



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE
RENNES

Médecin de l'Education Nationale

Promotion **2006**

Etude Professionnelle

La santé des enfants du voyage

**Prise en compte de leurs spécificités
par le médecin de l'Education Nationale**

Françoise PEYRON

REMERCIEMENTS

Je suis très reconnaissante au Docteur Monique Cavaillon, médecin conseiller technique de l'Aveyron, qui m'a fait confiance pour effectuer cette étude professionnelle, et à madame Josiane Carvalho, responsable de la formation des Médecins de l'Education Nationale, pour ses conseils lors de la rédaction de cette étude.

De même, je tiens à remercier l'équipe pédagogique de l'école Gourgan de Rodez, et en particulier madame Pascale Bauguil, la directrice de l'école, et monsieur Jean Michel Delon, l'enseignant chargé du soutien scolaire des enfants du voyage pour leur aide importante à la réalisation des visites médicales.

Je remercie également les personnes ressources pour m'avoir consacré un peu de leur temps, et notamment madame Eliane Roquefeuil inspectrice de l'Education Nationale de l'Aveyron chargée de l'adaptation et de l'intégration scolaire des élèves primo-arrivants, les médecins de la Protection Maternelle et Infantile et les travailleurs sociaux de l'Association Rouergate des Amis du Voyage (ARAV).

Un petit mot pour ma famille et l'écoute qu'elle a su avoir et notamment ma fille aînée Julia qui m'a fait découvrir le monde tsigane au travers de sa maîtrise.

Bien sûr, je n'oublie pas les enfants du voyage que j'ai rencontrés lors des visites médicales avec leur famille pour les échanges pleins de confiance que j'ai pu avoir avec eux.

SOMMAIRE

I INTRODUCTION 5

Objectifs du travail présenté.

II METHODOLOGIE 6

A. LES RECHERCHES DOCUMENTAIRES 6

B. LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS 6

1. L'éducation nationale: 6

2. L'association rouergate des amis du voyage : l'ARAV. 6

3. Le médecin de la protection maternelle et infantile (PMI). 7

C. LES VISITES MEDICALES A L'ECOLE..... 7

1. Programmation des visites médicales et gestion des dossiers médicaux. 7

2. Les visites médicales proprement dites. 7

III CONTEXTE DE L'ETUDE..... 9

A. PRESENTATION DE LA POPULATION DES GENS DU VOYAGE 9

1. Leur histoire 9

2. Leur culture 9

a) Leur conception spatio-temporelle..... 9

b) L'organisation sociale de la communauté 10

c) La religion et la mort..... 11

3. L'économie tzigane 11

4. Perception et accueil de la minorité tzigane 11

5. Bouleversement de l'identité tzigane 12

a) Bouleversements sociaux..... 12

b) Les bouleversements économiques 12

c) Bouleversement de l'habitat 13

B. LE TERRAIN D'ETUDE 13

1. La ville de Rodez..... 13

2. L'école élémentaire de Gourgan..... 13

IV LES RESULTATS..... 15

- de la recherche bibliographique

- des entretiens

- de l'expérience personnelle

A. ETAT DE SANTE DES GENS DU VOYAGE NON SEDENTARISES ET EN PARTICULIER DES ENFANTS.....	15
1. Leur rapport à la maladie et à la santé en général.....	15
2. Incidence des maladies selon l'âge	17
a) Principales pathologies chez les hommes et les femmes tsiganes	17
b) Principales pathologies chez les enfants et les adolescents	18
? La morbidité infantile	
? Les désordres du comportement alimentaire	
? Le sommeil	
? Les accidents domestiques	
? L'intoxication au plomb (saturnisme)	
? Autres affections pédiatriques fréquentes	
o Infections ORL	
o Caries dentaires	
o Dermatoses	
o Affections gastro-intestinales	
? Les conduites à risques	
B. PRISE EN COMPTE DE LA SANTE A L'ECOLE DES ENFANTS TSI GANES	19
1. Données résultant des entretiens	19
a) Education Nationale	19
b) Association Rouergate des Amis du Voyage (ARAV).....	21
c) Le médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)	21
2. Données résultant des visites médicales.....	23
a) Entretiens avec les parents et/ou les enfants	23
b) Les problèmes de santé constatés lors de ces visites médicales	25
c) La mise en place du suivi des cartes lettres.....	26
V DISCUSSION ET PROPOSITIONS	27
A. DISCUSSION	27
1. Les points forts de ces visites médicales :.....	27
2. Les points faibles de ces visites médicales :	27
B. PROPOSITIONS	28
VI CONCLUSION.....	29
VII BIBLIOGRAPHIE	30
VIII ANNEXES.....	32

I INTRODUCTION

Objectifs du travail présenté.

Les élèves tsiganes interpellent fréquemment la communauté éducative par leur "différence", mais aussi comme tout élève ils peuvent présenter des troubles qui amènent l'enseignant à consulter le médecin de l'éducation nationale.

Mais les médecins de l'Education Nationale savent-ils apporter les bonnes réponses à cette population tout en respectant leur identité ? Arrivent-ils à adapter leur pratique professionnelle à la population des gens du voyage dans le respect des différences culturelles ?

Le service de promotion de la santé des élèves doit prendre en compte certaines interrogations, telles que :

- Y a-t-il des problèmes de santé particuliers aux enfants du voyage ?
- Les visites médicales faites par le médecin de l'éducation nationale sont-elles bien prises en compte par les familles ?
- Comment assurer au mieux le suivi des avis médicaux ?

L'objectif de cette étude est d'essayer d'analyser comment le médecin de l'Education Nationale peut adapter ses pratiques pour s'assurer d'une meilleure prise en compte de la santé de l'enfant à l'école et d'un meilleur suivi des avis donnés aux familles.

L'enquête qui va suivre n'est pas le reflet de l'ensemble de cette communauté, mais de la population qui s'arrête un moment à l'école Gourgan de Rodez (Aveyron).

II METHODOLOGIE

A. LES RECHERCHES DOCUMENTAIRES

Afin de mieux cerner cette population que je connaissais très peu en début d'étude, il était nécessaire d'effectuer un certain nombre de lectures (documentations mais aussi romans), de visionner quelques films. Ce travail de bibliographie et de filmographie spécialisés sur la culture tsigane m'a permis de mieux comprendre leur mode de vie et d'expliquer certaines incompréhensions responsables de tensions dans nos comportements respectifs (tsiganes et non tsiganes) notamment dans le domaine de la santé.

B. LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Avant de rencontrer ces enfants et leurs parents lors des visites médicales, il était important de connaître d'une part le système pédagogique mis en place pour les accueillir dans les établissements scolaires, et d'autre part le rôle des associations de proximité qui aident les tsiganes. Cette étude s'intéressant plus particulièrement à la santé des enfants tsiganes, il était intéressant de rencontrer les médecins de la protection maternelle et infantile.

J'ai choisis la méthode des entretiens semi-directifs qui permettent à la personne de s'exprimer librement tout en restant dans un cadre donné. Dans ce cas précis le questionnaire est trop rigide et surtout moins convivial.

Les personnes ressources rencontrées sont :

1. L'éducation nationale:

- ⊗ L'inspectrice de l'éducation nationale chargée de l'adaptation et de l'intégration scolaire des élèves primo-arrivants (IEN.AIS) parmi lesquels figurent les enfants du voyages.
- ⊗ La directrice de l'école élémentaire Gourgan de Rodez qui a, entre autres missions, celle d'inscrire les élèves à leur arrivée et de leur délivrer le certificat de radiation à leur départ.
- ⊗ L'enseignant détaché pour le soutien scolaire des élèves primo-arrivants sur le secteur de Rodez. Il a pour rôle également de faciliter l'intégration de ces élèves dans leur classe et dans l'école. C'est un lien indispensable entre les familles du voyage, l'enfant et l'école.

2. L'association rouergate des amis du voyage : l'ARAV.

Composé de deux travailleurs sociaux et d'une secrétaire, son bureau est situé à Rodez mais ces travailleurs sociaux se déplacent dans tout le département de l'Aveyron (Annexe 6).

3. Le médecin de la protection maternelle et infantile (PMI).

La PMI est issue du conseil général. Les missions des médecins de la PMI s'exercent dans le centre médico-social du secteur mais aussi dans les écoles lors du bilan des 3 ans en petite section de maternelle.

C. LES VISITES MEDICALES A L'ECOLE

Après avoir étudié la littérature et les témoignages, il était indispensable pour cette étude de rencontrer les enfants du voyage avec de préférence leurs parents. J'ai donc programmé des visites médicales au sein même de l'école Gourgan, dans laquelle la majorité des enfants tsiganes stationnant à Rodez sont scolarisés, avec le but de voir tous les enfants du voyage fréquentant cette école.

1. Programmation des visites médicales et gestion des dossiers médicaux.

L'organisation des visites médicales ne pouvait se faire sans l'aide de la directrice de l'école mais surtout sans l'aide de l'enseignant chargé du soutien auprès de ces élèves. D'une part parce qu'eux seuls connaissent le nombre exact et le nom des enfants du voyage effectivement scolarisés dans l'école (le listing reçu par la secrétaire médico-scolaire ne correspondait pas aux enfants fréquentant l'école) et d'autre part parce qu'ils connaissent les fratries ce qui m'a permis de regrouper les rendez-vous afin de faciliter la venue des parents.

Grâce à sa connaissance de la culture tsigane, l'enseignant chargé du soutien a permis d'adapter au mieux les visites médicales. Par exemple : ne pas convoquer les parents à 9 heures ou à 14 heures lors de l'arrivée des autres parents mais en décalage (9 heures 15 ou 14 heures 15) car ils pourraient hésiter à venir (la rencontre avec les autres parents n'est pas toujours facile du fait du sentiment de rejet) ou encore de ne pas se contenter de donner des convocations écrites comme nous le faisons habituellement par le biais de notre formulaire type ("*note confidentielle destinée aux parents*") car la plupart des tsiganes ne sachant ni lire ni écrire, tout se passe par l'oralité. Il s'est donc proposé de se rendre lui-même sur le campement pour expliquer aux familles l'intérêt de cette visite médicale en leur présence en précisant la date et l'heure avec un rappel la veille.

La gestion des dossiers médicaux par la secrétaire médico-scolaire est également assez compliquée car les enfants peuvent changer de prénom : ils ont un prénom pour l'état civil, très peu usité par eux et un autre selon l'humeur ou le feuilleton américain à la mode par exemple. La date de naissance n'est pas toujours très précise quand ils ont perdu le livret de famille (il est né juste après la neige...) et, plus rarement, le nom de famille qu'ils nous donnent peut aussi changer si l'enfant part vivre avec un autre parent.

2. Les visites médicales proprement dites.

Pour cause de difficultés organisationnelles, l'infirmière de l'éducation nationale ne pouvait être présente lors de ces visites médicales. La visite médicale est classique (Annexe 1) en prévoyant toutefois un laps de temps plus important pour faciliter la mise en confiance et expliquer le rôle du médecin de l'éducation nationale. Je n'ai pas jugé opportun de faire le dépistage en détail des troubles des apprentissages (selon le docteur Zorman) car je ne voulais pas que la visite médicale soit ressentie trop "technique" par les parents et les enfants. Ont juste été explorés quelques items concernant le langage, la compréhension orale, la psychomotricité.

L'enseignant chargé du soutien scolaire agissait comme un médiateur en recevant les parents qui venaient chercher leur enfant dans la classe et en me présentant.

Les visites médicales sont faites dans l'école même, dans une salle de classe libre, bien chauffée et avec un éclairage correct, non loin de la classe de soutien. Ils nous semblaient important que les parents rentrent dans le bâtiment école pour qu'ils se l'approprient un peu mieux (certaines visites médicales des écoles de Rodez sont faites au centre médico-scolaire où les locaux sont plus appropriés).

Les visites médicales sont organisées la semaine avant les vacances de Noël pour être programmées la deuxième semaine de janvier, ceci afin de permettre à l'enseignant chargé du soutien de rencontrer les familles pendant les vacances. C'est la période au cours de laquelle les gens du voyage restent habituellement sur place.

Les indicateurs retenus pour l'étude sont :

- ? Le nombre d'enfants vus : indicateur de l'absentéisme volontaire ou non le jour de la visite médicale ;
- ? La présence ou non des parents : indicateur de leur participation active aux visites médicales ;
- ? L'apport du carnet de santé : indicateur de l'acceptation des visites médicales ;
- ? Les problèmes de santé rencontrés : indicateur de l'état de santé de ces enfants ;
- ? La perception de l'entretien : indicateur du climat de confiance et de l'adhésion au message santé ;
- ? Le suivi des avis médicaux : indicateur de prise en compte des conseils du médecin éducation nationale.

III CONTEXTE DE L'ETUDE

A. PRESENTATION DE LA POPULATION DES GENS DU VOYAGE

Le monde des tsiganes a du mal à se faire reconnaître. Pour preuve la diversité des appellations : gitans, nomades, romanichels, bohémiens, gens du voyage. La population tsigane est en effet très diverse puisqu'elle rassemble plusieurs groupes, chacun ayant ses particularités et son histoire propre; mais le regard porté sur cette population est globalement le même car le monde des tsiganes n'est connu que par des stéréotypes et des préjugés donnés par les médias. Les tsiganes se définissent avant tout en opposition globale avec les non-tsiganes qu'ils appellent gadjo¹. L'exaltation de cette différence est un facteur de conservation de l'identité culturelle et sociale face à leur situation d'exclusion.

