscrits immédiatement après chaque rencontre.

Le déroulement s'est effectué dans une classe inoccupée ou dans le bureau de la directrice, selon les disponibilités.

Cinq familles ont acceptées de nous rencontrer, deux n'ont pas pu être jointes.

Les entretiens auprès des familles ont été pour trois d'entre elles réalisés avec des mamans, pour une avec un papa et pour une avec les deux parents.

La première constatation est celle de la méconnaissance du métier de médecin scolaire dont la représentation est assez restrictive :

-« Vous regardez les enfants, pour voir les vaccins ».

ou encore :-« Il fait des visites mais j'y vais pas ».

La présentation de notre métier a permis non seulement une démystification mais aussi une ouverture à la communication favorisant un climat d'entretien plus confiant.

Le premier entretien nous a amené à réajuster le questionnaire dans la mesure où lorsque nous avons demandé à la personne quels thèmes de santé elle souhaiterait nous voire aborder auprès de ses enfants et qu'elle ne répondait pas, nous avons proposé des sujets afin de l'aider mais nous avons de cette façon induit une réponse qui n'était pas spontanée puisque au terme de la rencontre, elle conclu ainsi :

-« J'espère que j'ai bien répondu à vos questions, vous savez nous on est pas comme vous. »

Par la suite, nous n'avons proposé aucune réponse, préférant le silence à la phrase qui aurait pu nous faire plaisir.

Dans un second temps, une rencontre collective sous forme de débat s'organise dans la classe avec les enfants et l'enseignante, sur le thème de la santé.

La technique employée est celle du photo langage\*, qui consiste à montrer aux enfants des images et à demander à chacun d'entre eux d'en choisir une qui représente selon lui la santé.

Cette méthode permet de faire une étude de la situation initiale, indispensable à la mise en place d'actions d'éducation à la santé, elle permet également de recueillir des informations sur ce que les enfants savent, ce qu'ils pensent et leurs façons de se représenter les choses.

Ce débat a enrichi les entretiens familiaux ; sept enfants y ont participé, dont un au moins est issu des familles rencontrées.

L'enseignante s'est proposée de retranscrire les propos des enfants.

Nous ne sommes intervenues à aucun moment pour apporter des informations ou des corrections, l'objectif du débat étant une étude de la situation.

Nous ne porterons aucun jugement de valeurs, car il faut bien admettre que les règles d'une vie saine ne sont pas universelles mais dépendent étroitement des origines familiales et culturelles.

---

\* Méthode inspirée par le Docteur Brigitte SANDRIN BERTHON, Médecin responsable des actions menées en direction des écoles au Comité Français d'Education pour la Santé.

## 4- Résultats : analyse et discussion.

### 4.1 Analyse thématique des entretiens avec les familles.

Trois thèmes sont retenus dans cette enquête :

Le mode de vie.  
La scolarité.  
La santé.

Certains points communs apparaissent des entretiens tel que le mode de vie qui demeure familial et communautaire ; deux terrains sont en effet partagés par deux familles et trois familles portent le même nom.

L'habitat en caravane est privilégié même lorsqu'il y a une maison sur le terrain.( annexe 8 )

La sédentarisation est vécue de façon passive : « C'est bientôt le départ à Gien, moi j'ai pas les moyens, on part seulement l'été comme vous mais nous on est manouches ».

Dans d'autres cas, elle est évoquée comme nécessaire pour la scolarité des enfants : « On reste parce que les grands ils vont au collège ».

Cependant, les traditions persistent tels que les départs pour les conventions ou lors d'un événement familial ; une famille a quitté son terrain il y a deux mois pour rejoindre une communauté sur une aire d'accueil de l'association Ulysse 35, suite au décès d'un parent proche.

La scolarité des enfants reste irrégulière et la fréquentation de l'école maternelle débute le plus souvent en moyenne ou grande section, avant, la finalité n'est pas perçue : « La fille à la maternelle, elle a trois ans, mais elle y va pas l'après midi parce qu'ils la font dormir ».

