

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DE SANTE

DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE: 2023

THESE 2023 TOU3 2008

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement par

LUCAS Jeanne

Née le 27 décembre 1994 à Toulouse

**LA SANTÉ DES GENS DU VOYAGE :
ETUDE CROISÉE ENTRE POLITIQUES PUBLIQUES
ET ACTIONS LOCALES DE SANTÉ**

Date de soutenance

Le 26 janvier 2023

Directeur de thèse : Madame le Professeur Taboulet Florence

JURY

Président : Taboulet, Florence

1er assesseur : Faya Robles, Alfonsina

2ème assesseur : Nguyen, Thi Mai

AUTEUR : LUCAS Jeanne

TITRE : La Santé des Gens du voyage : étude croisée entre politiques publiques et actions locales de santé

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Professeur Taboulet Florence

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse,

RESUME :

En France, les gens du voyage ont une espérance de vie à la naissance de quinze ans inférieure à la population générale. Ils souffrent de surexposition à des risques environnementaux et sanitaires liées à leurs conditions de vie et d'habitat, et de discriminations systémiques dues à une méconnaissance de leurs pratiques et de leur mode de vie par la population générale, ce qui génère des difficultés de recours aux soins. De nombreuses actions sont conduites sur le terrain, notamment grâce aux associations qui mènent un travail admirable auprès des voyageurs. Celles-ci sont au cœur des enjeux de prise en charge de cette population si spécifique et pourtant hétérogène. Se positionnant en médiatrices, elles permettent de dépasser les frontières sociales afin d'établir un lien entre les institutions et les voyageurs. Les professionnels de santé ont eux aussi un rôle à jouer pour améliorer leur prise en charge. L'écoute, la confiance, l'éducation et l'information sont autant de valeurs et d'outils nécessaires pour optimiser leur prise en charge. Mais ce n'est qu'au travers des politiques publiques qu'on peut agir sur les causes structurelles des inégalités qu'ils subissent jusque dans leurs corps.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie

MOTS-CLES : Gens du voyage - inégalités sociales de santé – associations - politiques publiques - médiation sanitaire - professionnels de santé - pharmacien

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Paul Sabatier - Toulouse III

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

35, chemin des Maraîchers 31400 TOULOUSE

Directeur de thèse : Taboulet Florence

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 4 avril 2022

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
Mme AYYOUB M.	Immunologie	Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique	Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
M. CHATELUT E.	Pharmacologie	Mme COUDERC B.	Biochimie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie	M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FAVRE G.	Biochimie	M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie	Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. PARINI A.	Physiologie	M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie	M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie	Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique	Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. VALENTIN A.	Parasitologie	M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
		Mme SIXOU S.	Biochimie
		M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
		Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. DELCOURT N. Mme JUILLARD-CONDAT B. Mme KELLER L. M. PUISSET F. Mme ROUCH L. Mme ROUZAUD-LABORDE C Mme SALABERT A.S. Mme SERONIE-VIVIEN S (*) Mme THOMAS F. (*)	Biochimie Droit Pharmaceutique Biochimie Pharmacie Clinique Pharmacie Clinique Pharmacie Clinique Biophysique Biochimie Pharmacologie	Mme ARELLANO C. (*) Mme AUTHIER H. M. BERGE M. (*) Mme BON C. (*) M. BOUJILA J. (*) M. BROUILLET F. Mme CABOU C. Mme CAZALBOU S. (*) Mme CHAPUY-REGAUD S. (*) Mme COLACIOS C. Mme COSTE A. (*) Mme DERA EVE C. (*) Mme ECHINARD-DOUIN V. Mme EL GARAH F. Mme EL HAGE S. Mme FALLONE F. Mme FERNANDEZ-VIDAL A. Mme GADEA A. Mme HALOVA-LAJOIE B. Mme JOUANJUS E. Mme LAJOIE-MAZENC I. Mme LEFEVRE L. Mme LE LAMER A-C. (*) M. LE NAOUR A. M. LEMARIE A. M. MARTI G. Mme MONFERRAN S M. PILLOUX L. M. SAINTE-MARIE Y. M. STIGLIANI J-L. M. SUDOR J. (*) Mme TERRISSE A-D. Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*) Mme VANSTEELANDT M. Mme WHITE-KONING M. (*)	Chimie Thérapeutique Parasitologie Bactériologie - Virologie Biophysique Chimie analytique Pharmacie Galénique Physiologie Pharmacie Galénique Bactériologie - Virologie Immunologie Parasitologie Chimie Thérapeutique Physiologie Chimie Pharmaceutique Chimie Pharmaceutique Toxicologie Toxicologie Pharmacognosie Chimie Pharmaceutique Pharmacologie Biochimie Physiologie Pharmacognosie Toxicologie Biochimie Pharmacognosie Biochimie Microbiologie Physiologie Chimie Pharmaceutique Chimie Analytique Hématologie Pharmacie Galénique Pharmacognosie Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)	
M. AL SAATI A Mme BAKLOUTI S. Mme CLARAZ P. Mme CHAGNEAU C. Mme LARGEAUD L M. LE LOUEDEC F. Mme STRUMIA M. Mme TRIBAUDEAU L.	Biochimie Pharmacologie Pharmacie clinique Microbiologie Immunologie Pharmacologie Pharmacie clinique Droit Pharmaceutique	Mme AMRANE Dyhia	Chimie Thérapeutique

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à honorer les personnes sans qui ce travail n'aurait pu être fait. Les travailleuses sociales avec qui j'ai eu la chance de m'entretenir. Mais aussi toutes les personnes qui travaillent à l'accompagnement et à l'insertion des voyageurs au quotidien. Je n'ai malheureusement pas eu la chance de rencontrer de personnes issues de la communauté des Gens du voyage. Mais j'espère aborder leur situation avec respect et bienveillance.

Enfin, la réalisation d'une thèse est un travail bien solitaire mais je tiens à remercier sincèrement les personnes qui m'ont soutenu tout au long de ce processus.