On dénombre à peu près 300.000 tsiganes en France.

1. Leur histoire

D'après les études linguistiques², leur origine est indienne (le romané, la langue des tsiganes a un lien certain avec l'Inde). Il est difficile de connaître l'histoire tsigane du fait qu'il n'existe pas de document écrit et encore moins de documents écrits tsiganes. Eux-mêmes font peu cas de leur passé. Leur passé est noyé dans les légendes. Les tsiganes ont migré depuis le Nord de l'Inde pour des raisons encore ignorées. Cette migration suivant des trajectoires différentes, a donné naissance aux différents groupes qui ont une culture quelque peu différentes. Les trois groupes les plus importants sont les gitans, les manouches et les roms.

Les gitans se retrouvent essentiellement dans le sud de la France, en Espagne et au Portugal voire dans les pays d'Afrique du Nord.

Les manouches, quant à eux, se trouvent plutôt dans les pays du Nord comme en Allemagne, Pologne, Belgique ou en France.

Enfin les roms sont plus nombreux en Europe de l'Est (Roumanie, Hongrie).

2. Leur culture

a) Leur conception spatio-temporelle

La relation que les tsiganes entretiennent avec le temps est peu concevable pour les non tsiganes. A la différence des "gadjé" qui se projettent dans l'avenir, le nomade lui reste au présent (quand il a faim, il mange). Ils privilégient le temps présent. Cette perception du temps fait dire à Tony Gatlif³ que "les tsiganes vivent dans un éternel présent, refusent la mémoire et nient l'existence du temps". Ce qui fait que la plupart des tsiganes ignorent leur histoire et celle-ci est souvent alimentée par des légendes.

Le voyage est lié à cette appréhension du temps mais également de l'espace particulière à cette population. Les tsiganes se repèrent selon un système de référence qui leur est propre ; ils détiennent un sens raffiné de l'orientation⁴. Ils n'utilisent pas les outils des non-tsiganes (cependant ceci est de moins en moins vrai), ainsi ils ne se déplacent pas avec des cartes

¹ Gadjo, gadji, gadjé : toute personne qui n'est pas tsigane.

² Reyniers (A.), (Fev.2003), *Tsiganes et voyageurs. Identités, rapport au voyage, économie, éducation, et rapport à l'école dans le contexte de la société contemporaine*, conférence organisé par le CASNAV-CAREP pour l'IUFM, Nancy-Metz.

³ Tony Gatlif : réalisateur manouche français.

⁴ Bloch (J.), (1969), *Les Tsiganes*, PUF, Ventrôme, 126p.

routières ou de panneaux routiers. Ils se repèrent entre autres par des interprétations de signes, notamment visuels (autrefois ils reconnaissaient leur chemin à l'aide de chiffons accrochés à des arbres par un groupe tsigane qui les avait précédés).

Cependant l'organisation de l'espace par le tsigane est de plus en plus perturbée par le modèle de référence du sédentaire. La matérialisation d'un territoire leur est étrangère, ils n'ont pas d'attache véritable au sol. Mais ce n'est pas une nation sans territoire car leur territoire est la somme des espaces parcourus.

Les déplacements sont liés à des impératifs économiques, sociaux ou familiaux. Le fait de se déplacer est un facteur de cohésion sociale car le voyage permet de rencontrer du monde, d'échapper à une certaine routine, de supprimer les tensions éventuelles. Ils se déplacent surtout l'été et l'hiver est souvent une période difficile à vivre dans la précarité.

Malgré la forte sédentarisation, le voyage reste un pilier de la tradition tsigane Jean-Pierre Liégeois⁵ précise que le nomadisme est plus un état d'esprit qu'un état de fait. Les événements familiaux, les grands rassemblements, les pèlerinages sont toujours des raisons importantes qui poussent au départ.

b) L'organisation sociale de la communauté

Une des spécificités tsigane est l'organisation de leur société fondée sur la cellule familiale. Le père fait figure d'autorité, c'est lui qui décide des départs, de la répartition des tâches, des projets de mariage et gère l'argent du foyer. La femme s'occupe du foyer, la vie familiale dépend d'elle. C'est aussi elle qui va sur les marchés ou faire du porte à porte.

Le mode de vie est communautaire ; les peines et les joies sont partagées par tous. L'entraide est une des sources de leur survie.

On a coutume de dire que dans la société tsigane l'enfant est roi. Fortement désiré, il fait l'objet de toutes les attentions de la part de la famille et du clan tout entier. On trouve des familles où la mère de 35 ans est enceinte en même temps que sa fille de 15 ans. Ils reçoivent une éducation particulière. Aucun rythme ne leur est imposé : ils mangent, ils dorment quand ils en ont envie, rien ne leur est refusé. Pour eux, il est intolérable qu'un enfant pleure. A partir de deux ans, l'enfant est souvent poussé par un plus petit qui arrive et le relais affectif se fait avec les grands-parents ou les aînés. Très vite il assurera son autonomie et les adultes leur confient très tôt des responsabilités. Néanmoins les garçons ont plus de liberté que les filles.

Les personnes âgées sont peu nombreuses ; en effet la durée de vie des tsiganes est de 10 à 15 ans inférieure à celle des non-tsiganes. Comme les personnes malades ou handicapées, elles ne sont pas mises à l'écart du groupe et sont respectées et écoutées. La prise en charge par la famille et le clan se fait naturellement.

Les tsiganes sont des populations qui ont un sens de la fête très développée. Elles s'installent spontanément avec musique et danse. Cependant la télévision remplace ces veillées qui se perdent. De culture orale, ces moments permettaient de perpétuer certaines traditions et valeurs de la société tsigane.

La communauté a ses règles⁶. On essaie de régler les litiges par la discussion, sinon un tribunal temporaire est créé ; cependant il ne tient pas compte de la justice du pays environnant. Le châtement le plus dur est le bannissement de la communauté.

Il existe de nombreux tabous comme celui de se marier à un non-tsigane ou ceux liés à l'impureté féminine. Par exemple, on ne peut toucher une femme enceinte, après son

⁵ Liégeois (J-P.), (1983), *Tsiganes*, Petite Collection Maspero, Mayenne, 371p.

⁶ Stoyanovitch (K.), (1974), *Les Tsiganes, leur ordre social*, Rivière-Paris, Besançon.

accouchement ou quand elle est indisposée, on ne peut utiliser le prénom donné à un enfant avant sa puberté ceci afin de tromper les démons sur l'identité de cet enfant.

La morale tzigane est très différente de celles des non-tsiganes ; c'est pourquoi ils sont régulièrement accusés d'immoralité. A titre d'exemple ils ont une conception plus souple de la propriété privée et plus large de la propriété commune.

c) La religion et la mort

Ils adoptent la religion catholique, musulmane, orthodoxe en fonction du pays dans lequel ils se trouvent⁷. Il n'y a pas de hiérarchie entre les religions donc il y a relativement peu de déchirement autour de la question religieuse. La principale manifestation religieuse des tsiganes, quelle que soit leur religion, est le pèlerinage qui convient bien à leur mode de vie nomade (celui des Saintes-Marie de la Mer au mois de mai pour les catholiques et celui de Gien pour les évangélistes). Actuellement se développe un mouvement pentecôtiste très fort chez les tsiganes. Ce mouvement qui s'inscrit dans la mouvance chrétienne protestante prédit le retour du Christ sur la terre. L'image du Christ persécuté trouve résonance dans leur inconscient de peuple persécuté.

Parallèlement à la religion, les tsiganes intègrent à leurs croyances tout un monde de mythes et de superstitions⁸. La mythologie tzigane fait apparaître de bons et de mauvais esprits qui déterminent le destin des hommes et des animaux. Les tsiganes croient à l'immortalité de l'âme. La mort d'un tzigane est à l'origine de déplacements massifs et rapides dès l'annonce du décès. Selon les groupes, la mort est appréhendée de manière un peu différente. Chez les manouches, par exemple, toutes les traces matérielles qui restent après le défunt sont effacées.

3. L'économie tzigane

Pour un tzigane le travail est toujours un compromis entre l'obligation de nourrir sa famille et le souhait de rester libre de son temps pour les visites aux familles, les fêtes... La valorisation du travail repose sur la capacité à faire vivre la communauté. Dans la communauté tzigane, il n'y a pas accumulation du capital et les dépenses sont assurées au fur et à mesure des besoins. Les métiers traditionnels les plus répandus sont la chine, la récupération des ferrailles, le rempaillage, la vente sur les marchés, les stands de foire et fêtes foraines, l'étamage, l'aiguillage ou encore les activités de cirque et de spectacles.

4. Perception et accueil de la minorité tzigane

Après l'Espagne, la France est le pays d'Europe occidentale accueillant le plus de tsiganes sur son territoire. La France leur reconnaît en théorie des droits égaux aux autres citoyens mais les particularités ethniques, religieuses ou communautaires sont souvent vécues comme une menace pour l'unité nationale. Elle instaure donc des lois spécifiques pour contrôler les déplacements et mouvements de cette population. En 1912 les pouvoirs publics mettent en place le carnet anthropométrique qui est un titre de circulation où figurent la photographie, l'empreinte, les vaccinations, les dates de départ et d'arrivée dans chaque commune⁹. En 1969, ce carnet est abrogé et on demande aux tsiganes de choisir une commune de rattachement afin de remplir leurs obligations administratives et civiques. Ils doivent être titulaires également d'un titre de transport visé tous les 3 mois par l'autorité administrative. Suite à la multiplication des conflits entre les voyageurs et les communes, une loi (loi Besson du 5

⁷ Liégeois (J.-P.), (1976), *Mutation Tzigane*, Complexe, Bruxelles, 225p.

⁸ Cozannet (F.), (1973), *Mythes et coutumes religieuses des tsiganes*, Payot, St Armand, 224 p.

⁹ Falque (E.), (1971), *Voyage et tradition. Approche sociologique d'un sous-groupe tzigane : les manouches*, Payot, Paris, 254p.

juillet 2000 : Loi relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage) définit les conditions d'accueil des gens du voyage selon un schéma départemental et reconnaît donc le droit à l'itinérance. Elle prévoit que toutes les communes de plus de 5000 habitants doivent être équipées d'un terrain de stationnement d'au moins 5 places. Cette aire doit être située à proximité des écoles et des commerces et disposer de points d'eau, de sanitaires et de bornes électriques. Cependant cette loi se heurte à la résistance des maires qui craignent pour la sécurité et la tranquillité de leur ville. Ces diverses mesures instaurent des relations difficiles entre tsiganes et non-tsiganes.

Il existe une incompréhension très forte entre les tsiganes et les non-tsiganes due entre autres à un manque de connaissance de l'un comme de l'autre. Les discours sur les tsiganes vont de la magnificence (peuple libre, artiste, musicien...) à la négation absolue (asociaux, délinquants, voleurs...). Face à la population sédentaire, cette population qui apparaît et disparaît, aux activités irrégulières, mal connues et au mode de vie étrange, inspire de la curiosité et de la méfiance. A partir de là les tsiganes se sentent mal dans cet environnement. Ce sentiment d'exclusion peut inciter certains à commettre des délits plus ou moins importants. Quant à eux les tsiganes ont un regard sur la société des non-tsiganes assez critique ; ils n'ont pas d'admiration pour les non tsiganes qui courent toujours partout selon un emploi du temps bien réglé.

5. bouleversement de l'identité tsigane

Les tsiganes sont toujours parvenus au fil des siècles à préserver leur identité sans lutte. En s'adaptant aux diverses situations, ils empruntent aux cultures traversées des éléments qu'ils intègrent à leur propre culture. Cependant aujourd'hui, leur identité paraît menacée. Les capacités d'adaptation qu'ils ont montrées jusqu'à présent sont dépassées. Les contraintes récentes sont autant d'ordre social, économique que réglementaire.

a) bouleversements sociaux

Ils ont abandonné le cheval pour la voiture. Dans un premier temps, ce passage a créé des besoins monétaires et les tsiganes se sont ainsi intégrés dans de nouveaux modes de consommation. Comme les sédentaires, ils s'équipent en gazinière, machine à laver, frigidaire... Ne se projetant pas dans l'avenir, ils ont tendance à dépenser leur argent immédiatement. Le modèle traditionnel ne correspond plus à la réalité des jeunes (diminution de l'autorité du chef de famille, les filles s'émancipent davantage...) Avec la rupture des équilibres traditionnels, les tsiganes entrent dans une situation de pauvreté, de vulnérabilité puis s'enferment progressivement dans une plus grande exclusion sociale¹⁰.

b) Les bouleversements économiques

La mécanisation des travaux de cueillette, l'apparition des déchetteries, l'organisation de la récupération des métaux réduisent les possibilités de travail des tsiganes. Le monde du travail actuel a des exigences incompatibles avec la culture traditionnelle des tsiganes notamment au niveau des diplômes car malgré les savoir-faire réels, l'exercice légal d'une activité ambulante exige au minimum un CAP ou 3 ans d'expérience dans le métier; ce qui est incompatible avec leur conception de la vie.