Une famille seulement scolarise les aînés en SEGPA, pour les autres le CNED est préféré car cela évite aux enfants « d'adopter des mauvaises conduites comme on en voit dans les collèges ». (propos recueillis par la directrice de l'école auprès d'un parent)

Une maman nous a expliqué ses relations avec les enseignants comme une façon de savoir si ses enfants sont bien traités, en faisant référence à ses propres souvenirs d'école : « Moi, quand j'allais à l'école on nous aimait pas et on nous tapait dessus, c'est pour ça que je discute avec les maîtresses, je veux pas qu'elles touchent mes enfants, les punir oui mais pas les taper ».

Cependant, une certaine confiance s'est établie avec l'enseignante spécialisée : « C'est bien que x soit encore là l'année prochaine parce qu'on avait peur qu'elle soit partie ».

Enfin, si la scolarité est variable et irrégulière selon les familles, l'unanimité apparaît en ce qui concerne leurs attentes : « Savoir lire et écrire » ; l'objectif ne semble pas être celui d'une insertion professionnelle mais plutôt l'acquisition d'une autonomie face aux tâches administratives quotidiennes : « Pour les papiers ».

Quatre familles sur cinq sont confrontées à ces problèmes car illettrées, l'aide aux devoirs auprès des enfants apparaît dans ce cas difficile.

Concernant les représentations de la santé, deux thèmes apparaissent essentiels pour ces familles : l'hygiène et l'alimentation, ou plutôt, « Etre propre et bien manger ».

L'absence de maladie a été évoqué pour l'une d'entre elles, ainsi que la méconnaissance du corps et des gestes simples à faire en cas de problème : « Mon fils x, des fois il joue au docteur mais il sait pas dire où il a mal. C'est bien de parler de la santé parce qu'on sait pas toujours quoi faire quand on est malade ».

L'éducation sanitaire familiale se pratique semble t'il, dans ce cadre exclusivement : « Je lui dis que si elle mange pas elle ira à l'hôpital », ou encore : « Je leur disons qu'il faut se laver les mains avant de manger et aussi se laver les dents et puis se laver quand ils courons et ils tombons dans la boue quand ils jouons ».

En dehors de ces thèmes : « Chez nous on parle pas de ces trucs là ».

Aucune famille n'a évoqué de problèmes de santé particuliers concernant les enfants et leurs attentes en éducation sanitaire ont été difficile à exprimer : « Je sais pas, de tout, manger, être propre », ou : « La propreté, quoi d'autre ? quand ils sont malades ils vont voir le médecin, ça c'est pas la peine d'en parler ».

#### 4.2 Analyse thématique du débat organisé avec les enfants :

Les thèmes abordés sont plus nombreux que ceux évoqués par les parents, mais la technique est aussi différente et l'expression facilitée par un support ( l'image ). De plus, les enfants ont eu le temps de se familiariser avec nous auparavant.

**TABLEAU 1:** Synthèse du débat organisé avec les enfants sur le thème santé.

REPRESENTATION SANTÉ-ALIMENTATION	-« Il faut boire beaucoup d'eau ».  -« C'est manger de tout et plein, des frites, des steaks, de la salade, de la viande, de l'eau, beaucoup d'eau ».
REPRESENTATION SANTÉ-SE SOIGNER	-« Le docteur, il prend un truc (stéthoscope) pour écouter derrière les reins ».  -« Les vaccins, c'est pour pas avoir le cancer et pas être malade ».
REPRESENTATION SANTÉ-SPORT	-« Ca entretient le jeune et ça fait maigrir ».
REPRESENTATION SANTÉ-HYGIÈNE	-« Il faut se laver tous les jours, les mains, les oreilles, le cou, tout entier ».  -« Ah non pas tout entier ». (Réponse obtenue deux fois)  -« Les cheveux, une fois par mois ».  -« Il faut être propre pour aller à l'école, les microbes ça donnent le cancer ».  -« Bien peignés et bien propre ».
REPRESENTATION SANTÉ-SOMMEIL	-« Il faut bien dormir et pas se coucher trop tard, quand on dort on grandit ».  -« Pour bien dormir il faut des bonnes couvertures, un matelas et pas trop de potin ».  - « Moi, je dors dans la caravane avec mes parents, il faut juste abaisser les trucs et c'est prêt ».