À ma directrice et présidente de thèse, Madame le Professeur Taboulet Florence, je vous serai éternellement reconnaissante de m'avoir soutenu et de m'avoir encouragé à porter ce sujet particulier. Je vous remercie pour votre grande disponibilité, si précieuse, vos conseils et votre bienveillance. Vous m'avez offert une grande liberté, me donnant l'opportunité d'être fière de mon travail. C'est un grand honneur pour moi d'avoir effectué ce travail sous votre direction. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

À Madame Faya Robles Alfonsina, Docteur en sociologie, je suis honorée que vous ayez accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer ma thèse. Malgré mon appétence pour les sciences sociales je ne peux cacher mes lacunes, mais j'espère que vous prendrez plaisir à lire cette thèse qui tente tant bien que mal de réunir sciences pharmaceutiques et sciences sociales. Votre regard ne pourra que nourrir la réflexion sur ce travail et je suis fière de vous compter parmi mon jury.

À Madame Nguyen Thi Mai, Docteur en pharmacie, merci d'avoir accepté de constituer ce jury. Quand j'ai pensé à toi, cela m'a tout de suite semblé évident que je souhaitais que tu en fasses partie. Ton accueil si chaleureux en première année m'avait marqué, puis par chance, nous nous sommes suivies au fil des années. Merci de me faire cet honneur d'être présente et de juger mon travail.

À Bonne maman, ton courage, ta force, ta détermination, toute ton intelligence et ton savoir sont des sources inépuisables d'admiration pour moi. Je souhaite de tout mon cœur te rendre

fière. Tu es une érudite. Tu es celle que l'on consulte sans hésiter lorsqu'on doute sur un champignon ou une plante. Tu as parcouru les montagnes alpines. Tu les as arpentés, grimpés, skiés. Tu t'es nourri de littérature. Tu es notre couturière, tricoteuse, conteuse d'histoire et ta mémoire exceptionnelle fait vivre l'histoire de la famille.

À mes parents,

À mon père, nous n'aurions jamais imaginé vivre cette dernière année comme cela. Nous n'oublierons jamais ces moments. Mais avant tout, merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenu malgré les doutes, de m'avoir élevé dans la liberté, me transmettant l'envie du voyage. Ma gratitude est éternelle.

À ma mère, merci pour ton soutien éternel, la volonté de te rendre fière me nourrit chaque jour. Je te suis si reconnaissante, sans ton soutien je n'aurais pu aller aussi loin.

Et à Nicolas, merci de faire partie de cette famille.

À Alix, c'est une chance et une force d'avoir grandi ensemble et nous nous soutiendrons toujours.

À Bettina, sans toi je n'aurais eu la confiance d'aboutir à ce travail. Nos échanges ont nourri ma réflexion. Tu m'as vu naître et tu as toujours été comme une tante pour moi. Tu as été présente dans les moments difficiles et tu nous as toujours soutenu Alix et moi. Merci pour ta bienveillance, ta sagesse et ton intelligence.

À Jeanne, sans ta générosité les choses n'auraient pas été aussi simple. Je chérie la relation que nous avons créé et la confiance que tu me portes. Des personnes dotées d'autant de bonté que toi sont rares et j'ai une chance inouïe d'y avoir droit.

À mes ami.e.s, votre amitié me donne une force considérable. Elle me permet d'arpenter la vie avec plus de sérénité, à vos côtés. Avec confiance et conviction, en grandissant pas à pas. Nous construisons ensemble notre avenir, nous nous créons des souvenirs au travers de nos aventures en tentant de se frayer le chemin qui nous correspond le mieux. Amélie, les mots sont faibles pour exprimer la fierté que je ressens face à l'amitié qu'on s'est construite au fil des années. Romane on s'est vu évoluer du lycée jusqu'à aujourd'hui et je sais qu'on sera toujours là pour se soutenir. Zoé, tu as été ma plus belle rencontre au cours de ces années fac, tu as été ma lumière, un soutien inébranlable, et je chéris depuis, notre rencontre. Julien, à nos aventures, à nos voyages, à nos souvenirs, et à la perspective d'en vivre encore ! Marie, la confiance qu'on

se porte et la constance de notre amitié me rassurent, tu es une sœur. Marianne, notre lien est sincère et durable, nous nous sommes soutenues au cours de ces dernières années, mimi, tu peux être fière de toi. François, longue vie à notre amitié qui me semble tellement évidente et à laquelle je tiens très fort ! Et à tous ceux avec qui j'ai ri.

Côme, mon amour, les mots seront toujours faibles pour exprimer ma joie et ma gratitude de vivre cette belle histoire avec toi. J'ai si hâte de la suite !

La faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	9
LISTE DES FIGURES.....	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	14
CHAPITRE 1 : LES GENS DU VOYAGE, QUELLES SPÉCIFICITÉS ?.....	18
A. Les Gens du voyage : qui sont-ils ?.....	18
1. A travers l’histoire	18
2. Enjeux sociaux et politiques d’une catégorisation.....	20
3. Problèmes sanitaires et environnementaux spécifiques aux GDV :	21
a. <i>Un accès au logement spécifique pour les GDV</i>	21
b. <i>Une surexposition aux risques de pollutions environnementales</i>	22
B. Les inégalités face à la vie et à la mort	25
C. Notion de vulnérabilité, entre social et biologique.....	29
D. Le saturnisme infantile, un problème sanitaire et social	31
1. Le saturnisme, risque d’exposition au plomb chez les enfants de voyageurs	31
CHAPITRE 2 : POLITIQUES PUBLIQUES, RESSOURCES ET ACTIONS LOCALES	34
A. Comment agir sur les inégalités sociales de santé ?.....	34
1. Définition et caractérisation des politiques publiques	34
2. Le rôle de l’épidémiologie sociale.....	35
3. Le rôle des actions de terrain	36
B. Co-construction de programmes et de dispositifs d’actions sociales et de médiation sanitaire auprès des GDV, état des lieux	36
1. Le Réseau français des Villes-santé	37