Outre l'activité professionnelle en elle-même, il s'agit de toute l'administration qui se complexifie. La nécessité de lire, écrire, compter se fait de plus en plus sentir dans la vie quotidienne des tsiganes. Face à ces changements, un nombre de plus en plus important de

¹⁰ Charlemagne (J.), (1983), *Populations nomades et pauvreté*, PUF, Gap, 85p.

tsiganes se sédentarisent d'autant plus qu'il leur est demandé une adresse postale pour tous les papiers administratifs.

De nos jours beaucoup de tsiganes perçoivent des aides sociales et en vivent : perception du RMI (revenu minimum d'insertion) dans les années 1990, des allocations familiales, de la CMU (couverture maladie universelle) en janvier 2000 permettant l'accès aux soins (voir Annexe 3).

c) Bouleversement de l'habitat

La densification du bâti a pour conséquence majeure pour les tsiganes la destruction des lieux de halte. Les tsiganes ne sont acceptés qu'à côté des stations d'épuration, des décharges, et autour des voies ferrées et autoroutes. Aujourd'hui pour mieux les contrôler les états cherchent à les sédentariser. Mais la sédentarisation lorsqu'elle est subie et non choisie mène à la perte de l'identité culturelle et des possibilités économiques liées au voyage. La vie en logement demande des changements de comportement : paiement des loyers, relations de voisinage...

Beaucoup de tsiganes conservent la nostalgie du voyage car la nouveauté a fait place à la routine et l'environnement est souvent hostile. Les nomades sédentarisés oscillent entre deux systèmes contradictoires. Ceci dit certains établissent de bons contacts avec l'entourage sédentaire. Actuellement il semble que la société tsigane est en train de vivre une mutation qui remet en question leur identité¹¹.

B. LE TERRAIN D'ETUDE

1. La ville de Rodez

Rodez est la préfecture de l'Aveyron, département de Midi-Pyrénées. Les gens du voyage qui stationnent à Rodez sont plutôt des manouches (beaucoup sont originaires d'Allemagne) et parfois des gitans.

Rodez accueille les gens du voyage selon le schéma départemental prévu par l'article 28 de la loi N° 90.449 du 31 mai 1990 (Annexe 2). Il y a quatre aires d'accueil dont la plus importante est celle de la Brienne située près du quartier de Gourgan. Toujours selon ce schéma départemental, la scolarisation des enfants du voyage doit se faire dans l'école la plus proche de leur campement.

2. L'école élémentaire de Gourgan

L'effectif de l'école élémentaire de Gourgan est en septembre 2005 de 119 Elèves dont 19 enfants du voyage inscrits, soit 16 % de l'effectif total. Ceci représente 7 familles dont la particularité est d'être sédentaires.

Les parents tsiganes n'inscrivent que très rarement leurs enfants à l'école maternelle car les mères sont peu préparées à la scolarisation des tous petits avec lesquels elles ont un lien très étroit.

Les élèves tsiganes sont intégrés dans les classes ordinaires selon leur âge, et regroupés à certains moments de la journée dans une classe de rattrapage pour une mise à niveau sous la responsabilité d'un enseignant détaché pour les primo-arrivants.

¹¹ Liégeois (J-P.), (1976), *Mutation Tsigane*, Complexe, Bruxelles, 225p.

Le tableau 1 montre le nombre d'enfants du voyage scolarisés à la rentrée scolaire 2005-2006 selon leur classe.

	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Total
Garçons	2	1	2	0	4	9
Filles	0	2	2	3	3	10
Total	2	3	4	3	7	19

IV LES RESULTATS

- de la recherche bibliographique
- des entretiens
- de l'expérience personnelle

Pour pouvoir avoir une idée de l'efficacité des visites médicales faites par le médecin de l'Education Nationale auprès des gens du voyage, il est important de connaître l'état de santé de cette population à travers la bibliographie et les expériences des professionnels de santé.

L'état de santé des enfants étant étroitement lié à celui des adultes et inversement, nous aborderons donc dans cette étude les problèmes de santé des adultes, puis celui des enfants.

A. ETAT DE SANTE DES GENS DU VOYAGE NON SEDENTARISES ET EN PARTICULIER DES ENFANTS

1. Leur rapport à la maladie et à la santé en général

Il n'y a pas de pathologie spécifique aux gens du voyage. L'état de santé de cette communauté ressemble à celui des populations en situation de paupérisation. Le contexte socio-économique, avec la misère, les touche de plein fouet, et cette situation est majorée par la barrière de la culture et de la langue. Les tsiganes ont souvent des difficultés à comprendre le fonctionnement des administrations, à gérer les papiers, d'où une mauvaise utilisation de nos systèmes de soin. Dans le préambule de la constitution du 27 octobre 1946 est notifié : "La nation garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé ..." Le droit à la santé signifie le droit aux prestations de santé de la Sécurité Sociale, notamment avec la CMU (Annexe 3).

Mais les gens du voyage rencontrent souvent des difficultés d'accès aux soins car certaines caisses d'Assurance Maladie discutent les conditions de résidence, et il arrive que des praticiens refusent de pratiquer certains soins (prothèse dentaire par exemple) de peur de ne pas être remboursés convenablement.

La santé selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est un état de bien-être physique, mental et social. Si l'on s'appuie sur cette définition, les gens du voyage semblent en mauvaise santé en regard de leurs conditions de vie. L'exclusion sociale due en grande partie à la méconnaissance culturelle génère ou aggrave les problèmes de santé de cette communauté.

Il est parfois difficile d'admettre que la représentation qu'ils se font de la santé est différente de la notre. Selon la culture, la maladie, la souffrance se vit différemment. Ils peuvent ne pas comprendre la nécessité de tel ou tel traitement et adhèrent très peu à notre médecine préventive. Vivant dans l'instant présent, ils n'ont pas conscience de l'importance de la prévention en matière de santé.

Il leur manque une éducation à la santé qu'essaient de palier certaines associations. Toutefois, les générations plus jeunes se rapprochent progressivement de la médecine française (accouchement à l'hôpital, vaccination des enfants, médicaments ...) Au delà des difficultés dues à la langue mal maîtrisée, l'appréhension d'un médecin qu'ils connaissent mal constitue un frein supplémentaire à l'accès aux soins. Par contre, face à la maladie des enfants, les tsiganes s'affolent vite. La guérison, quand le médecin est appelé en urgence, doit être immédiate et la réputation du médecin se fera sur la longueur de son ordonnance, même si la prise des médicaments s'arrête dès l'amélioration des symptômes.

Daniel Lévy¹² note qu'un "bon comprimé pour eux est un comprimé dont on voit l'efficacité, c'est le cachet moussant, le comprimé effervescent visible sous les yeux".

Pour la plupart d'entre eux, les centres de santé de Médecins du Monde, du Secours Catholique ou les hôpitaux restent le seul moyen d'accès aux soins. A l'hôpital, ils sont souvent mal tolérés : ils arrivent en famille (une manière pour eux de calmer l'angoisse de la maladie), sont plus ou moins propres, sortent sans autorisation médicale. Ceci peut entraîner des discriminations face aux soins. L'urgence est traitée, mais la mise en place d'un suivi médical ou d'un traitement long est souvent compliqué (par exemple kinésithérapie). La sédentarisation est parfois due au désir de se faire suivre médicalement.

Au regard de nos valeurs culturelles, nous avons souvent tendance à les rendre responsables de leurs problèmes de santé alors que nous devons prendre en compte l'inter culturalité. En effet, outre la médecine officielle ils font également appel aux ressources traditionnelles : médication par les plantes, recours aux guérisseurs, prières diverses. Annie Kovacs-Bosh¹³ décrit une maladie très courante chez eux : la maladie des "côtes serrées" qui est responsable d'un gonflement du tronc des enfants. Le médecin parle de bronchite. Les vieilles du clan mettent alors l'enfant tout nu, et avec les deux mains enduites d'huile lui massent le ventre de haut en bas ainsi que le dos. "Elles font des prières au ventre et le prennent par les pieds et le soir il est guéri". Cette pratique n'est pas si éloignée de certaines pratiques des kinésithérapeutes.

Un autre exemple de tradition est le *petrepene* : c'est une formule écrite que les mères cousent dans un sachet de toile épinglé aux vêtements de l'enfant pour le protéger.

Pour les tziganes, l'intégrité de l'être est un équilibre entre soi et l'environnement. La maladie paraît toujours avoir quelque chose d'accidentel lié à la fatalité, à des éléments naturels ou non, à des tabous d'impureté sur le plan social ou religieux. Si les maladies sont les mêmes que celles des gadgés, c'est le comportement devant les symptômes qui est différent. Ils ont une grande résistance à la douleur et à la fatigue.

Il trouvent dans les diverses cultures rencontrées lors de leurs voyages des pratiques particulières (plantes médicinales, connaissance fine du psychisme humain ...) qu'ils transmettent de génération en génération.

La situation de mariage mixte et la distance avec la coutume favorisent l'ouverture à la médecine officielle.

L'association ATS (Association Tzigane Solidarité) à Toulouse a rendu publique l'état de santé des tziganes dans le cadre d'une recherche sur la pauvreté financée par la communauté économique européenne. Elle constate la dégradation des conditions de vie liées d'une part au stationnement sur des aires insalubres¹⁴ (absence d'eau potable, de recueil d'eaux usées, de ramassage d'ordures ménagères, branchements électriques non sécurisés ...), et d'autre part au danger de certaines activités comme le ferrailage (saturnisme – Annexe 4) ou l'élagage (sans harnais de sécurité).

Si on y ajoute une mauvaise surveillance médicale, cela implique une plus grande vulnérabilité face aux risques, et donc un taux de morbidité plus élevé que pour le reste de la population. L'espérance de vie des manush à la naissance est inférieure de 20 à 25 ans aux moyennes nationales d'après Annie Kovacs-Bosh.

¹² Daniel Lévy, Président d'Am Ketenes ["tous ensemble" en manouche] Limoges – La santé des gens du voyage.

¹³ Annie Kovacs-Bosh (doctorante EHESS) : Etude exploratoire des représentations de la maladie et de la guérison chez les manush. *Études tziganes* n°2/1999, Vol. 14, pp. 87-91.

¹⁴ Dominique Delpiroux, "Ici, nous on vit comme en Amazonie", *La Dépêche du Midi*, 5 avril 2006.

Le rôle des problèmes d'hygiène dans la santé des gens du voyage se conçoit aisément, même si la plupart des femmes tsiganes sont propres.

Mais comme le souligne Camille Duranteau¹⁵ la faiblesse des soins reçus fait que les maladies se développent rapidement et évoluent vite. Si la maladie se révèle réellement handicapante, la communauté décide alors de ce qu'il faut faire. Le soutien de l'ensemble du clan permet de supporter l'angoisse liée à la maladie.

Dans son rapport de 1998¹⁶, le HCSP (haut Comité de la Santé Publique) estime que "la souffrance physique est actuellement dans le domaine de la santé le symptôme majeur de la précarité".

Il est noter que les sédentaires offrent un terrain plus propice aux maladies et ressentent davantage la crainte de l'avenir.

2. Incidence des maladies selon l'âge

On ne peut pas aborder la santé des enfants tsiganes sans évoquer l'état de santé de l'ensemble des membres du clan.

a) Principales pathologies chez les hommes et les femmes tsiganes

Le Docteur Jean-Claude Guiraud¹⁷ (Médecin président de l'association CCPS – Comité de Coordination pour la Promotion et la Solidarité des communautés en difficultés) relève (dans *La santé des tsiganes en question*) :

- Des pathologies spécifiques liées aux conditions de vie qui leurs sont propres : proximité des dépotoirs, des stations d'épuration, des déchetteries, conditions de travail.
- Des pathologies liées aux processus d'exclusion et de rejet, en particulier le stress quotidien pour trouver une place et la garder.

Les principales pathologies rencontrées à l'âge adulte sont :

- ⊗ Les pathologies cardio-vasculaires : hypertension artérielle, artérite, infarctus.
- ⊗ Les pathologies métaboliques (diabète) et les désordre du comportement alimentaire.
- ⊗ Les maladies de la cavité buccale (abcès dentaires, chicots, candidoses).
- ⊗ Les affections respiratoires chroniques dues notamment à un tabagisme important.
- ⊗ Les maladies psychologiques entraînant une surconsommation de médicaments psychotropes, anxiolytiques et hypnotiques, et responsables de fréquentes conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie). La consommation de drogue commence jeune, d'une part car les jeunes tsiganes quittent tôt l'école et ont du mal à trouver une place dans la société, d'autre part car ils subissent l'éclatement du clan et la perte de leurs valeurs culturelles.

On constate une proportion importante de personnes ayant un ou plusieurs facteurs de risque : obésité, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie ...

¹⁵ Camille Duranteau (infirmière), "Témoignage contre un mythe, chasser (*marchav*) le mythe", *Tsigane et Santé de nouveaux risques ?*, *Etudes tsiganes*, 2d trimestre 2000.

¹⁶ Avis au gouvernement rendu public le 20 février 1998. Le Monde 23.02.1998, HCSP, la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé – ENSP février 1999.

¹⁷ Jean-Claude Guiraud : *La santé des tsiganes en question*. *Etudes tsiganes*, 2d trimestre 2000

D'après les observateurs, la prévention de ces pathologies passe par la reconnaissance et la sauvegarde du voyage.