Ce débat nous a permis de découvrir de quelles ressources nous disposions.

Les enfants ont pu s'exprimer sur leur expérience tout en communiquant avec les autres et notre rôle est ici de faire en sorte que tout le monde écoute ce que chacun a à dire.

L'alimentation est évoquée comme un plaisir et sans restriction ; l'hygiène comme une nécessité pour aller à l'école et d'un point de vue esthétique : « Bien peignés et bien propre ».

La peur du cancer apparaît également comme une motivation à l'observance d'une hygiène corporelle : « Les microbes ça donne le cancer ».

En ce qui concerne l'alcool ou le tabac, les idées sont partagées quant à la nocivité et les raisons évoquées sont variables : « L'alcool c'est dangereux pour les enfants, pas pour les grands », ou « Il faut fumer mais pas trop, deux cigarettes par jour, parce que c'est trop cher ».

Un enfant a ajouté : « Un paquet de cigarettes, ça coûte dix neuf francs soixante dix, je le sais parce que c'est moi qui les achètent pour mon père ».

Le sommeil et l'habitat sont les deux thèmes les mieux cernés et faisant l'approbation de tous les enfants. La caravane est assimilée à la maison et apparaît comme aussi confortable ; les règles d'un bon sommeil résident dans un bon matériel de couchage : « Pour bien dormir il faut des bonnes couvertures, un matelas et pas trop de potin ».

Quant au sport, il apparaît comme un moyen de perdre du poids et de rester jeune.

Un thème n'a pas été abordé par les enfants : la sécurité ; deux images évoquant ce sujet n'ont fait l'objet d'aucune remarque.

Au décours de cette enquête, l'hypothèse formulée en introduction, à savoir une méconnaissance de nos valeurs culturelles de la santé, pourrait être retenue.

Nous pourrions nous interroger des causes de cette méconnaissance, s'agit il d'un refus, d'une carence éducative parentale, ou encore d'un défaut d'accès à la culture par illettrisme (quatre familles sur cinq sont illettrées et parmi les six enfants scolarisés en classe de cm1 ou cm2, deux sont lecteurs) ?

Cette question pourrait faire l'objet d'une autre enquête, nous nous garderons d'y répondre dans ce travail mais ferons tout de même une remarque : aucune famille ne s'est opposée à notre démarche lors des entretiens.

L'étude action réalisée dans cette enquête a permis d'objectiver des indicateurs sur le mode de vie, la scolarité et la santé des enfants du voyage.

Au terme de cette analyse, deux champs d'actions apparaissent prioritaires ; le premier concerne directement l'éducation pour la santé car il est issu d'un constat de données objectives : le manque d'esprit critique concernant les représentations de la santé. Le second ne relève pas directement de l'éducation sanitaire mais pourrait bien être un facteur renforçant ce manque, c'est celui des difficultés d'apprentissage de la lecture.

# TROISIEME PARTIE.

## Propositions

L'objectif de ce travail était de définir quelles pourraient être les missions du Médecin de l'Education Nationale en terme d'éducation à la santé, auprès des enfants du voyage.  
Pour ce faire, nous avons tenté de mettre en évidence, dans une communauté précise, leurs représentations de la santé, de façon à permettre une analyse de la situation puis une identification des besoins.

Au terme de cette analyse, deux points apparaissent comme prioritaires :

Le manque d'esprit critique concernant les représentations de la santé,

Les difficultés d'apprentissage de la lecture.

Le premier point pourrait faire l'objet d'un projet d'éducation à la santé inclus dans le projet d'école.  
« Le projet d'école a pour but de mettre en relation les objectifs nationaux et la situation locale, et de définir les stratégies qui apparaissent les mieux appropriées pour atteindre les objectifs en tenant compte du contexte ». (18)  
Les enjeux d'un projet d'école sont d'ordres pédagogique, éducatif et institutionnel, sa durée moyenne est de l'ordre de trois ans.