2.	La politique régionale, le Praps.....	37
a.	<i>La Permanence d'accès aux soins de santé, la PASS (46)</i>	38
3.	Atelier Santé Ville (ASV)	39
4.	Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS).....	39
5.	La Mission France	40
C.	Les associations : acteurs de terrain majeur contre les ISS.....	40
1.	Une sociologie des associations, état de l'art.....	41
2.	Associations spécifiques d'aide et d'accompagnement des GDV en France	43
3.	Etude de terrain : perception de deux accompagnatrices sociales	44
	CHAPITRE 3 : PROFESSIONNELS DE SANTE ET GDV : QUEL CONTRIBUTION POUR LA LUTTE CONTRE LES ISS ?	48
A.	Des représentations de la santé et de la maladie différentes, face à l'altérité (58)	48
B.	Quelles pistes pour une meilleure prise en charge ?.....	49
1.	La médiation en santé	49
2.	L'aller-vers et la longue temporalité.....	52
3.	L'information et la communication	53
4.	La confiance	54
5.	Rôle du pharmacien dans la prise en charge médicalisée des GDV	55
a.	<i>Le pharmacien, acteur de santé publique</i>	55
c.	<i>Le pharmacien, levier dans l'accès aux soins des plus démunis</i>	56
e.	<i>Les nouveaux enjeux</i>	57
	CONCLUSION.....	59
	BIBLIOGRAPHIE.....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Aire d'accueil de Petit-Quevilly proche de l'usine Lubrizol à Rouen (1).	23
Figure 2 : « Il faut nous sortir de là » : les aires d'accueil des gens du voyage, un enfer sonore et sanitaire » (2).	24
Figure 3 : Les "causes des causes", par l'OMS. 2007 (3).	26

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAV : Association pour l'Accueil des Voyageurs

CDSS : Commission sur les déterminants sociaux de santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DGS : Direction générale de la Santé

FNASAT : Fédération National des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage

GDV : Gens du voyage

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ISS : Inégalités Sociales de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

Praps : Programme régional d'accès aux soins des plus démunis

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNMS : Programme National de Médiation Sanitaire

PRS : Plan Régional Santé

RFVS : Réseau français des Villes-Santé

SpF : Santé Publique France

« Si nous considérons la réduction des inégalités sociales de santé comme étant l'affaire de tous ? » Thierry Lang.

INTRODUCTION

« Tu as la vérité, j'ai la mienne, mais n'oublie pas que nous avons la même langue pour essayer de nous comprendre ». Proverbe Tsigane.

Les Gens du voyage¹ (GDV) sont une communauté catégorisée par une définition administrative depuis 1969. Ce terme regroupe des citoyens français définis par leur habitat mobile et leur activité ambulante.

On fait généralement le constat qu'il existe une défiance mutuelle entre les GDV et les institutions nationales. Et plus largement avec le reste de la population. Altérant les relations et limitant les interactions, cette défiance freine l'accès aux droits communs de ces populations. Comme « un monde dans un monde »², la communauté des voyageurs présente des spécificités que la République Française, porteuse d'un idéal d'universaliste, se doit de prendre en compte.

La difficulté d'accès aux droits se traduit par de nombreux obstacles à une prise en charge correcte de leurs besoins. Qu'ils soient administratifs, géographiques ou liés à la peur d'être discriminés, ces obstacles génèrent des vulnérabilités, y compris corporelles.

Soumis aux aléas d'une vie quotidienne précaire, ils ne priorisent pas la prévention ce qui ralentit ou limite leur accès aux soins. Les lieux de vie et d'habitat dans lesquels ils résident les confrontent à des risques sanitaires et environnementaux plus élevés que pour la population générale.

Le lien étroit entre état de santé et appartenance sociale n'est pas nouveau, cependant le fait biologique semble occulter le fait social, rendant les inégalités en santé « fatalement admises » (1). Les études statistiques ont permis d'interpréter les problématiques de santé au regard du social. Elles ont de ce fait, contribué à intégrer la lutte contre les inégalités sociales de santé dans la sphère politique. Toutefois, ces interventions ciblant un groupe humain spécifique, entérinent des particularités et peuvent créer une distance sociale qui isole et sépare du reste de la société. C'est notamment le cas pour les GDV qui présentent des stigmates (2). Ceux-ci

¹ L'acronyme GDV sera désormais employé dans le reste du texte. Le terme « voyageur » sera lui aussi utilisé pour qualifier les Gens du voyage.

² Citation de Leonardo Piasere dans « Mare Roma, catégories humaines et structure sociale. Une contribution à l'ethnologie tsigane ». 1985. Editions Paul-Henri Stahl.

entraînent des discriminations et un mépris social générateur d'exclusion, limitant fortement leur accès aux droits sociaux et à une entière citoyenneté. Pour établir un lien social, les associations d'aide et d'accompagnement des voyageurs constituent un soutien crucial. Grâce à une relation de confiance entretenue sur le long terme, les associations participent à la cohésion sociale et sont vectrices d'intégration. Elles sont là pour combler les lacunes de l'Etat, pour « aller-vers » les voyageurs afin de déterminer leurs besoins. Tels des traducteurs, les travailleurs sociaux se positionnent en « passerelle »³, permettant une intercompréhension entre les voyageurs et les institutions.

Les professionnels de santé, quant à eux, ont aussi un rôle à jouer dans l'information, la communication et l'éducation des voyageurs à leur santé, mais cela demande une bonne connaissance des spécificités et des caractéristiques qui définissent cette altérité. Le pharmacien se révèle être un intermédiaire, l'officine étant un lieu d'écoute et d'échange bien distribué sur le territoire.

Dans une logique interventionnelle, une mobilisation de nombreux acteurs est nécessaire et notamment des pouvoirs publics. C'est par une démarche intersectorielle donc que passe la compréhension des besoins de ces populations permettant un renforcement des politiques sociales de lutte contre l'exclusion. La co-construction de programmes d'action sociale entre les politiques, le secteur de la santé, les collectivités territoriales et les associations dans un objectif de « vivre ensemble » permettrait une prise en charge globale des problématiques rencontrées par les voyageurs.

Au cours d'un stage de master 2 en sciences sociales de la santé⁴, je me suis intéressée aux Gens du voyage. J'ai effectué des recherches afin de comprendre de qui on parlait. J'ai tenté de retracer une sociohistoire de cette population qui m'était jusqu'alors quasiment inconnue. Mes connaissances rudimentaires se limitaient aux lieux communs généralement véhiculés par les médias et qui se trouvent souvent dans le registre du rejet et de la défiance. J'avais entendu parler d'un jeune juriste, William Acker, voyageur, qui avait écrit un livre⁵ recensant les aires

³ Ce terme est employé par l'une des personnes interrogées pour désigner son rôle.

⁴ Master 2 Santé, Environnement, Politique suivi à l'Institut d'Etudes Politiques de Strasbourg et validé à l'aide d'un mémoire soutenu en décembre 2021.