On peut faire une remarque particulière concernant les femmes tsiganes :

Les mariages sont précoces (à partir de 15 ans) ce qui entraîne que les femmes ont des enfants très jeunes et en nombre élevé. Les fausses couches et les grossesses à risque sont nombreuses car peu suivies. Les visites prénatales obligatoires sont faites car elles permettent d'avoir droit aux prestations familiales, mais elles ne sont pas perçues comme une sécurité pour la mère et pour l'enfant.

L'accouchement se fait à la maternité, mais les jeunes mères sortent souvent sans avis médical au bout de 48 heures et reprennent très vite leurs tâches ménagères.

Un autre risque touche les femmes enceintes avec l'avortement qui, quand elles y ont recours, ne se pratique jamais dans un centre médicalisé.

b) Principales pathologies chez les enfants et les adolescents

? La morbidité infantile : elle est élevée surtout chez les groupes les plus défavorisés. A la naissance, 50 % des enfants ont un poids inférieur à 3 kg, et environ 15 % sont hospitalisés pour prématurité, septicémie ou détresse respiratoire. Les mariages consanguins relativement fréquents peuvent être responsables de maladies génétiques dont la plus fréquente est la thrombasthénie de Glansman, maladie de la coagulation touchant plusieurs enfants dans le clan.

? Les désordres du comportement alimentaire : l'allaitement est plutôt maternel, et il est préférable à l'allaitement artificiel car les mères ne sont pas assez strictes sur la constitution des biberons et sur la stérilisation (candidoses buccales fréquentes). Le passage au lait de vache est précoce (3 à 4 mois), puis très rapidement l'enfant mange comme tout le monde.

L'alimentation est vécue comme un plaisir sans restriction. On ne peut pas savoir exactement ce que mangent les enfants car le rythme et la quantité des repas sont anarchiques, selon la demande de l'enfant. Ce comportement peut alterner avec des périodes de jeûne si on ne peut pas acheter de nourriture. Tout ceci favorise l'obésité, d'autant plus que les féculents sont souvent la seule ressource pour faire des repas copieux et peu chers. Les régimes conseillés par les professionnels de santé sont souvent onéreux, mal admis et donc difficilement réalistes.

? Le sommeil : on constate chez le petit enfant un manque de sommeil dû en grande partie à l'espace caravane. Le bruit des voix, la lumière, les passages ne favorisent pas l'endormissement. Comme pour l'alimentation, les rythmes du sommeil sont anarchiques car l'enfant se couche quand il en ressent le besoin, et se réveille spontanément. On ne réveille pas un enfant qui dort.

? Les accidents domestiques : ils sont fréquents et parfois dramatiques. On note :

- o Des brûlures favorisées par l'exiguïté des caravanes, avec de l'eau bouillante, des poêles en fonte ou des produits inflammables.
- o Des coupures infectées surtout aux pieds car ils marchent souvent pieds nus dans le campement.
- o Des lésions traumatiques : chutes, fractures.
- o Des intoxications par les produits d'entretien, des médicaments.

? Une intoxication particulière : l'intoxication au plomb ou saturnisme (Annexe 4). L'activité de ferrailage constitue un risque majeur d'intoxication par le plomb,

d'autant plus qu'elle se pratique dans des lieux proches des caravanes. L'inhalation de plomb se fait par le biais des vapeurs lorsqu'il fond, ou par les poussières présentes sur les vêtements. Il faudrait informer les familles des conséquences de ce travail sur la santé des enfants et les inciter à faire une plombémie en cas de risque.

- ? Autres affections pédiatriques fréquentes :
 - o Les infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) car les caravanes sont surchauffées et les enfants peu vêtus pour aller dehors. L'atmosphère confinée de la caravane favorise également la transmission des germes.
 - o Les caries dentaires commencent tôt, vers 3 à 4 ans. Ils consomment à longueur de journée, selon leurs moyens, des boissons sucrées, des confiseries. On peut voir des enfants avec de véritables chicots noirs dans la bouche. L'accès aux soins dentaires est difficile car mal remboursés, et certains dentistes acceptent difficilement de soigner les gens du voyage par crainte de ne pas être payés, mais aussi parce que les rendez-vous ne sont pas toujours respectés.
 - o Les affections dermatologiques comme l'impétigo, les eczémas, les teignes.
 - o Affections gastro-intestinales
- ? Les conduites à risques : très jeunes, les enfants sont exposés à des prises de risque fréquentes : tabac (ils fument dès l'âge de 9 – 10 ans), l'alcool, mais aussi les drogues (à 8 ans beaucoup savent comment faire un joint).

De plus les adolescents, n'ayant pas reçus d'éducation à la santé, ont une mauvaise connaissance de leur corps, et en particulier de la sexualité. La prévention a donc peu de prise sur eux (hépatite B, SIDA, grossesses non désirées).

On constate combien les enfants (et les adultes) souffrant d'un handicap sont très bien tolérés dans le groupe et entourés. C'est un grand facteur d'intégration dans le clan, que le handicap soit physique ou mental.

B. PRISE EN COMPTE DE LA SANTE A L'ECOLE DES ENFANTS TSIGANES

1. Données résultant des entretiens

a) Education Nationale

Suite aux entretiens avec madame l'inspectrice de l'Education Nationale chargée de l'adaptation et de l'intégration scolaire des élèves primo arrivants (IEN-AIS), de la directrice de l'école Gourgan, de l'enseignant détaché pour le suivi scolaire des élèves primo arrivants nous pouvons noter un certains nombre de points concernant la scolarisation des enfants tsiganes.

L'itinérance ne favorise pas la scolarisation, cependant le système éducatif tente de s'y adapter depuis quelques années. La loi d'orientation du 10 juillet 1989 rappelle que l'éducation est un droit pour tout enfant vivant sur le sol français. En France 50 % des enfants itinérants fréquentent l'école avec une certaine régularité, 85 % lorsque les parents sont sédentaires, mais moins de 10 % atteignent l'enseignement secondaire et le taux d'illettrisme reste important. La scolarisation à l'école élémentaire est correcte, ce qui n'est pas le cas en maternelle où peu d'enfants sont scolarisés. Un grand effort reste à faire pour qu'ils comprennent que la grande section de maternelle est une étape importante avant le CP.

La scolarisation au collège s'accroît, mais demeure encore aléatoire car difficilement acceptée. Les parents restent sur la défensive par rapport au collège. En effet ils se rajoutent des angoisses supplémentaires avec l'arrivée des questions sur la sexualité, la drogue et les fréquentations. Après le CM2 la plupart demande la scolarisation avec le CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) pour ne pas avoir à connaître la collectivité du collège. Cependant l'Education Nationale arrive à négocier deux demi-journées par semaine de présence au collège pour faire le point sur les acquis. A Rodez, la mise en place d'une classe passerelle¹⁸ est en cours (voir Annexe 5, "Les dispositifs spécifiques de scolarisation en collège d'adolescents issus des communautés du voyage dans l'académie de Toulouse"). Elle permettra la rescolarisation des jeunes tsiganes en vue d'une intégration scolaire ordinaire.

Ainsi diverses expériences de scolarisation sont tentées pour favoriser l'éducation des jeunes enfants voyageurs : école sur les terrains de stationnement, classes spécialisées intégrées à un groupe scolaire, bus école ...

L'école étant obligatoire de 6 à 16 ans, les enfants sont inscrits à l'école, mais n'y viennent pas forcément régulièrement. L'absentéisme peut être occasionné par des départs réguliers suivant la saison (travaux agricoles, fêtes évangéliques ...) des maladies bien sûr, mais aussi parce que les parents n'ont plus d'essence à mettre dans le fourgon ou que l'enfant dort. L'illettrisme des groupes familiaux accentue leur désinvestissement pour la scolarité. L'accueil des enfants du voyage et de leur famille est déterminant pour la qualité de l'intégration et la fréquentation scolaire. Ainsi les écoles non préparées ne peuvent accueillir dans de bonnes conditions les enfants des familles itinérantes.

Selon leurs déplacements, ils peuvent changer d'école pour 3 jours seulement. Le problème se pose de savoir dans quel niveau de classe ils peuvent être inscrits : selon leur âge ou selon leur niveau scolaire ? Le CASNAV (Centre Académique pour la Scolarisation des Nouveaux Arrivants et des enfants du Voyage) propose un livret scolaire de suivi dans lequel seraient notés les acquis scolaires de l'enfant afin d'éviter qu'il ne refasse deux fois le même niveau. Ce livret suivrait l'élève dans ses différentes écoles.

La scolarisation des enfants doit être accompagnée car bien que conscients de la nécessité de scolariser leur enfant, les parents craignent l'éloignement de la structure familiale. Pour l'enfant lui-même, il est difficile de se confronter seul aux enfants gadgé avec leurs différences, et il leur faut beaucoup de courage. Il est donc important de créer un lien de confiance entre les familles, l'enfant et l'école.

Pour l'enseignant, il ne suffit pas de recevoir une formation sur la culture tsigane pour s'occuper de ces enfants, mais il faut avoir l'envie de mieux les connaître, et d'avoir pour ce peuple de l'empathie : ne pas imposer nos règles de gadgé, accepter leurs absences et leurs retards, leur mode de pensée. Le monde des tsiganes fait parfois un peu rêver, mais de nos jours prédomine l'inculture liée à la paupérisation. Les enfants tsiganes passent beaucoup de temps devant la télévision, à écouter des chansons à la radio, ou à jouer aux jeux vidéo. Ils n'éprouvent pas le besoin de faire du sport.

Lire et écrire : ils mettent 3 à 4 ans avant de comprendre à quoi cela sert. En CP : ils ne connaissent pas une lettre, ni tenir un crayon. La discrimination auditive est difficile. Ils parlent français, mais le vocabulaire est pauvre. Autrefois, il suffisait qu'il y ait un ou deux lecteurs dans le clan, actuellement ils disent qu'il est important de savoir lire pour avoir le permis de conduire. La latéralisation (droite, gauche) est difficile à mettre en place, mais ils peuvent facilement retrouver leur chemin dans une ville. Il est également difficile pour eux de

¹⁸ Les classes passerelles sont des structures d'enseignement adaptées mises en place pour les élèves primo-arrivants étant amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en Communauté française alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement).

concevoir la notion de l'heure. Leur culture étant orale, cela ne sert à rien d'écrire des mots sur le cahier de liaison de l'élève ; pour créer le dialogue avec les familles, il faut se rendre sur leur campement car les parents sont peu vus dans l'enceinte de l'école : ils déposent leur enfant et ne sortent pas du fourgon.

b) Association Rouergate des Amis du Voyage (ARAV)

En 2005, 19 familles se répartissaient sur les 4 aires d'accueil de Rodez. L'association (Annexe 6) développe de multiples partenariats afin de répondre aux problématiques de gens du voyage, à savoir :

- aider les familles vers l'accès à un habitat décent,
- faciliter leur installation sur les nouvelles aires,
- se positionner comme médiateur entre les groupes en stationnement illégal, la justice et les pouvoirs publics.

Elle accompagne les familles dans les domaines suivants :

- scolaire : suivi de la scolarité,
- social : accès au droit commun,
- médical : lien avec les hôpitaux.

Cet accompagnement se fait avec l'Education Nationale, le Conseil Général, la Caisse d'Allocations Familiales, les hôpitaux, la mairie ... L'association est également agréée pour recevoir les déclarations d'élection de domicile pour les personnes sans résidence stable, ce qui permet aux usagers l'accès aux droits administratifs et sociaux.

Dans l'association, les gens du voyage trouvent les personnes de confiance qui prennent le temps de leur fournir des explications avec des mots adaptés à leurs différences langagières. Par exemple à Rodez, avant de mettre en place le livret de suivi scolaire proposé par le CASNAV, l'ARAV a fait le lien entre l'inspection académique de l'Aveyron et les parents d'enfants du voyage pour savoir comment serait perçu ce livret. Il ne fallait surtout pas qu'il soit perçu comme un élément de contrôle. Contre toute attente, ce projet a été bien accepté par la communauté tsigane du département.

Il n'y a pas de pôle santé au sein de l'ARAV comme dans certaines association plus importantes (le CCPS à Toulouse, "Solidarité avec les Gens du Voyage 65" à Tarbes). L'éducation à la santé n'est donc pas organisée. Cependant, les éducateurs de l'ARAV, grâce au suivi régulier des familles peuvent les inciter à prendre des rendez-vous auprès des médecins, les accompagner si elles le désirent, et en cas de nécessité vérifier la bonne observance du traitement. Il serait donc souhaitable de renforcer le partenariat avec le service de santé scolaire pour le suivi des carte-lettres.

Les éducateurs de l'ARAV passent régulièrement dans les écoles où sont scolarisés les gens du voyage pour créer un lien régulier entre les enfants, les parents et les enseignants. L'association facilite également le recensement des besoins des enfants du voyage sur l'ensemble du département en concertation avec l'Inspection Académique. Les travailleurs sociaux rencontrés soulignent bien le fait que ce n'est pas dans les écoles que l'on va rencontrer les parents. Il faut aller vers eux, c'est à dire au campement.

c) Le médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI, issue du Conseil Général regroupe les travailleurs sociaux et les professionnels de santé. C'est au cours des visites médicales infantiles que la prévention est abordée avec les parents : hygiène, alimentation, rythmes de vie et vaccination. Les trois certificats de santé

obligatoires sont adressés au médecin responsable du service de PMI du département. Ce certificat sert au suivi épidémiologique de la santé des enfants de moins de 2 ans, mais il sert également au suivi individuel. Il peut donc donner lieu à un rendez-vous de consultation ou un suivi particulier du service (puéricultrices, assistants sociaux). Cependant, l'absence fréquente des parents lors de ces visites médicales ne facilite pas l'éducation sanitaire.