En ce qui concerne l'école primaire choisie pour l'enquête, le projet se termine en septembre 1999 et l'élaboration du suivant débutera en mai 1999.

Après la vérification par l'Inspecteur de l'Education Nationale de la conformité aux objectifs nationaux, sa présentation au conseil d'école et son agrément par l'Inspecteur d'Académie, il pourra être mis en oeuvre. Les fiches actions en conformité avec les orientations prioritaires du projet seront conçues à la rentrée scolaire et réexaminées chaque année.

Le Médecin de l'Education Nationale est conseiller technique de l'équipe pédagogique dans le domaine de la santé.  
En qualité d'expert, il a des capacités d'analyse et des savoirs qui lui permettent de guider ses partenaires tout en gardant sa compétence de médecin.  
A ce titre, il peut prendre une position active à la réalisation du projet d'école pour les affaires qui le concerne ; participer à son élaboration en partenariat avec l'équipe pédagogique dès lors qu'il s'agit du thème santé fait partie de ses missions.  
Les actions envisagées peuvent être définies dans un cadre de pilotage, d'accompagnement ou encore de formation des enseignants .\*

Notre rôle est de conseiller des actions qui pourraient répondre aux besoins, d'orienter vers des partenaires compétents, de coordonner les différents acteurs, de favoriser la participation des familles et des élèves et de collaborer à l'évaluation.

Ainsi, à titre d'exemple, car il ne s'agit pas d'élaborer un menu alléchant proposant un éparpillement d'actions sans cohérence ; nous pourrions au sein même de l'école tenter de développer l'esprit critique des enfants en abordant, dans un premier temps, l'alimentation et l'hygiène.

Ces deux thèmes correspondent en effet non seulement aux préoccupations des enseignants, mais surtout à la demande des familles.

En ce qui concerne l'alimentation, une enquête pourrait être proposée aux enfants du voyage sur le bien être au réfectoire.

---

\* SEGOLENE ROYAL, Ministre déléguée, chargée de l'enseignement scolaire, Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, Circulaire N°98-237 du 24 novembre 1998 .

Il s'agirait pour eux de rencontrer les professionnels tels que l'intendant ou le cuisinier, d'aborder l'aspect nutritionnel de l'alimentation, de visiter un réfectoire en faisant un état des lieux sur la propreté, le bruit, la sécurité la convivialité et de bâtir un questionnaire pour leurs camarades qui fréquentent la cantine, de façon à percevoir leur ressenti.

Au terme de l'enquête ils pourraient proposer des solutions sous forme d'aménagements avec l'aide des enseignants et des parents.

Une charte du « mieux être à la cantine » pourrait être conçue et présentée à tous les enfants de l'école.

Par extension, une étude des prises alimentaires à l'école (goûters et collations) pourrait aboutir à une gestion par les enfants eux-mêmes (étude de prix, achats, distribution).

Une enquête de ce type, permettrait de poursuivre l'objectif suivant :

Inciter les enfants du voyage à s'impliquer dans l'amélioration de leur environnement en développant leur analyse critique d'une situation.

L'évaluation pourrait se faire à chaque étape en terme d'adhésion des enfants au projet, de participation à l'enquête, de communication avec les autres acteurs, d'accompagnement des parents lors des actions, de créativité pour trouver des solutions et de changement des comportements alimentaires.

« L'évaluation des actions d'éducation sanitaire montre qu'elle n'est efficace que si elle est bien faite, persévérante, étalée sur le cursus scolaire et qu'un temps suffisant y est consacré »\*.

Dans un même esprit, une enquête sur l'hygiène des locaux de l'école pourrait également être réalisée aboutissant à la réalisation d'une charte de « l'école propre ».