⁵ Ce livre a notamment permis un apport de connaissances et de données statistiques concernant la réalité des aires d'accueil en réalisant un inventaire, un état des lieux, de celles-ci.

d'accueil et dénonçant les injustices environnementales subies par ces communautés invisibles (3). Les aires d'accueil, souvent situées près de déchetteries ou de stations d'épuration en périphérie des villes et des communes, contribuent à cette occultation. Mes études en sciences pharmaceutiques m'ont familiarisée avec les thèmes de santé publique, en particulier les inégalités sociales de santé. Mais c'est en faisant un état de l'art de la situation sociale et sanitaire des gens du voyage en France que j'ai développé et enrichi mes connaissances et ai mieux compris l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques et l'articulation des différents acteurs concernés : les décideurs, les associations et les voyageurs.

Je m'appuie également dans cette thèse sur deux entretiens semi-directifs d'une durée d'une heure environ que j'ai menés avec deux actrices associatives⁶ travaillant dans l'accompagnement des gens du voyage. Ces entretiens ont été réalisés individuellement au printemps 2021. J'avais été introduite auprès de ces femmes par le biais de mon stage dans une structure de santé publique. L'idée était de récolter des points de vue différents. Ces entretiens sont un outil me permettant d'étayer des connaissances et des données issues de la littérature. Je prends ainsi la liberté tout au long de cette thèse, d'illustrer mes propos au travers de la parole de ces deux femmes interrogées. Cela me permet de contextualiser le vécu des voyageurs en France, mais aussi le leur, en tant que médiatrices et intermédiaires. Bien sûr, de nombreuses variations sociales sont possibles selon les territoires et les structures associatives, c'est pourquoi j'insiste pour dire que je ne cherche ni l'exhaustivité ni de représentativité statistique, mais je souhaite simplement aborder ce qui se joue et s'entremêle autour des difficultés sociales spécifiques des GDV.

Dans une première partie, je m'attache à dresser un portrait des gens du voyage en France. Leurs caractéristiques, leurs besoins, les problématiques sanitaires et environnementales auxquels ils font face ; je donne dans une seconde partie quelques exemples d'actions publiques dirigées vers les voyageurs ainsi qu'un aperçu du rôle des associations dans la médiation sanitaire, véritable porte-parole des voyageurs. Dans cette partie je rapporte tels quels les mots des personnes que j'ai interrogées afin d'analyser le point de vue qu'elles portent sur leur statut d'intermédiaire. Et enfin, en dernière partie je me rapproche de mon statut de pharmacienne, tentant de comprendre les ressorts possibles pour une meilleure prise en charge des populations

⁶ Pour le maintien de leur anonymat, elles se feront appeler Carole et Anne.

vulnérables en matière de santé. Plus largement, j'énumère les leviers d'actions pouvant être activés pour amener davantage de démocratie sanitaire.

CHAPITRE 1 : LES GENS DU VOYAGE, QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

A. Les Gens du voyage : qui sont-ils ?

1. A travers l'histoire

« Les Tsiganes entre eux ne s'appellent pas « Tsiganes » [...] Autrement dit : les Tsiganes n'existent pas. Ils sont une invention des sociétés au milieu desquelles ils vivent, en l'occurrence les sociétés européennes ». Patrick Williams (4).

Les Gens du voyage forment une catégorie administrative juridiquement reconnue en France par une loi datant de 1969 et désignant des citoyens français définis par leur habitat mobile et leur activité ambulante.

Le terme « tsigane » quant à lui a une connotation ethnique qui présente aussi une base culturelle. Les Tsiganes constituent la première minorité ethnique d'Europe, regroupée sous ce terme générique depuis le XIX^{ème} siècle et composée de populations très diverses : les Roms, les Manouches et les Gitans⁷ (5). Ils s'identifient en regard des Gadjé⁸, les sédentaires.

Des recherches ont permis d'établir que les ancêtres des Tsiganes provenaient du Nord de l'Inde avec une première migration en Europe au X^{ème} siècle. La présence de Tsiganes dans l'actuelle Roumanie est décrite au XIV^{ème} siècle, les premières traces d'enracinement en France datent du XV^{ème} siècle (6). Dans le langage commun, il désigne les populations dont le mode de vie est itinérant. La fin du XIX^{ème} siècle voit l'émergence du racisme avec l'idée d'opposition de races et d'ethnies permettant d'obtenir de la cohésion patriotique. A ce même moment, de nouvelles migrations provenant des Balkans et issues de la libération d'esclaves entraîna une vague d'hostilité envers les tsiganes.

⁷ Cette classification ne reflète pas la réalité mais entend représenter davantage la diversité de cette population regroupée en un seul terme par les Européens : les Tsiganes. Sur le plan historique et géographique, les Roms viennent d'Orient soit de Roumanie, Bulgarie, Hongrie et de la région balkanique ; les Manouches sont germaniques et proviennent donc du Nord de l'Europe ; tandis que les Gitans sont issus de la péninsule ibérique.

⁸ Les Gadjé sont les « non-tsiganes ».

En 1912, une loi discriminatoire est promulguée sur : « l'exercice des professions ambulantes et la circulation des nomades ». Celle-ci instaure trois catégories avec des passeports intérieurs: Les marchands ambulants, les forains et les nomades - ou vagabonds. Cette législation d'exception rend obligatoire le port d'un carnet anthropométrique dès l'âge de treize ans, permettant de contrôler et de surveiller les nomades en France. A l'aide de ce carnet anthropométrique⁹ dont les méthodes d'identification sont équivalentes à celles utilisées pour l'identification des criminels - l'anthropométrie judiciaire inventée par Alphonse Bertillon (7) -, les autorités entendent mettre en place un régime répressif à l'encontre des nomades. Particulièrement discriminatoire et stigmatisante, cette loi de 1912 ne sera abrogée qu'en 1969. Le carnet sera remplacé non pas par une carte d'identité mais par un livret de circulation spécifique aux citoyens français désignés par un habitat mobile : les Gens du voyage. Fortement discriminatoire, cette loi contraint les Gens du voyage à faire viser ce carnet tous les trois mois par les autorités et impose trois années de rattachement à une commune pour être inscrit sur les listes électorales, contre six mois pour les autres citoyens. La suppression de ces deux obligations n'est effective qu'en 2012 après un avis du Conseil Constitutionnel (8). La désignation en catégorie administrative est le fruit d'un travail bureaucratique qui ne répond pas à la réalité vécue par ces populations. Avec cette appellation, les GDV sont définis par leur nomadisme, alors qu'ils sont pour beaucoup sédentaires avec un ancrage territorial fort. La raison principale de leur mobilité est économique (9) et vise à la recherche d'emploi. Vivant surtout de travail indépendant, de ferrailage et d'activités saisonnières, ils sont amenés à se déplacer. Mais cette mobilité n'est pas caractéristique de toutes les communautés.