Il y a quelques années, les puéricultrices de la PMI du secteur rencontraient sur les campements les gens du voyage afin de créer un climat de confiance avec cette population, et plus particulièrement avec les femmes. Malheureusement, actuellement ce n'est plus une priorité du Conseil général de l'Aveyron. Par conséquent, la PMI n'étant plus connue par la population, les consultations d'enfants tsiganes sont rares. Lorsque les mères amènent leurs enfants, c'est souvent pour une vaccination en retard, et la planification n'est pas respectée.

Les médecins de PMI reçoivent des certificats médicaux émanant le plus souvent des médecins généralistes consultés lors de leurs déplacements. Ces visites médicales sont habituellement faites dans le temps imparti car, si les femmes ne saisissent pas toujours l'importance de cet examen médical, elles savent que les prestations médicales y sont subordonnées.

Il est regrettable que ce lien avec la population tsigane ne soit plus maintenu car, par l'intermédiaire des femmes, les messages de prévention sur la santé pouvaient être mieux compris par l'ensemble de la communauté.

Depuis la création de la CMU en 1999 (Annexe 3) qui permet une protection maladie très complète, le recours aux soins des gens du voyage est facilité. Il n'en reste pas moins qu'ils peuvent parfois se heurter à des refus de soins car la population tsigane est réputée difficile. Lorsque les professionnels de santé se plaignent de rendez-vous manqués, ce n'est pas toujours parce que les tsiganes ont du mal à se repérer dans le temps, mais c'est aussi parce qu'il peuvent avoir la sensation que le médecin les pousse à adhérer à un traitement alors qu'ils n'y sont pas prêts. Lorsque le professionnel de santé les trouve trop envahissant quand un des leurs est souffrant, il faut penser à ce tsigane qui disait : "Quand on va aux urgences nombreux c'est pas pour faire pression. C'est pour avoir des nouvelles rapidement. Si un de nous ne vient pas, on pense qu'il n'aime pas le blessé et il se fera engueuler".

Il n'est pas facile de faire accepter la prise de rendez-vous. Si quelque chose de plus important se présente, ils ne viennent pas. Cela prouve les difficultés d'adaptation à nos habitudes. Mais en revanche, il faut répondre tout de suite à leur demande, sinon après c'est trop tard. Lorsqu'on est appelé pour l'un d'eux sur le terrain, il faut donc prévoir du temps pour ceux qui demanderont une consultation. Il faut toujours demander le carnet de santé d'un enfant lors d'une visite médicale, car on peut obtenir une mise à jour des vaccinations, à condition que parents ne quittent pas la région.

Malgré l'accès aux soins facilité, cette population occulte une démarche préventive et passe trop souvent par les urgences hospitalières. Elle échappe également aux campagnes de dépistage. "La CMU a ouvert certains droits à la santé, mais elle n'a pas tout géré" (Docteur Guiraud).

Les problèmes de santé spécifiques repérés au cabinet médical.

- la couverture vaccinale déficiente
- la précarité des grossesses
- les pathologies liées aux conditions précaires de stationnement (gastro-entérites, dermatoses, intoxications ...)

- le taux important de maladies cardio-vasculaires liées à plusieurs facteurs : tabac, alcool, diabète, hypercholestérolémie, exclusion
- le stress de l'itinérance et du rejet

Le Docteur Guiraud note "A 25 ans les femmes en paraissent 40, un phénomène d'usure prématuré qui entraîne des problèmes de santé importants".

Les médecins insistent sur la nécessité de leur proposer comme à toutes les populations défavorisées des bilans de santé (rôle de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie), de prévoir un accompagnement pour les grossesses, de développer la présence d'un médecin référent et de veiller à la bonne santé des enfants.

Remarques : il y a eu pendant quelques années une infirmière du Conseil Général qui se rendait sur les campements des gens du voyage de Rodez pour promouvoir des actions d'éducation à la santé (hygiène bucco-dentaire, alimentation, tabac et alcool ...). Son travail en partenariat avec l'ARAV était intéressant, mais cette action n'a pas été renouvelée.

Dans les écoles les infirmières de l'Education Nationale interviennent auprès des enfants pour des actions santé. Elles s'adressent à la classe, donc également aux enfants du voyage. Mais dans ce cadre leur discours risque d'être éloigné du vécu des enfants tsiganes.

Dans certains départements, des infirmier(e)s sont détaché(e)s de l'hôpital pour assurer un accompagnement individualisé auprès de cette population dont les besoins sont particuliers (rapport d'activité de l'association Solidarité avec les Gens du Voyage 65).

2. Données résultant des visites médicales

Les visites médicales ont été faites dans la première semaine du mois de janvier 2006 ; 12 enfants étaient convoqués sur les 19 inscrits car 7 ne se sont jamais présentés à l'école. 8 enfants ont été vus en visite médicale, les 4 autres étant partis avec leur famille pendant les vacances de Noël.

Le tableau suivant montre le nombre d'enfants du voyage scolarisés à l'école Gourgan en janvier 2006 vus en visite médicale.

	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Total
Filles	1	1	-	1	3	6
Garçons	-	1	-	1	-	2
Total	1	2	-	2	3	8

Age des enfants vus : entre 7 ans et 5 mois, et 11ans et 4 mois.

Seules 2 mamans étaient présentes. Les raisons pour lesquelles les parents étaient absents : le fourgon n'était disponible, le petit frère était malade, ils n'avaient pas compris qu'il fallait venir ...

a) Entretiens avec les parents et/ou les enfants

Malgré leur réticence à parler d'eux et leur difficultés en français, les entretiens avec elles et les enfants ont permis de relever certaines informations concernant la qualité de vie (hygiène, sommeil, alimentation, soins ...)

Les enfants tsiganes fréquentant cette école vivent dans des caravanes sur les campements prévus par la ville de Rodez avec sanitaires, eau chaude, électricité ... L'hygiène semble donc correcte.

Les hommes travaillent dans le bâtiment (peinture, ravalement de façade), donc les enfants n'ont pas à priori de risque de saturnisme (pas de manipulation de ferraille). Avec leur famille, ils parlent français, peu le manouche dont ils connaissent juste quelques mots de leurs grands-parents.

Ils voyagent peu et pas pendant le temps scolaire. Ils ne s'éloignent pas de Rodez (Villefranche de Rouergue ou Millau dans l'Aveyron) ; "on est rejetés, alors on voyage peu" me dit une des mamans.

Les enfants vont à l'école assez régulièrement pour apprendre à lire et à écrire et pouvoir passer le permis de conduire (autant les filles que les garçons), même s'ils avouent ne pas trop aimer les devoirs.

Sur les 8 enfants, 7 mangeaient à la cantine (le garçon qui n'y mange pas me dit que son papa aime bien le voir à midi). Ils restent peu souvent à la garderie du midi et du soir.

Après le CM2 ils n'envisagent pas d'aller au collège mais de faire comme leurs aînés de suivre les cours du CNED. Une maman me dit "le collège c'est trop risqué, surtout qu'elle est bien formée ... il se passe trop de choses". En dehors de l'école, ils jouent entre eux sur le terrain, regardent la télévision ou jouent aux jeux vidéo, mais ne font pas de sport ni d'activité en club avec les enfants gadgés. Même à l'école ils se replient sur eux, ce ne semble pas être par timidité, mais parce qu'ils ont le même langage. C'est bien visible quand on les observe dans la cours de récréation : le parler est plus haut, le verbe plus fort.

Le langage est pauvre, avec beaucoup de fautes de syntaxe, de mots déformés quelque soit l'âge, mais je constate qu'en général ils ont une bonne compréhension orale, un bon graphisme, un bon schéma corporel. Ils sont très sociables et posent beaucoup de questions. Ils étaient inquiets quand l'enseignant de soutien leur a présenté sur le campement la visite médicale : à quoi ça sert ? Est-ce qu'on va devoir se mettre tout nu (ce point les tracassait beaucoup) ? est-ce qu'il y aura des vaccins ? Il a dû rassurer les enfants, mais aussi leur famille.

b) Les problèmes de santé constatés lors de ces visites médicales

Le tableau suivant récapitule les principales données des visites médicales faites en janvier 2006 auprès des 8 enfants tsiganes fréquentant l'école élémentaire Gourgan de Rodez.

	Oui	Non	Observations
Présence des parents	3	5	Dont une maman pour ses 2 enfants
Carnet de santé	6	2	Carnets de santé perdus
<u>Vaccins :</u>			
BCG	6	2	Mais prévus
DTPCoq	5	3	1 : première injection non faite 2 : rappel en retard
ROR	6	2	
Autres	1	5	Hépatite B : 2 injections
<u>Problèmes de santé :</u>			
Pathologie particulière	2	6	1 rein polykystique => néphrectomie 1 souffle cardiaque fonctionnel (exploré)
Surpoids	2	6	1 surpoids 1 obésité stade 2 avec hypertension => carte lettre
Problème ophtalmologique	1	7	Défaut de convergence avec signes de fatigue visuelle => carte lettre
Problème auditif	0	8	
Carie dentaire	7	1	Nombreuse caries soignées ou en cours de soin

Les constatations :

- ⊗ L'alimentation : les désordres alimentaires sont retrouvés. Les enfants mangent ce qu'ils veulent, quand il veulent. Ils ne prennent pas ou peu de petit déjeuners ("je n'ai pas faim le matin"), mais ils peuvent manger à l'école un paquet de chips avec des barres chocolatées à la récréation.
- ⊗ Le sommeil : ils disent bien dormir, mais sont souvent en décalage par rapport au rythme scolaire. "Je ne suis pas venu à l'école car le matin je préférerais dormir ... le soir, je m'étais amusé avec mes cousins". Le sommeil est respecté quelle que soit l'heure de la journée. "Je ne suis pas venu à l'école hier après-midi car ma petite sœur dormait sur mon cartable".
- ⊗ La dentition : les brossages semblent corrects dans la mesure où les dents ne sont pas recouvertes de tartre. Malheureusement mangeant beaucoup de sucreries, ils ont de nombreuses caries qui sont soignées régulièrement.
- ⊗ La santé : les parents sont soucieux de la santé des enfants, mais sans comprendre les enjeux de la prévention. Par exemple, ils vont me montrer un petit hématome au poignet

avant de se rendre à l'hôpital, et ne pas prendre en compte l'obésité importante ou la fatigue visuelle de leur enfant.

- ⊗ Les vaccins : s'ils ne sont pas à jour, c'est par négligence et que le médecin n'était pas disponible au moment voulu. Les carnets de santé qu'ils m'ont présentés, quoique peu soignés, sont bien remplis, ce qui montre leur vigilance sur la santé de leur enfant. Généralement, ils mentionnent le nom d'un médecin traitant, mais pas toujours sur Rodez ou les environs.

c) La mise en place du suivi des cartes lettres

Deux cartes lettres ont été faites :

- ⊗ Une pour l'obésité de grade 2 (IMC = 29 pour un élève de 10 ans et 8 mois, avec tension artérielle limite : 12/8). Cette carte lettre est donnée à l'enfant à l'attention de son médecin traitant. Cet enfant est allé de lui-même donner cette carte lettre à l'enseignant de soutien, en lui expliquant pourquoi je lui avais fait cette carte. Par ce geste, il demandait à l'enseignant de faire le lien avec ses parents.
- ⊗ Une pour un problème de convergence oculaire à l'attention d'un ophtalmologiste. Cette carte lettre a été donnée à la maman en lui disant qu'elle pouvait en faire le retour sous enveloppe par l'intermédiaire de l'enseignant de soutien.

Les travailleurs sociaux de l'ARAV m'ont proposé également de servir de médiateurs et de conseiller les parents à prendre ces rendez-vous. Ils pensent que les parents les écouteront dans la mesure où leur présence régulière font d'eux des personnes de confiance. Ils avaient déjà conseillé aux parents de consulter un endocrinologue à l'hôpital pour la sœur obèse d'un des enfants, ce qui avait été fait.

Les conseils donnés lors de ces entrevues ont porté principalement sur l'alimentation en parlant des caries dentaires et des problèmes de surpoids.

V DISCUSSION ET PROPOSITIONS

A. DISCUSSION

1. Les points forts de ces visites médicales :

- ? le partenariat entre d'une part l'enseignant chargé du soutien scolaire des élèves primo-arrivants, l'Association Rouergate des Amis du Voyage (ARAV) et d'autre part le service de promotion de la santé des élèves.

Dans l'Aveyron, les familles tsiganes non sédentarisées voyagent en restant dans le département, ce qui permet aux travailleurs sociaux de l'ARAV de garder le contact avec les familles. L'enseignant chargé du soutien scolaire auprès des ces enfants voyageurs peut facilement faire le lien avec les collègues du département. De même, le suivi médicale fait par la médecine scolaire en est facilité (tenu des dossiers médicaux et communication entre médecins de l'Education nationale du même département).

2. Les points faibles de ces visites médicales :

- ? le petit nombre d'enfants tsiganes vus en visite médicale.