Ces deux exemples permettraient de mettre les enfants en situation d'acteurs, de les aider à se construire une opinion et de promouvoir leur travail de réflexion, tout en évitant de les confronter à leur propre culture. En effet, l'analyse des entretiens montre qu'il n'y a pas de spécificités qui expliqueraient une approche particulière d'éducation à la santé.

Par contre, certains thèmes comme le sommeil par exemple nous semblent difficilement abordables dans la mesure où l'habitat caravane ne permet actuellement pas l'observance des meilleures conditions propices à l'endormissement, à savoir, un espace intime sans nuisances sonores et une luminosité discrète.

D'autre part, les représentations qu'ont les enfants sur ce thème démontrent une certaine capacité d'adaptation à leur logement.

Des limites s'imposent aussi lorsqu'il s'agit d'éducation à la santé.

Le deuxième point émanant de l'enquête, est celui des difficultés d'apprentissage de la lecture.

S'il apparaît évident que ce point ne peut faire l'objet d'un projet d'éducation sanitaire, il n'en demeure pas moins important dans ce cadre. En effet, la méconnaissance peut être aussi renforcée par l'illettrisme.

Nous nous positionnerons ici d'emblée en qualité de médecin, en aucun cas en pédagogue.

Le rapport du Haut Comité de Santé Publique publié en juin 1997 nous apprend ceci :

« Les troubles des apprentissages représentent une part non négligeable des problèmes de santé des enfants. En France, la spécificité de ces troubles et leur aspect essentiellement neuropsychologique sont mal connus des médecins, des enseignants, des psychologues et des parents. Une des raisons est la méconnaissance par les médecins des outils de dépistage, de diagnostic et de rééducation qui ont été élaborés à partir des connaissances récentes des neurosciences ».

L'année de formation et d'adaptation à l'emploi qui nous est dispensée à l'Ecole Nationale de Santé Publique nous a permis d'aborder ce thème avec le Docteur ZORMAN ( Médecin Conseiller Technique du Recteur de l'Académie de Grenoble ).

De nombreux travaux de recherche ont montré que l'entraînement phonologique basé sur la pratique régulière d'exercices oraux fait progresser plus rapidement l'enfant pré lecteur et favorise l'apprentissage de la lecture.(9)

D'autres recherches en neuropsychologie montrent qu'une mauvaise fonction visuo spatiale associée à un déficit du contrôle binoculaire contribue aux difficultés de lecture de certains enfants.(10)

« Les enfants qui ont bénéficié d'un milieu familial stimulant sur le plan linguistique, qui ont fréquenté l'école maternelle et qui n'ont aucun trouble sensoriel ou neuropsychologique auront acquis à six ans les capacités linguistiques, sociales et cognitives nécessaires à l'apprentissage de la lecture, mais tous n'arrivent pas avec les mêmes compétences à l'école ».(11)

---

\* Santé des enfants, Santé des jeunes. Rapport adressé à la conférence Nationale de santé 1997 et au Parlement. Collection Avis et Rapport, juin 1997.

Ces recherches ont abouti à l'introduction d'épreuves d'évaluation du langage (notamment la conscience phonologique), de la vision (convergence, phorie, poursuite), de l'audition, de la psychomotricité et de la mémoire ; au bilan médical scolaire de la sixième année.

L'objectif est de permettre une meilleure guidance (éducative, pédagogique, médicale). Ces épreuves ne remplacent pas le raisonnement clinique mais enrichissent la réflexion du médecin.

Des outils d'entraînement phonologique et visuels ont été conçus à l'usage des enseignants, dans le but d'améliorer les performances de lecture de certains enfants.

En ce qui concerne les enfants du voyage, ce type de bilan médical pourrait être réalisé dès la scolarisation de l'enfant en classe de grande section ou au cours préparatoire, avec l'accord des parents.

Il ne s'agit pas de porter un diagnostic concernant les compétences scolaire car chaque enfant a un rythme d'acquisition et de progression qui lui est propre mais de permettre une optimisation des performances d'apprentissage de la lecture.