La distinction doit être faite avec les demandeurs d'asile venus de l'Est, désignés par le terme « Rom », à ne pas confondre avec les Roms orientaux implantés en France et de nationalité française et regroupés sous le terme juridique de Gens du voyage. Au niveau européen, Roms et Tsiganes ont la même signification, pourtant le terme rom semble avoir une connotation plus péjorative que tzigane qui évoque davantage le folklore et le romantisme de ces peuples

⁹ Sur le carnet anthropométrique on retrouvait : une photo prise à l'aide d'une chaise anthropométrique avec un appui tête permettant de réaliser le portrait de face et le profil droit. Un chiffre était attribué à l'individu. Etaient ensuite inscrits les "signalements anthropométriques", soient les mensurations : « la hauteur de la taille, celle du buste, l'envergure, la longueur et la largeur de la tête, le diamètre bizygomatique, la longueur de l'oreille droite, la longueur des doigts médus et auriculaires gauches, celles de la coudée gauche, celle du pied gauche, la couleur des yeux, les empreintes digitales [des deux mains] et les deux photographies du porteur du carnet », ainsi que le relevé des marques particulières, telles que les tatouages.

nomades. On comprend que le choix des mots joue un rôle important dans la catégorisation de ces populations qui peuvent ainsi subir des inégalités d'accès au droit commun.

2. Enjeux sociaux et politiques d'une catégorisation

La connaissance des peuples Tsiganes à travers l'histoire (10) permet de comprendre les enjeux sociopolitiques contemporains propres aux GDV en France. Céline Bergeon¹⁰, géographe, s'est intéressée à la circulation des GDV en France et à l'impact des politiques publiques coercitives sur la mobilité des familles (11). Son travail m'a beaucoup aidée à mieux appréhender la construction historique de la relation Voyageurs/Etat français, empreinte de défiance réciproque. Leur mobilité a pu être considérée comme un danger potentiel par les autorités. Le carnet anthropométrique fut alors imposé à tous les voyageurs, comme un outil de contrôle. Cette loi spécifique a certainement influencé l'opinion publique en contribuant à construire une représentation des nomades comme des personnes à part et dangereuses. La mobilité des voyageurs a donc fait l'objet de restrictions alors même que le droit de circuler librement est inscrit dans la Constitution française¹¹(12).

Les GDV sont identifiés comme une communauté homogène, catégorisée ainsi par les pouvoirs publics. Mais derrière ce statut unique se cachent des pratiques quotidiennes bien différentes, au niveau des interactions avec le reste de la société, et cela dans tous les domaines.

Jean Pierre Liégeois, dans son ouvrage « Roms et Tsiganes » (13), considère l'exclusion des GDV comme un processus social révélateur de « dysfonctionnements sociopolitiques ». En fait, cette catégorisation sur la scène politique s'avère inutile dès lors que l'on rentre dans une relation de proximité avec eux (14). Cet espace relationnel est occupé par un certain nombre d'acteurs qui adaptent leurs actions et mobilisent leur expérience pour tenter de mettre en lumière la « réalité Tsigane ». L'ambiguïté de ce classement en catégorie homogène alors qu'elle mêle les dimensions sociales, ethniques, et juridiques, favorise la marginalisation des

¹⁰ Céline Bergeon est maître de conférences à l'Université de Poitiers depuis 2014. Elle a soutenu une thèse sur la : « circulation des Gens du voyage en France et en Belgique » au sein du laboratoire de recherche MIGRINTER, et travaille désormais sur : « les liens entre parcours migratoires, trajectoires résidentielles précaires et pratiques habitantes ».

¹¹ La liberté de circulation est garantie par l'article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme depuis 1948.

individus et stigmatise le groupe dans son ensemble. Leur altérité au regard de la société française dominante fait d'eux des « éternels étrangers de l'intérieur », pour reprendre l'expression de Christophe Robert (15).

La représentation des GDV dans la sphère publique et politique est permise par les associations. Celles-ci se font porte-parole des sans-voix (16) tentant de pallier les barrières sociales. Le travail de certains tsiganologues, notamment de Marc Bordigoni, montre la difficulté qu'il y a à tisser des liens et à s'introduire au sein des familles de voyageurs (17). Ces liens sont cependant indispensables si l'on souhaite traduire les besoins des GDV et les représenter dans la sphère politique.

3. Problèmes sanitaires et environnementaux spécifiques aux GDV :

Les Gens du voyage représentent 400 000 personnes en France¹². Leur état de santé est moins bon que celui de la population générale (18). Cela est lié à leurs conditions de vie précaires mais aussi à l'exposition à des risques environnementaux liés à la localisation des aires d'accueil établies dans des sites défavorables.

a. Un accès au logement spécifique pour les GDV

L'accueil et d'habitat des Gens du voyage sont encadrés par la loi Besson - 1 et 2 - qui inclut l'élaboration de schémas départementaux d'accueil des gens du voyage. L'objectif de la première loi Besson de 1990 était d'inscrire les Gens du voyage dans le droit commun par la mise en place du droit au logement. Cette loi indique dans son article 28 : « Toute commune de plus de 5 000 habitants prévoit les conditions de passage et de séjour des Gens du voyage sur son territoire, par la réservation de terrains aménagés à cet effet ». Cependant, aucune sanction n'était imposée en cas de non-respect de cette loi.