Cette étude professionnelle centrée sur un petit nombre d'enfants du voyage (huit) fréquentant l'école Gourgan ne reflète pas les difficultés médico-sociales généralement vécues par beaucoup d'enfants tsiganes. Contrairement à ce qui est souvent décrit dans cette population, les élèves tsiganes de cette école n'ont pas les vêtements usés, semblent avoir une hygiène correcte et ne paraissent pas confrontés à des prises de risque telles que les conduites addictives. Ils ont des relations correctes avec les enfants gadgé, même s'ils restent souvent entre eux.

- ? la présence très insuffisante des parents lors de la visite médicale.

Malgré l'effort fait par le service de promotion de la santé scolaire pour préparer ces visites médicales avec le souci de rencontrer les douze enfants accompagnés de leurs parents, seuls huit enfants étaient présents et seulement deux parents (deux mamans). Les huit enfants avaient apporté leur carnet de santé, ou à défaut le formulaire de convocation signé. Ceci souligne le fait que les parents étaient bien informés de la visite médicale faite par le médecin de l'Education Nationale (les quatre enfants absents avaient changé de ville).

Toutefois, sans la présence des parents, il est difficile pour le médecin de l'Education Nationale de donner des conseils sur la santé des enfants. Par exemple, comment faire comprendre aux parents de l'élève obèse l'enjeu d'un amaigrissement pour sa vie future d'adulte ? D'autant plus qu'ils risquent de ne pas prendre en compte les recommandations écrites sur le carnet de santé car dans leur culture les informations se transmettent oralement.

Quand les parents viennent à la visite médicale, le médecin de l'Education Nationale doit trouver les bons mots pour faire passer son message (diététique, hygiène de vie, consultation à faire ...) en prenant en compte leur mode de vie. Par exemple, il faut savoir dire avec tact à des parents que leur fils ne doit pas manger un paquet de chips

ou plusieurs barres chocolatées à la récréation de 10 heures. Il convient donc de travailler avec eux dans le respect de leur culture.

B. PROPOSITIONS

A partir de ce constat, trois points méritent d'être soulignés :

1. Pour intervenir efficacement auprès de l'enfant tsigane, il est nécessaire d'avoir une connaissance suffisante de la culture tsigane. Le Docteur Daniel Levy écrit : "Soigner les tsiganes demande aux professionnels de santé des facultés d'adaptation, une compréhension et probablement un intérêt pour leur culture". Par exemple, le médecin de l'Education Nationale peut expliquer l'intérêt de manger à heures régulières, des repas équilibrés, mais il doit savoir qu'ils ont pour habitude de manger quand ils ont faim, quand le clan est réuni et selon les moyens financiers du moment. Le médecin se doit donc d'avoir un discours tolérant.
2. Pour dépister au mieux les besoins de santé de ces enfants voyageurs, il faut connaître l'existence même de ces besoins. Par exemple, il doit rechercher les signes de saturnisme ou prévenir les accidents domestiques les plus courants.
3. Pour obtenir l'adhésion des familles tsiganes aux visites médicales faites à l'école, le médecin de l'Education Nationale doit être connu d'elles et avoir leur confiance. Pour cela le service de promotion de la santé des élèves doit aller vers les gens du voyage. Il serait utile que le médecin de l'Education Nationale puisse organiser avec l'infirmière des séances d'éducation à la santé ciblées dans la classe de soutien où se trouvent les élèves tsiganes, et d'organiser chaque année des visites médicales à l'attention de ces élèves.

Pour une action efficace auprès des enfants tsiganes le médecin de l'Education Nationale doit travailler avec les associations de proximité d'aide aux gens du voyage. D'une part parce que les travailleurs sociaux repèrent les besoins des enfants en visitant les familles sur le terrain, et d'autre part parce qu'ils peuvent assurer la liaison entre les parents et le médecin de l'Education Nationale (en respectant le secret médical).

A l'école Gourgan, une travailleuse sociale de l'ARAV s'est proposée pour sensibiliser les parents à l'intérêt du suivi des avis médicaux donnés aux enfants. A ce jour seuls les parents d'un élève souffrant d'obésité avec hypertension ont pris un rendez-vous avec un pédiatre de l'hôpital de Rodez qu'ils avaient déjà consulté pour leur fille. Concernant la seconde carte lettre (dépistage d'un strabisme intermittent), le suivi paraît plus aléatoire. Cependant la travailleuse sociale espère convaincre les parents de prendre un rendez-vous chez un ophtalmologiste lors de ses visites régulières sur le campement.

L'enseignant chargé du suivi scolaire des enfants tsiganes est aussi un partenaire important pour le médecin de l'Education nationale. Il est l'interlocuteur privilégié des familles tsiganes à l'école (parents et enfants). Il se rend régulièrement sur les campements pour savoir pourquoi tel enfant ne vient plus en classe, pour leur amener des livres, ou tout simplement pour rencontrer les familles. Il connaît donc bien lui aussi les familles et leurs difficultés. Avec son aide le médecin de l'éducation nationale peut organiser convenablement les visites médicales et connaître mieux le milieu dans lequel vivent les enfants du voyage de l'école.

VI CONCLUSION

L'évolution de la société tsigane amène les familles à scolariser de plus en plus leurs enfants dans les écoles primaires afin qu'ils apprennent à lire et à écrire. Le service de la promotion de la santé des élèves de l'Education Nationale est un service qui s'adresse à tous les élèves scolarisés sur le sol français. Il est donc nécessaire que le médecin de l'Education Nationale ait une réflexion sur son travail auprès de ces minorités.

Cette étude essaye à travers des visites médicales faites par le médecin auprès des élèves tsiganes scolarisés dans une école de Rodez de voir comment il peut adapter ses pratiques pour arriver à une meilleure prise en compte des visites médicales par les familles tsiganes : assurer la présence des parents lors de ces visites et améliorer le suivi des avis médicaux.

Ce travail montre qu'il est important pour le médecin de l'Education Nationale de s'appuyer sur les différents relais que sont les associations d'aide aux gens du voyage et les enseignants détachés qui connaissent bien la culture de cette population ainsi que les familles.

Il peut être difficile de voir tous les enfants tsiganes en visite médicale à l'école, leur scolarité étant liée aux déplacements des familles. Ces visites médicales faites à l'école (dépistage, prévention) sont pourtant importantes pour ces populations qui sont souvent éloignées des institutions comme la PMI, les bilans de santé de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ou la médecine du travail.

Il semble donc nécessaire que le médecin de l'Education Nationale fasse un effort pour rencontrer ces enfants et leur famille dans un climat d'échange et de reconnaissance mutuelle. Il doit adapter ses pratiques à ces populations de culture différente pour assurer une meilleure efficacité du suivi de ces enfants.

VII BIBLIOGRAPHIE

Textes réglementaires

Loi n°2000-614 du 5 juillet 2000 (dite loi Besson) : *Loi relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.*

Circulaire N° 2002-101 du 25 avril 2002 (BO spécial N° 10) : *Scolarisation des enfants du voyage et de familles non sédentaires.*

Ouvrages

Bloch (J.), (1969), *Les Tsiganes*, PUF, Ventrôme, 126p.

Charlemagne (J.), (1983), *Populations nomades et pauvreté*, PUF, Gap, 85p.

Cozannet (F.), (1973), *Mythes et coutumes religieuses des tsiganes*, Payot, St Armand, 224 p.

Drobenko (B.), *Territoires et minorités : La situation des gens du voyage*, Collection Pulim.

Duranteau (C.), (1999), *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* L'Harmattan, Paris.

Falque (E.), (1971), *Voyage et tradition. Approche sociologique d'un sous-groupe tsigane : les manouches*, Payot, Paris, 254p.

Ferney (A.), (2002), *Grâce et dénuement*, Actes Sud, 293 pages.

Liégeois (J-P.), (1976), *Mutation Tsigane*, Complexe, Bruxelles, 225p.

Liégeois (J-P.), (1983), *Tsiganes*, Petite Collection Maspero, Mayenne, 371p.

Stoyanovitch (K.), (1974), *Les Tsiganes, leur ordre social*, Rivière-Paris, Besançon.

Articles de périodiques

Delpiroux (D.), "Ici, nous on vit comme en Amazonie", *La Dépêche du Midi*, 5 avril 2006.

Duranteau (C.), "Témoignage contre un mythe, chasser (*marchav*) le mythe", *Tsigane et Santé de nouveaux risques ?*, *Etudes tsiganes*, 2d trimestre 2000.

Guiraud (J.-C.), "La santé des tsiganes en question", *Tsigane et Santé de nouveaux risques ?*, *Etudes tsiganes*, 2d trimestre 2000.

Kovacs-Bosch (A.), "Etude exploratoire des représentations de la maladie et de la guérison chez les Manush", *Études tsiganes* n°2/1999, Vol. 14, pp. 87-91.

Renard (F.), Martin (E.), Deccache (A.), "Comment les services PSE et les écoles peuvent-ils favoriser la résilience et promouvoir la santé des enfants et des primo-arrivants ?", *Education Santé*, N° 209, février 2006.

Reyniers (A.), (Fev.2003), "Tsiganes et voyageurs. Identités, rapport au voyage, économie, éducation, et rapport à l'école dans le contexte de la société contemporaine", conférence organisé par le CASNAV-CAREP pour l'IUFM, Nancy-Metz.

Mémoires

Peyron (J.) : *Tsiganes et associations dans l'agglomération toulousaine*. Mémoire de maîtrise, Département de géographie, Université Toulouse Le Mirail.

Titeux (P.) : *Rôle du médecin de l'Education nationale auprès des enfants du voyage en Ille et Vilaine (35)*. Approche d'une démarche de santé communautaire. Mémoire ENSP 1999

Rapports

Comité de Coordination pour la Promotion et la Solidarité des communautés en difficultés (CCPS) – *Rapports d'activité 2003 et 2004*.

Solidarité Avec les Gens du Voyage 65 : *Rapport d'activité 2004*.

Sites Internet :

- Etudes Tsiganes : www.etudestsiganes.asso.fr

Filmographie :

- Gatlif Tony, (1997), *Gadjo Dilo*, France, 1h40.
- Gatlif Tony, (2000), *Vengo*, France, 1h30.
- Gatlif Tony, (2001), *Swing*, France, 1h30.
- Kusturica Emir, (1988), *Le temps des Gitans (Dom za vesanje)*, Yougoslavie, 2h22.
- Kusturica Emir, (1998), *Chat noir, chat blanc (Crnamacka, belimacor)*, Allemagne/France, 2h10.

VIII ANNEXES

Annexe 1 : non publiée
Grille de visite médicale

Annexe 2 :
Circulaire N° 2002-101 du 25 avril 2002 : *Scolarisation des enfants du voyage et de familles non sédentaires.*

Annexe 3 :
Le Revenu Minimum d'Insertion (RMI)
La Couverture Médicale Universelle (CMU)

Annexe 4 : non publiée
Le saturnisme :
Quelle conduite à tenir (document de la DRASS Midi-Pyrénées)
Prévention du saturnisme infantile (document du CCPS)

Annexe 5 :
Les dispositifs spécifiques de scolarisation en collège d'adolescents issus des communautés du voyage dans l'académie de Toulouse

Annexe 6 :
L'association rouergate des amis du voyage : l'ARAV

ANNEXE 2

Circulaire N° 2002-101 du 25 avril 2002 :
Scolarisation des enfants du voyage et de familles non sédentaires.

SCOLARISATION DES ENFANTS DU VOYAGE ET DE FAMILLES NON SÉDENTAIRES

C. n° 2002-101 du 25-4-2002

NOR : MENE0201120C

RLR : 515-0

MEN - DESCO

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale

□ La population non sédentaire présente en France regroupe des gens du voyage et d'autres familles elles aussi itinérantes pour raisons professionnelles (bateliers, forains et gens du cirque par exemple). Si les déplacements ne favorisent pas la scolarisation qui implique une présence assidue à l'école, ils ne doivent pas pour autant faire obstacle aux projets d'apprentissage que font les jeunes et leurs familles. Au cours de ces dernières années, on a pu constater une hausse de la fréquentation scolaire de l'ensemble des enfants de familles non sédentaires, tout particulièrement au niveau de l'école primaire. L'évolution des attentes des parents, qui ont fréquenté davantage l'école et sont plus conscients de l'importance de son rôle, de même que les actions de sensibilisation auprès des familles, conduites en tant que de besoin en partenariat avec des associations, y ont grandement contribué. Cette amélioration, même si elle s'amorce au niveau de l'enseignement du second degré, reste beaucoup plus aléatoire.

Depuis la promulgation de la loi n° 98-1165 du 18 décembre 1998 tendant à renforcer le contrôle de l'obligation scolaire, dont l'article 1er devenu article L122-1 du code de l'éducation dispose que "l'instruction obligatoire est assurée prioritairement dans les établissements d'enseignement", ainsi que celle de la loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage qui facilitera les possibilités de stationnement et en prolongera la durée potentiellement jusqu'à 9 mois, une scolarisation plus suivie et régulière pour beaucoup d'enfants de familles non sédentaires doit pouvoir être assurée. Le présent texte apporte des précisions sur les conditions d'accueil des enfants qui voyagent avec leur famille, des recommandations pour l'organisation et le suivi de cette scolarisation, ainsi que sur des modalités du pilotage départemental.