Une expérience avec des élèves de grande section et de cours préparatoire, tsiganes, a été tenté dans le Puy de Dôme : le projet SIKLOVA (« J'apprends » en Manouche)\*. L'hypothèse émise est que : « l'accessibilité du langage musical ( dans son aspect oral et sonore ) pouvait être un moyen efficace d'appropriation de la matière sonore de la langue tout en permettant à l'élève la maîtrise des compétences transversales dont dépend toute situation d'apprentissage ».

Ainsi, le rôle du Médecin de l'éducation Nationale auprès des enfants du voyage, c'est d'adapter ses missions aux besoins d'une communauté culturellement différente ; mobilité, imagination, adaptabilité et fort lien social font aussi partie de nos atouts, ne pas nous rencontrer aurait été dommage...

---

\* Tsiganes et gens du voyage : du terrain à l'école, Journées de l'intégration 8-10 avril 1997, Clermont Ferrand, CRDP d'Auvergne 1998.

# CONCLUSION.

Ce travail est le reflet d'une approche communautaire. Cette approche globale dans un premier temps nous a permis de mieux connaître une autre culture ; focalisée dans un second temps ,nous a positionné en qualité de professionnel.

La démarche effectuée est celle du médecin : interroger, examiner, élaborer un diagnostic et envisager des propositions. Cependant, l'objectif du Médecin de l'Education Nationale n'est pas exclusivement la prévention des maladies, il est aussi la promotion de la santé.

Chaque individu se représente la santé selon sa propre expérience, son vécu, sa culture et toute action d'éducation à la santé doit en tenir compte.

Promouvoir la santé, ce n'est pas « apporter à tous la santé pour l'an 2000 », mais peut être plus humblement admettre qu'il existe des inégalités, des différences dans les parcours de chacun et que la liberté et l'autonomie résident dans la connaissance, l'expérience et parfois le voyage aussi.

## BIBLIOGRAPHIE.

### Articles :

- (1)- BLANC Catherine, Médecin des gitans, Monde gitan, Paris, N°46, 1978, pp 17-24.
- (2)- DEMARTEAU M, Quel débat éthique en éducation pour la santé ?, Education Santé, n°62, novembre 1991, pp 11-15.
- (3)- DUBOS R, L'homme et l'adaptation au milieu, Payot, 1973, pp 323-344.
- (4)- GIRAULT M, LAHONDES JL, MAUCHERAT A, 4198 emplacements pour les gens du voyage, Arhome, mars 1998.
- (5)- GUIRAUD JC, Pathologies tsiganes, Etudes tsiganes, N°2, 1998.
- (6)- SEVERIN A, HILARY C, FOUREAUX A, L'enfant et la santé, Etudes tsiganes, N°2, 1988 .
- (7)- VALET Joseph, Les Manouches devant la maladie, Monde gitan, Paris, N°41, 1977, pp 1-4.

### Documents :

- (8)- Schéma départemental d'accueil des gens du voyage (35), mars 1998.
- (9)- VALDOIS Sylvianne, Chargé de recherche CNRS, Processus d'apprentissage de la lecture, Laboratoire de psychologie expérimentale, Université Pierre Mendés France Grenoble.
- (10)- ZORMAN M, JACQUIER ROUX M, Entraînement visuel et apprentissage de la lecture au cours préparatoire, IUFM Laboratoire Cogni Sciences Apprentissages, Grenoble, mars 1994.
- (11)- ZORMAN M, Le langage oral : du nouveau né à l'élève, IUFM Laboratoire Cogni Sciences Apprentissages, novembre 1998.

### Mémoire :

- (12)- FOUCHER Iseult, La promotion de la santé auprès des gens du voyage en Loire Atlantique, Nantes, juillet 1998.

### Rapport :

- (13)- Rapport du Conseil de l'Europe, « Vers une éducation interculturelle : la formation des enseignants ayant des élèves tsiganes, Strasbourg, 1989.

### Revue :

- (14)- La lettre du cadre territorial, Circulation et stationnement des gens du voyage, Alerte, N°158, novembre 1998.
- (15)- Lien social, N°269/270, juillet 1994.