Dix ans plus tard, Louis Besson, alors secrétaire d'Etat au logement déclarait que moins de trente pour cent des communes avaient tenu leur engagement (19). La deuxième loi Besson fut alors promulguée le 5 juillet 2000. Elle était censée renforcer les obligations des communes en établissant « le schéma départemental d'accueil des gens du voyage ». En obligeant les

¹² Ce chiffre est une estimation, il varie entre 300 000 et 500 000 personnes en France.

voyageurs à stationner uniquement sur les terrains choisis et aménagés, cette loi a aussi renforcé les discriminations et les moyens de lutte contre le stationnement illicite. Les aires d'accueil se trouvent pour la plupart au détour d'une déchetterie, proches d'une autoroute ou encore près d'un site classé SEVESO¹³. De plus, pour les communes ne respectant pas cette loi, aucune sanction n'est prévue. Cette déclaration faite par l'une des personnes enquêtées fait écho à la réalité de terrain, en opposition à la législation en vigueur :

« Nombreuses sont les communes qui ne respectent pas la loi Besson en France ! Il faut voir la réalité des choses, rien n'est prévu pour les obliger à respecter la loi ». Carole.

Il faudrait donc renforcer les obligations d'accueil des communes, informer et créer plus d'endroits d'accueil pour les voyageurs. Le risque permanent d'expulsion est facteur d'insécurité pour les populations des GDV. Cette insécurité matérielle a comme corollaire l'insécurité mentale, avec l'impossibilité d'investissement affectif en termes de lieux et de personnes. Cela retentit de manière évidente entre autres sur la psyché des enfants soumis au stress des adultes, et de fait compromet un développement psychique harmonieux.

b. Une surexposition aux risques de pollutions environnementales

En 2016, un collectif de femmes issues de la communauté des gens du voyage et vivant sur l'aire d'accueil d'Hellemmes de Lille Métropole a alerté sur les pollutions auxquelles elles et leur famille se trouvaient confrontées : « Autour de nous une centrale à béton, une décharge à gravats, des TGV qui passent et un champ plein de pesticides » (20). Elles revendiquaient des droits et demandaient un nouveau terrain. En 2020, l'aire d'accueil n'avait pas bougé. L'explosion de l'usine pétrochimique rouennaise Lubrizol a permis de révéler cette réalité sociale, celle des aires délabrées et polluées sur lesquelles vivent ces personnes. C'est à Petit-Quevilly, à 500 mètres de l'usine, que l'aire d'accueil se trouve (21). Une voyageuse a déclaré lors d'un interview donné après l'explosion : « Nous on est entouré d'une, deux, trois, quatre

¹³ Les sites Seveso produisent ou stockent des substances pouvant être dangereuses pour l'homme et l'environnement.

usines à risque » (22). Le juriste William Acker, issu lui-même de la communauté des gens du voyage, a alors entrepris de recenser toutes les aires d'accueil en France afin de mettre en évidence la dangerosité de ces aires et les problèmes environnementaux qui les touchent (3). Il donnait notamment comme exemple l'aire d'accueil des gens du voyage de Marseille, autour de laquelle se trouvent un site SEVESO, une déchetterie de BTP, les voies de chemin de fer, une centrale électrique, et une autoroute. De nombreux déterminants sociaux, économiques et environnementaux accentuent les risques d'avoir des problèmes de santé. Ces populations se trouvent dans des situations précaires qui accroissent leur vulnérabilité et sont source de stress et d'angoisse.

Figure 1 : Aire d'accueil de Petit-Quevilly proche de l'usine Lubrizol à Rouen (23).



Les liens entre l'environnement et certaines pathologies sont bien connus. L'exposition à des particules fines peut favoriser le développement de cancer des poumons, les poussières peuvent être responsables de l'asthme. L'exposition à de multiples pesticides ou polluants organiques sont aussi incriminés dans certains cancers, notamment les leucémies. La précarité des stationnements à laquelle cette population est confrontée entraîne cette surexposition à des déterminants environnementaux défavorables pour la santé. De plus, le risque de contamination aux métaux lourds est important dans le cadre de leurs pratiques professionnelles. La

surreprésentation du saturnisme chez les voyageurs a été démontrée (24). L'absence de toilettes sur les aires d'accueil ou d'eau chaude sont un frein pour l'hygiène quotidienne.

Figure 2 : « Il faut nous sortir de là » : les aires d'accueil des gens du voyage, un enfer sonore et sanitaire » (25).



Depuis des décennies, la notion de vulnérabilité s'est développée pour désigner des groupes de populations à risque.

Pour reprendre l'expression de Robert Castel, cela s'exprime au travers d'une désaffiliation (26) du groupe vis-à-vis du reste de la société malgré une injonction politique à l'intégration sociale. Définir la vulnérabilité s'avère être une tâche difficile. Elle peut être abordée au regard de l'exclusion sociale et des asymétries de relation qui s'instaurent. Les politiques publiques d'assistance sont marquées par une certaine ambivalence entre l'injonction à l'intégration et à la cohésion sociale, voulue au nom d'une universalité républicaine, et le maintien à distance de ces groupes précaires par la mise en œuvre de politiques publiques spécifiques : mise à distance physique par le biais de politiques d'urbanisation coercitives, politique de surveillance et de contrôle, politique du logement spécifique, la caravane n'étant pas reconnue comme habitat. Ces politiques particulières vont à l'encontre d'une intégration en éloignant au contraire les GDV des règles de droit commun. Chez les personnes ou groupes étiquetés vulnérables se développe une défiance grandissante envers les institutions ce qui aboutit, par voie de

conséquence, à renforcer leur isolement social. Cette désaffiliation se traduit souvent, dans le domaine de la santé, par un recours aux soins le plus souvent tardif et discontinu.