1 - CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE SCOLARISATION

Les enfants de parents non sédentaires sont, comme tous les autres enfants, soumis à l'obligation scolaire entre six et seize ans. Ils ont droit à la scolarisation dans les mêmes conditions que les autres enfants, quelles que soient la durée et les modalités du stationnement, et dans le respect des mêmes règles, d'assiduité notamment. Le fait que la famille soit hébergée de manière provisoire sur le territoire d'une commune est sans incidence sur le droit à scolarisation. En effet, c'est la résidence sur le territoire d'une commune qui détermine l'établissement scolaire d'accueil (article L. 131-6 du code de l'éducation). La scolarisation s'effectue donc dans les écoles ou établissements du secteur de recrutement du lieu de stationnement (sauf situation particulière impliquant l'accueil temporaire dans une structure spécifique absente dont ces écoles ou établissements sont dépourvus - cf. ci-dessous).

Pour l'école primaire, selon les dispositions de la circulaire n°91-220 du 30 juillet 1991, même si la famille ne peut pas, lors de la demande d'inscription à l'école, présenter un ou plusieurs des documents nécessaires, l'enfant doit bénéficier d'un accueil provisoire, dans l'attente de la présentation, dans les plus courts délais, de ces documents qui permettront d'effectuer l'inscription de l'enfant à l'école. Au cas où le directeur d'école se trouverait dans l'impossibilité absolue d'admettre l'enfant par manque de place dans l'école, il conviendra qu'un rapport soit adressé, dans un délai maximum de trois jours, par la voie hiérarchique, à l'inspecteur d'académie du département. Celui-ci en informera le préfet et prendra toutes dispositions utiles pour rendre cet accueil possible.

Le droit commun s'applique en tous points aux enfants du voyage. Conformément aux dispositions de l'article 1er de la loi d'orientation du 10 juillet 1989, reprises dans l'article L. 111-1 du Code l'éducation, "le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté. (...) 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". L'éducation nationale se doit donc de mettre en oeuvre les dispositions nécessaires pour assurer aux enfants des familles non sédentaires des conditions de scolarisation qui leur garantissent le respect de ce droit. L'intégration dans les classes ordinaires est à privilégier, avec mise en place si nécessaire de soutiens pédagogiques. Elle est, dans tous les cas, le but à atteindre, même lorsque la scolarisation nécessite temporairement des aménagements. Les familles doivent recevoir toutes les informations sur le fonctionnement de l'école ou de l'établissement,

ainsi que sur les possibilités de participer à la vie de l'école ou de l'établissement qui leur sont ouvertes (élection de représentants des parents, vie associative, etc.).

1.1 La scolarisation à l'école primaire

L'école maternelle qui accueille actuellement la quasi totalité des enfants de 3 à 6 ans constitue le socle éducatif sur lequel s'érigent les apprentissages systématiques de l'école élémentaire ; il convient donc que davantage d'enfants de familles non sédentaires y accèdent. Pour ce faire, on veillera à organiser un accueil privilégié des parents, éventuellement en partenariat, avec une présentation de l'école, et des différents services annexes, pour expliciter les règles de fonctionnement de l'école et obtenir ainsi leur adhésion. En effet, la qualité de l'accueil est déterminante pour renforcer la confiance des parents et conduire à une plus grande assiduité des enfants.

La scolarisation s'effectuera en priorité dans l'école maternelle du secteur, même si des dispositifs intermédiaires et non définitifs, à temps partiel le plus souvent, sont parfois nécessaires pour conduire progressivement vers le cursus banal et une scolarisation à plein temps.

À l'école élémentaire, il importe aussi que l'accueil s'effectue dans le cadre des classes ordinaires. Des dispositifs spécifiques peuvent, si nécessaire, être envisagés à titre transitoire, mais uniquement comme passerelles vers la scolarisation en milieu ordinaire (classes d'adaptation dans des écoles de quartier, écoles spécifiques dans un quartier proche du lieu de stationnement ou sur le lieu de stationnement, par exemple). Si la maîtrise de la langue française dans ses usages oraux et écrits est une priorité, l'apprentissage du vivre ensemble constitue une autre finalité essentielle de l'école. Ainsi, l'intégration en milieu ordinaire constitue non seulement un principe ou un objectif mais aussi la modalité principale de scolarisation.

La solution optimale consiste souvent en l'accueil en classes ordinaires correspondant à l'âge des élèves avec organisation, en tant que de besoin, de regroupements temporaires hebdomadaires pour un soutien en français et parfois en mathématiques, en veillant à ce que les élèves restent dans la dynamique de la classe. En outre, ceux-ci doivent, s'il y a lieu, pouvoir bénéficier, dans les mêmes conditions que les autres, des actions en faveur des élèves en difficulté. De même, leur situation doit être prise en compte en fin de scolarité primaire et un dossier d'admission en sixième réalisé en temps utile.

Les structures spécifiques d'accueil scolaire doivent mettre en place dans leur projet d'école des actions pédagogiques, éducatives et culturelles susceptibles de permettre des échanges diversifiés avec les élèves d'autres écoles. La finalité des dispositifs itinérants (camions-écoles par exemple) qui prennent en charge la scolarisation des enfants échappant à toute inscription à l'école à cause de la trop grande itinérance des parents est aussi, à terme, de conduire à la fréquentation des classes ordinaires. Un suivi pédagogique de ces structures particulières par les inspecteurs chargés des circonscriptions du premier degré est indispensable pour s'assurer que les objectifs ne sont pas perdus de vue. De même, les inspecteurs veilleront à effectuer une évaluation régulière de l'efficacité des dispositifs spécifiques afin que l'on ne maintienne pas ceux qui ne rempliraient pas leur mission.

Pour l'école primaire en général, les enseignants à fonctions spécifiques, présents dans de nombreux départements sous des dénominations diverses, ont vocation à aider les enseignants des classes ordinaires en matière d'accueil et de suivi scolaires, de dialogue avec les enfants et les parents ; ils peuvent aussi être chargés du soutien aux enfants de familles non sédentaires intégrés dans les classes ordinaires, et assurer éventuellement un suivi dans leurs déplacements lorsque ceux-ci se font sur des territoires limités. Pour les élèves de familles non sédentaires, la mise en place d'outils de suivi pédagogique, insérés dans le livret scolaire, est une condition essentielle de l'efficacité de leur parcours scolaire. Ces outils de suivi pédagogique doivent donner des informations sur le programme de travail, sur le matériel didactique utilisé le cas échéant, et comprendre des productions significatives de l'élève en même temps qu'une évaluation de ses acquis. L'objectif est de permettre aux enseignants des différentes écoles fréquentées de se rendre compte immédiatement du niveau atteint, d'assurer une continuité dans les apprentissages, notamment en ce qui concerne la lecture, et de faire en sorte que l'élève aborde la diversité des domaines disciplinaires sans redondances et sans lacunes majeures. Pour rendre plus effective encore cette continuité pédagogique, y compris aux yeux de leur famille, les élèves seront autorisés à travailler sur des cahiers qu'ils emporteront au fil de leurs déplacements. Il conviendra de veiller tout particulièrement au respect de ces recommandations.

Sur les lieux de passage et en articulation avec le schéma départemental d'accueil des gens du voyage, la prise en compte des enfants qui voyagent doit être effective dans le projet des écoles. Les enfants, même inscrits pour une durée limitée à l'école, doivent bénéficier des activités périscolaires offertes aux autres élèves, notamment dans le cadre des contrats éducatifs locaux et de l'accompagnement à la scolarité. Lorsque les familles reviennent stationner régulièrement et pendant un certain temps sur une commune, il serait utile d'expérimenter localement le rôle particulier que pourrait jouer comme "école de référence" l'école du quartier ou du village. Cette école de référence pourrait assurer un suivi de la scolarité de l'élève grâce à un dialogue avec les familles, ainsi qu'avec les enseignants des autres écoles fréquentées lors des

déplacements ; la création de réseaux d'écoles accueillant régulièrement les mêmes enfants est à encourager.

1.2 La scolarisation dans l'enseignement du second degré

On se limitera ici à des orientations relatives au collège et à l'enseignement professionnel où ces jeunes sont susceptibles de rencontrer des difficultés d'insertion scolaire, sans donner d'indications particulières pour les jeunes engagés dans des études au lycée d'enseignement général.

Au collège, la fréquentation est encore trop souvent aléatoire. Alors que la demande de savoirs instrumentaux en matière de lecture et écriture reste importante, le collège suscite des appréhensions ; celles-ci peuvent tenir au décalage du niveau scolaire par rapport à celui des autres élèves ou aux représentations que se font les familles de ce lieu de scolarisation. La multiplicité des professeurs et des autres interlocuteurs y rend le repérage plus difficile pour les parents ; il est donc indispensable de favoriser l'accueil et de renforcer le dialogue avec les familles, par la désignation d'une personne chargée plus particulièrement de cette communication et du suivi de la scolarité de l'élève (enseignant, conseiller principal d'éducation, etc.).

La scolarisation dans le cursus ordinaire et dans le collège du secteur reste la règle. Néanmoins, pour répondre aux besoins de beaucoup d'élèves, dans le cadre de l'autonomie reconnue aux établissements, des mesures d'adaptation peuvent être développées ; elles seront alors intégrées au projet d'établissement. Elles peuvent se concrétiser par l'intégration dans des classes banales assortie de soutiens conséquents, dans le cadre de dispositifs d'aide et de soutien, par la mise en place de classes de rattrapage et de mise à niveau pour assurer la transition école-collège, ou de dispositifs spécifiques temporaires destinés à remédier aux difficultés scolaires importantes, surtout dans l'accès à la lecture. Le décloisonnement entre structures (participation à des activités en ateliers de SEGPA, en 3ème d'insertion...) ou le tutorat entre élèves pourront permettre de mener à bien des projets individuels d'intégration dans le cursus scolaire. Des évaluations précises des connaissances et des compétences des élèves, avec l'aide des conseillers d'orientation psychologues, ou avec les enseignants des écoles fréquentées antérieurement, doivent permettre de définir des parcours appropriés, l'objectif étant de faire progresser chaque élève accueilli à partir de ses acquis parfois encore fragiles .

Dans tous les cas, on doit valoriser au maximum les capacités des enfants à suivre un cursus ordinaire. Toutefois lorsque l'élève rencontre des difficultés scolaires graves et persistantes auxquelles n'ont pas pu remédier les actions de prévention et de soutien, les possibilités offertes par les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) doivent pouvoir être exploitées dans le respect des procédures d'admission, et non bien entendu par affectation a priori.

On pourra aussi s'inspirer des mesures prévues à titre expérimental dans le cadre de la veille éducative, en articulation avec la politique de la ville, pour offrir des parcours éducatifs innovants ou des structures éducatives complémentaires à ces jeunes.

Des inscriptions au centre national d'enseignement à distance (CNED) sont régulièrement demandées pour permettre la scolarité de ceux pour qui une fréquentation scolaire assidue est difficile compte tenu de la très grande mobilité de leur famille. Cette solution doit être facilitée dans les cas avérés de déplacements fréquents mais ne saurait devenir le mode habituel de scolarisation des adolescents. Il conviendrait qu'au niveau départemental soient étudiées des solutions d'appui au travail induit par ce mode de scolarisation.

Dans l'enseignement professionnel, le développement de l'offre de formation en certificat d'aptitude professionnelle (CAP) en lycée professionnel, qui permet de mieux prendre en compte l'hétérogénéité des publics accueillis par la mise en place de cursus de formation de durée variable (un an à trois ans), constitue une possibilité de scolarisation intéressante pour ces élèves. On mettra par ailleurs à profit les dispositifs prévus pour les élèves n'ayant qu'une faible maîtrise de la langue orale, de la lecture et de l'écriture. Des possibilités sont également offertes par l'enseignement à distance. Le centre national d'enseignement à distance assure en effet la préparation de quelques CAP et BEP (domaine général et partie théorique du domaine professionnel) mais il serait sans doute utile qu'une aide soit apportée aux jeunes pour la recherche de lieux de stages.

Les actions engagées **dans le cadre de la mission générale d'insertion des jeunes** peuvent aussi contribuer aux objectifs de qualification. Certaines modalités devraient être plus particulièrement mobilisées : les formations intégrées qui permettent de préparer en un an des jeunes à l'apprentissage (regroupements, stages encadrés) puis de les accompagner pendant les deux ans de contrat, les actions contre le décrochage scolaire avec aide des animateurs MGI dans les lycées professionnels ou les préparations spécifiques au CAP assurées à part égale entre le lycée professionnel et le lieu de stage.

2 - L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE

Les enfants des familles qui voyagent, même quand elles sont sédentarisées pour une grande partie de l'année, présentent des besoins spécifiques variés auxquels il convient de répondre par une variété de solutions, qui prennent appui sur les dispositifs de droit commun.

Pour organiser et suivre de manière cohérente l'action en faveur des enfants du voyage ou de familles non sédentaires pour raisons professionnelles, il importe d'instituer un **coordonnateur départemental** auprès de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale. Ce coordonnateur départemental assurera la liaison avec les divers services de l'État, les centres académiques pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage (CASNAV), mais aussi avec les associations et les divers partenaires concernés par cette question.