### Thèse :

- (16)- CRESTANI Josette, Accès aux soins des gens du voyage, Nancy I, 1992.

### Ouvrages :

- (17)- CAMILLIERI C, Anthropologie culturelle et éducation, UNESCO, Delachaux et Niestlé, 1985.
- (18)- JOSPIN Lionel, Le projet d'école, une école pour l'enfant des outils pour les maîtres, Hachettes Ecole, 1992.
- (19)- SANDRIN BERTHON Brigitte, Apprendre la santé à l'école, Pratiques et enjeux pédagogiques, 1997.

# ANNEXES.

## **Annexe 1-**

Carte des migrations tsiganes (CNDP).

## **Annexe 2-**

Loi N° 69-3 du 3 janvier 1969, relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile, ni résidence fixe.

## **Annexe 3-**

Dénombrement des tsiganes dans le monde, janvier 1991.

## **Annexe 4-**

Loi N° 90-449 du 31 mai 1990, visant à la mise en oeuvre du droit au logement.

## **Annexe 5-**

Instruction du 16 octobre 1991 relative aux obligations légales des communes en matière de stationnement des gens du voyage et au problème particulier du stationnement en dehors des terrains aménagés.

## **Annexe 6-**

Réseau d'accueil des gens du voyage à l'échéance du schéma départemental, mars 1998.

## **Annexe 7-**

Grille d'entretien utilisée lors des rencontres avec les familles tsiganes.

## **Annexe 8-**

Synthèse thématique des entretiens réalisés avec les familles tsiganes.

## ANNEXE 7.

### GRILLE D'ENTRETIEN UTILISEE LORS DES RENCONTRES AVEC LES FAMILLES TSIKANES.

#### **Introduction :**

Je m'appelle x, je suis venue quelques fois dans la classe de y, vous m'y avez peut être vue.

Je vous ai demandé un rendez-vous pour me présenter et vous expliquer ce que je fais là; je suis médecin scolaire, est ce que vous connaissez un peu mon métier ?

#### **Présentation :**

Nous examinons vos enfants au cours des visites médicales, mais nous sommes chargés aussi de tout mettre en oeuvre pour que vos enfants se sentent bien à l'école ; c'est à dire nous assurer du bon état des locaux et de la sécurité, surtout lorsqu'il y a des machines comme dans les lycées professionnels et encore, c'est de cela dont je voudrais vous parler, nous travaillons avec les enseignants à la mise en place d'actions sur la santé auprès de vos enfants dans les classes.

#### **Questions :**

- Combien d'enfants avez vous ?
  
- Vont ils dans cette école ?
  
- Ont ils fréquenté d'autres écoles auparavant ?
  
- Ont ils des problèmes de santé ?
  
- Selon vous, la santé c'est quoi ?
  
- Pouvez vous me dire de quoi vous aimeriez que je parle à vos enfants concernant la santé ?
  
- Leur parlez vous de la santé à la maison ?
  
- Selon vous, qu'est ce qui est le plus important de faire à l'école ?
  
- Aidez vous vos enfants pour les devoirs à la maison ?

#### **Conclusion :**

Je vous remercie d'avoir bien voulu me rencontrer, c'est important pour vous de savoir ce que je fais car vous êtes les parents.

Il est possible que je fasse un peu la même chose dans la classe avec les enfants pour connaître ce qu'ils pensent sur ce sujet et pouvoir peut être proposer des choses à la directrice ; vous en serez informé dans tous les cas.

ANNEXE 8.