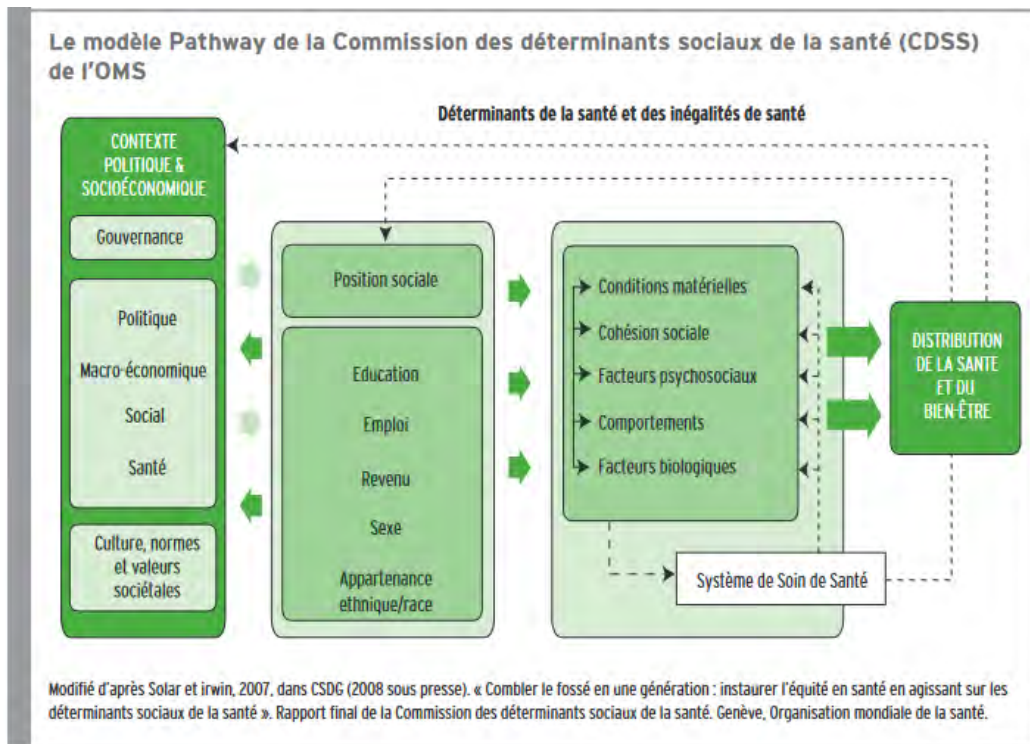
Par ailleurs, certaines représentations socioculturelles diffèrent de celles de la population générale. La santé n'est pas toujours une priorité, à raison de la nécessaire hiérarchisation des besoins essentiels et de l'ignorance fréquente de la gravité d'une maladie. Cela change lorsqu'il s'agit des enfants.

Il y a, en outre, des obstacles évidents au recours aux soins, tels que la barrière de la langue et la méconnaissance du système de santé et des parcours de soins. En effet, bien souvent, ils ne savent pas où aller et à qui s'adresser, et se découragent dans les méandres de ce système de santé si compliqué. Par ailleurs, le manque d'information des professionnels de santé sur les modes de vie des voyageurs peut aussi entraîner des incompréhensions.

B. Les inégalités face à la vie et à la mort

L'Organisation mondiale de la santé reconnaît que l'état de santé varie selon des déterminants sociaux, économiques et culturels propre à chaque groupe social et à leur position hiérarchique dans la société. La Commission sur les déterminants sociaux de santé de l'OMS, dans son rapport de 2007 a mis les ISS sur l'agenda international en les qualifiant « d'injustes et évitables » (27).

Figure 3 : Les "causes des causes", par l'OMS. 2007 (28).



Les populations éloignées du système de soins dont font partie les GDV pâtissent de conditions socioéconomiques et socioculturelles défavorables, entraînant des difficultés d'accès et de recours aux soins, à l'information et à l'éducation à la santé. Ces nombreux obstacles entraînent un éloignement entre le système de santé et ces populations précarisées. Le manque de connaissance lié à un faible niveau scolaire, un bas niveau de littératie et des difficultés de compréhension rend les démarches administratives et l'accès aux services de santé particulièrement complexes. La connaissance relative aux droits de santé primaire ou à la vaccination gratuite n'est pas toujours assimilée par ces populations, par exemple (29). A cela vient s'ajouter un manque de confiance et une peur du rejet pour cause de discrimination et d'exclusion sociale. Pour ces populations, une méfiance s'installe entraînant une hésitation croissante au recours aux soins (30).

Malgré une reconnaissance en catégorie administrative les désignant sémantiquement par leur mode de vie itinérant, les GDV sont une population très hétérogène et diversifiée dont l'histoire s'enracine dans une longue temporalité qui trouve sa caractéristique commune dans une législation discriminante à l'encontre de leur mode de vie et d'habitat.

Ce qu'ils partagent sont des déterminants sociaux défavorables responsables d'une rupture des liens avec la société. Les aires d'accueil se trouvant souvent proches des déchetteries ou encore des stations d'épuration en périphérie des villes et des communes, les GDV sont exposés à des risques d'accidents et d'intoxications par exemple¹⁴ (3). Ce sont ces espaces de vie partagés de manière contrainte qui caractérisent ces populations au travers d'une discrimination par l'urbanisation notamment.

Les critères qui permettent de définir l'appartenance à la catégorie des GDV sont poreux, mouvants et multifactoriels. Ils fluctuent selon la place et la fonction des interlocuteurs qui s'expriment sur le sujet. Le registre du rejet est le plus souvent utilisé pour désigner cette population dans le cadre médiatique. Ceci maintient et alimente fermement les préjugés dans l'inconscient de la société civile. En pointant systématiquement du doigt les Gens du voyage, cela contribue à ne les envisager qu'en terme de problème social.

Un rapport (31) de la Défenseuse des droits Claire Hédon, datant du 6 octobre 2021, dénonçait la discrimination systémique subie liée à la non-reconnaissance de la caravane comme logement viable permettant l'accès aux droits sociaux notamment. Les GDV ont une espérance de vie à la naissance de quinze ans inférieurs à celle de la population générale, en moyenne, ce qui montre l'enjeu majeur que représente la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé publique. Par conséquent, la santé publique se doit d'être englobante. S'appuyant sur l'épidémiologie comme science statistique étudiant la distribution des phénomènes de santé, elle développe la prévention, la promotion de la santé et vise à une redéfinition des politiques publiques autant en matière de santé, que de logement, d'urbanisation, d'éducation permettant une amélioration de la qualité de vie des populations.

Une enquête sur l'état de santé des GDV a d'ailleurs été menée par Santé Publique France (SpF) (32) afin d'améliorer l'accès et le recours aux soins de ces populations grâce à une démarche scientifique permettant d'influencer les décisions politiques qui pourront être prises à l'avenir. Un rapport sur la médiation a été réalisée, mettant en exergue l'importance des associations dans la gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19. Cette enquête est toujours en cours.

Les inégalités sociales de santé représentent l'une des conséquences de cette exclusion sociale. Elles nécessitent une compréhension du rôle des déterminants sociaux et environnementaux : l'éducation, la politique du logement, les interactions sociales.