Il sera le représentant privilégié de l'éducation nationale pour la commission consultative départementale relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage, chargée de prévoir les possibilités de scolarisation, d'accès aux soins et d'exercice des activités économiques, en liaison avec l'implantation des aires permanentes d'accueil dans le cadre d'un schéma départemental. Il est en effet essentiel que les services de l'éducation nationale travaillent de façon régulière et en étroite collaboration avec cette commission pour assurer l'accès à l'école pour les enfants de ces familles, qu'elles soient de passage ou participent à de grands rassemblements. L'information en continu qui en résulte permet de prendre en compte l'évolution des besoins au moment de l'élaboration de la carte scolaire, ou de répondre avec souplesse à ceux qui pourraient se révéler en cours d'année.

Sous la responsabilité de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, ce correspondant aura pour tâche d'animer et coordonner l'ensemble des actions concernant la scolarisation des enfants de familles non sédentaires, en particulier dans les domaines suivants :

- **la prise en compte des arrivées d'élèves** de familles non sédentaires en cours d'année scolaire, avec l'organisation de l'accueil et de l'inscription, la mise en place d'aides aux équipes pédagogiques et aux élèves. Pour ce faire, la collaboration avec les inspecteurs chargés des circonscriptions du premier degré et avec les chefs d'établissement devra lui assurer une bonne connaissance de toutes les actions conduites, ainsi que des flux de population scolaire. Les relations avec les partenaires locaux, les maires en particulier (qui, pour les enfants des forains ou des gens du cirque, peuvent prévoir la scolarisation des enfants dès la demande d'emplacement) doivent lui permettre de disposer de l'information en temps utile pour anticiper dans la préparation de l'accueil aussi souvent que possible ;

- **la continuité de la scolarité de ces élèves**, surtout lors du passage d'une structure à une autre : une coopération sera instaurée avec les équipes de circonscription et les principaux de collège pour la liaison école-collège, avec le secrétariat des commissions de circonscription du second degré (CCSD) chargées de l'orientation et de l'affectation en SEGPA, avec les services d'orientation pour le passage collège/LEP. À la demande de l'inspecteur d'académie, il pourra être chargé du suivi des demandes d'inscription auprès de l'enseignement à distance pour les jeunes du voyage ;

- **l'organisation d'actions de formation initiale et continue** des différentes catégories de personnels : on veillera en particulier à soutenir les enseignants qui accueillent des enfants du voyage par des actions très adaptées à leurs besoins. Par la mise en réseau des expériences et des pratiques locales, la mise à disposition de ressources et d'informations bibliographiques, les réponses aux problèmes communs doivent pouvoir être aisément partagées ;

- **le dialogue avec les familles et avec les partenaires du système éducatif** ; il veillera à faire réaliser et diffuser des outils d'information simples et adaptés aux situations locales. Des plaquettes de présentation de l'école distribuées sur les aires de stationnement et aux associations, l'utilisation de documents relatifs à la scolarisation des enfants des familles tsiganes et voyageurs, produits par l'office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP), pourraient utilement aider au dialogue avec les familles et à l'information des gestionnaires d'aires d'accueil et des associations.

Les anciens CEFISEM devenus centres académiques pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage (CASNAV) voient leurs missions en direction des enfants du voyage confortées. Ils seront naturellement associés étroitement à l'ensemble de ces actions, en particulier dans le domaine des aides aux établissements scolaires et des actions de formation.

Le coordonnateur départemental établira, chaque année, un bilan de la scolarisation des enfants de familles non sédentaires et des actions de toute nature conduites pour améliorer à la fois l'accueil et l'efficacité de la scolarisation. Ce bilan sera présenté et discuté en comité technique paritaire.

Le présent texte **abroge** la circulaire relative à la scolarisation des enfants de familles sans domicile fixe en date du 9 novembre 1970.

Pour le ministre de l'éducation nationale et par délégation

Le directeur de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

ANNEXE 3

Le Revenu Minimum d'Insertion (RMI)

La Couverture Médicale Universelle (CMU)

LE RMI

Les conditions

Vos ressources, certaines prestations familiales comprises, ne doivent pas dépasser les limites. Vous ne devez pas recevoir l'allocation équivalent retraite versée par les Assedic. Vous devrez vous engager à souscrire un contrat d'insertion, au delà des trois premiers mois de versement.

Le montant

Montants valables jusqu'au 31/12/06 :

Le montant mensuel est égal à la différence entre le montant maximum du Rmi et le montant total de vos ressources mensuelles (y compris certaines prestations). Si vous recevez une aide au logement, ou si vous n'avez pas ou plus de charges de logement, votre Rmi sera réduit d'un montant forfaitaire de :

- 51,97 € pour une personne seule
- 103,93 € pour 2 personnes
- 128,62 € pour 3 personnes ou plus.

Le montant maximum du Rmi dépend du nombre d'enfants à charge.

Nombre d'enfants	Vous vivez seul(e)	Vous vivez en couple
0	433,06 €	649,59 €
1	649,59 €	779,51 €
2	779,51 €	909,43 €
Par enfant en plus	173,22 €	173,22 €

Après accord du Président du Conseil général, le Rmi vous sera versé dès le mois de la demande pendant trois mois. Ensuite, un nouveau calcul sera effectué tous les 3 mois.

Si vous bénéficiez déjà du Rmi et reprenez une activité salariée ou effectuez une formation rémunérée, la Caf ne tiendra pas compte de vos salaires pour le calcul de votre Rmi, pour le trimestre de reprise d'activité et les 3 mois suivants. Ensuite, pendant 9 mois, elle retient 50% de votre rémunération.

Si vous êtes en contrat emploi solidarité (Ces), la Caf prend en compte vos salaires après avoir effectué un abattement de 142,91 €. Cet abattement est effectué pendant toute la durée de votre contrat.

Vos autres droits

Vous recevez le Rmi, vous bénéficiez automatiquement de la couverture maladie universelle (Cmu) et de la couverture complémentaire qui vous assurent une prise en charge totale de vos frais médicaux et d'hospitalisation. Vous bénéficierez aussi de l'exonération de la taxe d'habitation, de la réduction sociale téléphonique.

Vous pouvez être embauché, vous et votre conjoint, sous contrats de travail appelés "contrat initiative emploi" (Cie), "contrat emploi solidarité" (Ces), "contrat emploi consolidé" (Cec), "contrat d'accompagnement dans l'emploi" (Cae), "contrat d'insertion-revenu minimum d'activité" (Cirma), "contrat d'avenir" (Cav).

Les démarches

Vous devez demander le Rmi auprès de votre assistante sociale, au service social de votre mairie ou à une association agréée (contactez votre Caf ou votre mairie pour en avoir la liste).

Une personne vous aidera à remplir le formulaire de demande et à rassembler les pièces justificatives nécessaires. Cette personne deviendra l'instructeur de votre dossier Rmi.

Après le versement des 3 premières mensualités, tous les 3 mois, votre Caf vous adressera une déclaration pour connaître vos ressources et recalculer votre allocation.

Source : site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) - <http://www.caf.fr/cataloguermi/>



La CMU

En fonction de votre situation, plusieurs dispositifs existent pour couvrir partiellement ou en totalité vos dépenses santé.

La CMU de base permet à tous les résidents en France de bénéficier des prestations en santé couvertes par les régimes d'assurance maladie obligatoires. Mais ces régimes ne prennent pas en charge la totalité des dépenses de santé engagées.

La CMU complémentaire, attribuée sous conditions de ressources, est une sorte de complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Bon à savoir : les professionnels de santé ne sont pas autorisés, sauf à de très rares exceptions, à facturer des dépassements de tarifs.

Le crédit d'impôt est une aide attribuée elle aussi sous conditions de ressources : le plafond CMU + 15 %. Il vous permet d'acquérir une couverture complémentaire en matière de santé auprès d'un organisme complémentaire de votre choix (mutuelle, institution de prévoyance, assurance). L'aide sera versée directement à cet organisme qui la déduira du prix de votre contrat.

Bon à savoir : votre contrat santé complémentaire ne couvre que rarement la totalité des dépenses engagées pour votre santé. Soyez vigilant !

Dans des situations très particulières, l'Aide Médicale de l'Etat peut également prendre en charge certaines dépenses de santé.

La CMU de base

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

Si vous êtes dans cette situation, vous serez pris en charge par le régime général au titre de votre résidence en France.

Bon à savoir : « les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficiaire, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès » (article L. 161-8 du code de la Sécurité sociale).

Ce maintien de droits pour les prestations en nature est de 4 ans (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale). Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droits.

La CMU complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire vous permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais.

La CMU complémentaire vous est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Vos soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

Vous pouvez faire gérer votre couverture complémentaire par votre régime de sécurité sociale de base ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance) qui s'est inscrit sur la liste préfectorale des organismes volontaires.

Les dossiers de demande de CMU complémentaire sont instruits par les caisses d'assurance maladie.

L'Aide Médicale de l'Etat

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale.

La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'assurance maladie du régime général.

L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier.

130 000 personnes environ ont eu accès à l'aide médicale de l'Etat en 2004.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à contacter la caisse d'assurance maladie de votre domicile.

Source : site Internet <http://www.cmu.fr>

ANNEXE 5

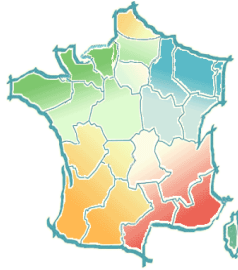
Les dispositifs spécifiques de scolarisation en collège d'adolescents
issus des communautés du voyage dans l'académie de Toulouse

**LES DISPOSITIFS SPECIFIQUES DE SCOLARISATION EN COLLEGE D'ADOLESCENTS ISSUS
DES COMMUNAUTES DU VOYAGE DANS L'ACADEMIE DE TOULOUSE - Réunion du 26/02/04**

	Profil des élèves accueillis	Objectifs	Mode de fonctionnement	Moyens de mise en œuvre	Évolution du dispositif
<p>4.</p> <p>Collège Fabre RODEZ (12)</p> <p>Tél : 05 65 73 30 50</p> <p>0120101v@ac-toulouse.fr</p> <p>Expérience en cours de démarrage</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population semi-sédentarisée (se déplace dans le département) ▪ Présence entre mi-octobre et mi-mai ▪ Elèves en rupture de scolarité ▪ Peur du collège. Par tradition, pas d'inscription au collège ▪ Inscription CNED systématique, avec accompagnement scolaire (structure associative ARAV) pour 5/6 jeunes de plus de 12 ans ▪ Affectation par défaut en SEGPA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueillir des jeunes qui sortent du primaire et les habituer à fréquenter un établissement du 2^e degré ▪ Rescolariser les jeunes en rupture scol. ▪ Faciliter leur intégration au collège ▪ Familiariser les familles avec la scolarisation en collège, ▪ Intégrer, dès que possible, dans les classes de 6^e <p>Supprimer les inscriptions non justifiées au CNED</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositif « passerelle » ▪ Classe qui se veut ouverte (l'expérience n'a pas encore débuté) ▪ Volonté d'intégration progressive dans certains cours (Techno, Arts plastiques, Education musicale, EPS), avec enseignants volontaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 contractuelle (lettres modernes / F.L.E) ▪ 9h/semaine ▪ 2 demi-journées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorité pour l'I.A du département de l'Aveyron : développer la scolarisation de cette population - en maternelle - au collège ▪ Pour atteindre ces priorités, des moyens humains, financiers et de formation sont déployés. ▪ Dans le premier degré, création de 2 postes Brigade départementale « enfants du voyage » (secteur Rodez et secteur Decazeville et Villefranche) avec 2 missions : <ul style="list-style-type: none"> - intervention sur une école à forte concentration d'élèves « voyageurs », - soutien pédagogique aux enseignants dans les autres écoles. ▪ Dans le second degré, travail de médiation sur le terrain auprès des familles, fait par l'enseignante de la classe passerelle ▪ Partenariat avec l' A.R.A.V

ANNEXE 6

L'association rouergate des amis du voyage : l'ARAV



A.R.A.V.

Association Rouergate des Amis des Gens du Voyage
29, avenue de Paris 12000 RODEZ
Tél. 05.65.42.13.52 - Fax 05.65.78.25.70
E-mail : A.R.A.V.@wanadoo.fr

Président : Bernard NERNHET

STATUT

Association 1901 (création 1975)

ZONE GEOGRAPHIQUE D'INTERVENTION

Départementale, zone principale : Aveyron

ACTIONS ET ACTIVITES

Défense des droits et action militante

- Valorisation des personnes et de leur culture.
- Médiation entre la société tsigane et les institutions, collectivités.

Habitat et stationnement

- Démarches de recherche de terrain et d'habitat pour des familles qui souhaitent se sédentariser + accompagnement et maintien dans les lieux.
- Gestion de prêt avec la CAF.

Economie

- Accompagnement individuel pour création d'entreprises ou recherche d'emploi (CES).
- Projet de partenariat avec une association chargée d'accompagner les projets professionnels.

Formation et scolarisation

Suivi ponctuel par les travailleurs sociaux de l'ARAV, car absence d'animateurs.

Santé

- Infirmière à mi-temps détachée par le Conseil Général sur le District Ruthénois.
- Action P.M.I.

RMI

- Service instructeur
- Election domicile
- Elaboration des contrats d'insertion et suivi

Développement local

les schémas départementaux
Fin de l'animation du schéma en 1997.

AUTRES ELEMENTS A FAIRE VALOIR

- Agrément pour le suivi «Contrôle judiciaire»

Mise à jour juin 2002