**SYNTHESE THEMATIQUE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES FAMILLES TSIKANES.**

**TABLEAU 1** : Synthèse des entretiens concernant le mode de vie.

<p>HABITAT :</p> <p>Terrain, maisons et caravanes.</p>	<p>-« J'ai acheté une maison mais le terrain est trop petit pour mettre la camping alors j'ai un autre terrain pour la camping ».</p> <p>-« J'habite dans ma caravane sur le terrain de mon frère, j'ai demandé une maison mais il faut faire des choses dedans avant d'y aller ».</p>
<p>SEDENTARITE :</p>	<p>-« On reste parce que les grands ils vont au collège ».</p> <p>-« C'est bientôt le départ à GIEN, moi j'ai pas les moyens, on part seulement l'été comme vous mais nous on est manouches ».</p> <p>-« J'habite ici depuis la naissance du dernier, avant on voyageait ».</p> <p>-« On est là depuis trois ans, avant on voyageait ».</p>
<p>SEMI SEDENTARITE :</p>	<p>-« j'habite ici depuis 7 ans, nous partirons à Gien vers le 10 avril à peu près jusqu'au 10 mai ».</p> <p>-Une famille a quitté son terrain après un décès, pour rejoindre une communauté sur un terrain de l'association Ulysse 35.</p>
<p>VIE FAMILIALE COMMUNAUTAIRE :</p>	<p>-Deux terrains sont partagés par deux familles.</p> <p>-Trois familles portent le même nom.</p>

**ABLEAU 2** : Synthèse des entretiens concernant la scolarité.

SCOLARISATION IRREGULIERE :	-« La fille à la maternelle, elle a trois ans, mais elle y va pas l'après-midi parce qu'ils la font dormir ». -« Les plus grands ils ont les cours à la maison (CNED) ». (Réponse obtenue deux fois). -« Les deux grands ils sont à la SEGPA ». -« On est arrivé pour la grande section ».
SOUVENIR DOULOUREUX DE L'ECOLE :	-« Moi, quand j'allais à l'école on nous aimait pas et on nous tapait dessus, c'est pour ça que je discute avec les maîtresses, je veux pas qu'elles touchent mes enfants, les punir oui mais pas les taper ».
ATTENTES : L'ALPHABETISATION.	-« Apprendre à lire et à écrire parce que moi je sais pas lire et pas écrire et pour les papiers c'est pas facile ». -« Apprendre bien ses devoirs et ses leçons pour savoir lire, moi je sais pas lire et pas écrire ». -« Apprendre à lire pour se débrouiller tout seul ». -« Savoir lire et écrire, compter c'est pas pareil, on sait leur apprendre ». -« Lire et écrire pour les papiers ».
AIDE AUX DEVOIRS DIFFICILE :	-« Non, c'est la grande soeur, moi j'apprends aussi à lire avec le RMI ». -« J'essaie mais c'est difficile ». -« Oui je les aide ».

**TABLEAU 3** : Synthèse des entretiens concernant la santé.

PROBLEMES DE SANTE ?	-« Non ». Réponse obtenue quatre fois. -« Oh non de ce côté là ça va ».
EDUCATION FAMILIALE DISCRETE :	-« Chez nous on parle pas de ces trucs là ».
REPRESENTATION : Santé- maladie.	-« Et ben la santé c'est comme la maladie. C'est bien de parler de la santé parce qu'on sait pas toujours quoi faire quand on est malade ».
REPRESENTATION : Santé- Bien manger.	-« C'est être en forme, je lui dis toujours à la petite qu'il faut bien manger pour être en bonne santé mais elle en fait qu'à sa tête ; je lui dis que si elle mange pas elle ira à l'hôpital ».  -« Etre bien, propre et bien manger ».  -« La propreté et bien manger, je leur dis qu'il faut bien manger ».
REPRESENTATION : Santé- Propreté.	-« C'est d'être propre je leur disons qu'il faut se laver les mains avant de manger et aussi se laver les dents et puis se laver quand ils courons et ils tombons dans la boue quand ils jouons ».
ATTENTES EN EDUCATION SANITAIRE :	-« Je sais pas moi, le sommeil ah oui c'est bien parce que mon petit il veut pas dormir ».  -« je sais pas moi, de ce que vous voulez, j'ai pas d'idées ».  -« Je sais pas, de tout, manger, être propre ».  -« La propreté, quoi d'autre ? Quand ils sont malades ils vont voir le médecin, ça c'est pas la peine d'en parler ».  -« Oui, la propreté ».