L'apport des sciences sociales à l'épidémiologie permet d'identifier les déterminants de santé liés aux conditions socioéconomiques. Ceci permet de pointer les inégalités sociales de santé, les inégalités face à la maladie et à la mort. Il existe une complémentarité intéressante entre ces deux disciplines. S'appuyant sur les travaux de Bourdieu, la sociologie nous amène à penser le rôle du capital social dans le rapport des individus à la santé, et au système de santé.

Pour comprendre les enjeux qui sous-tendent ces inégalités, je me suis beaucoup appuyée sur les travaux de Didier Fassin qui a réuni deux disciplines entre elles : la santé publique et la sociologie, rendant compte des aspects structurels des inégalités sociales de santé. Percevant la santé publique au travers de faits sociaux, il pose la question de ce que la santé publique soulève comme enjeux sociaux et politiques permettant d'apporter une compréhension de l'évolution de nos sociétés (33,34).

L'exemple de l'intoxication au plomb chez les enfants, le saturnisme infantile, lui permet d'aborder les problématiques de santé publique sur un plan multi-dimensionnel, intégrant les composantes politiques, économiques, ainsi que l'appartenance ethnique des populations concernées (34).

Mais c'est aussi dans son cours au Collège de France dans le cadre de la chaire annuelle de santé publique en 2020 qu'il évoque l'inégalité des espérances de vies au regard des inégalités sociales et notamment le fait que : « entre les dix pour cent les plus pauvres et les dix pour cent les plus riches en France, il y a treize années d'écart d'espérance de vie à la naissance » (33).

Dans un environnement précaire, la santé est plus que jamais un problème total et complexe. La crise sanitaire a fragilisé ces populations. La pandémie a été à la fois un révélateur et une confirmation des inégalités face à la maladie et à la prise en charge, en fonction des catégories sociales d'appartenance.

Les lieux de vie, le type de logement ont été des facteurs prépondérants concernant les surexpositions au virus, par ailleurs les conditions de confinement et de quarantaine ont largement influé sur la santé mentale des individus : dépressions, violence, décompensations psychiques... De la même manière, la proximité géographique des aires d'accueil avec des zones à risque de pollution est génératrice de risques accrus de maladies respiratoires. Sans rejeter la

dimension biomédicale de la vulnérabilité qui explique certaines des surmortalités, on ne peut nier sa dimension sociale et l'interdépendance des deux.

Les conditions socio-économiques défavorables ont révélé la difficulté d'accès aux soins pour ces populations vulnérables. Face à une mortalité différenciée au sein de notre société, il faut pouvoir mesurer les inégalités, produire des données et les traduire en action. La crise économique actuelle s'accompagne d'une forte inflation et la crise énergétique engendrée par la guerre en Ukraine entraîne une précarisation d'une partie de notre société. Il peut en découler un accroissement du mal logement, des logements surpeuplés, de l'isolement spatial et social et des difficultés d'accès aux soins toujours plus prégnantes. Tous ces facteurs se conjuguent pour en dégrader la santé physique et mentale.

Les risques sanitaires sont très inégaux dans la société. Et l'importance et les moyens investis pour sa santé le sont aussi. Boltanski parle de « besoin médical » ressenti » (35), celui-ci étant d'autant plus faible que la classe sociale diminue. Les classes populaires vont ainsi moins régulièrement chez le médecin, et fréquentent donc moins le pharmacien. Leur compréhension du langage scientifique est plus faible, si bien est plus difficile d'identifier leurs symptômes, ce qui renforce l'éloignement soignant/soigné. Le colloque singulier semble se renforcer au fur et à mesure que la distance sociale entre le professionnel de santé et l'utilisateur diminue, ce qui favorise la transmission du savoir médical. Ici, l'écart entre les deux, particulièrement élevé est donc préjudiciable à la communication.

C. Notion de vulnérabilité, entre social et biologique

Le terme de vulnérabilité a remplacé celui d'exclusion dans l'espace public (36) dans les années quatre-vingt. Cette substitution permet de rendre compte du processus multidimensionnel responsable de la précarité, de la pauvreté et de l'exclusion sociale, termes polysémiques entraînant une *fragilisation* (37) de la santé des individus et de manière plus générale à une rupture du lien social. Le sociologue Marc-Henry Soulet¹⁵ définissait en 2005 la

¹⁵ Marc-Henry Soulet est professeur de sociologie et titulaire de la Chaire de Travail social et politiques sociales à l'Université de Fribourg en Suisse.

vulnérabilité comme : « la potentialité à être blessé » (38) et « une incapacité à prévoir et anticiper le futur » (39), faisant écho à l'incertitude.

La sémantique de la vulnérabilité peut aussi être reprise dans le domaine biomédical, et correspond à un état physiologique de fragilité : la maladie, la vieillesse, la grossesse, le handicap ; mais en ce sens restrictif on omet la dimension structurelle imbriquée dans notre système social.

« La compréhension globale des conditions de vie favorise une autre classification qui aborde les différences intragroupes et tend à éviter la stigmatisation découlant de l'étiquetage social » (40).

Il convient de dire qu'un individu ou groupe d'individus peut se retrouver dans un état de vulnérabilité ou non en fonction de son environnement social et des conditions sanitaires dans lesquels il se trouve. La vulnérabilité dont il est question ici est bien celle à dimension sociale. Ces deux formes de vulnérabilité ne sont pourtant pas opposées, elles sont liées l'une à l'autre. Par exemple, des difficultés financières peuvent entraîner un « mal-logement »¹⁶ avec des surexpositions à des substances toxiques ou des difficultés de compréhension qui peuvent freiner l'accès aux soins. Voici comment l'une des personnes enquêtées explique la vulnérabilité dans sa double dimension :

« Précarité, moi je le vois surtout dans des conditions où il y a des difficultés financières et des difficultés parfois de compréhension. Comme il s'agit d'un public qui n'a plus accès à l'école, il y a des lacunes parfois dans le domaine éducatif, administratif et c'est cette vulnérabilité-là, le fait de ne pas savoir ou de ne pas comprendre ou de ne pas percevoir les choses, ça peut être lié à un handicap ou pas, mais c'est ça que je perçois. Alors, certes, y a les minima sociaux comme ressources financières mais il y a aussi... Ils peuvent être facilement « attaquables » dans certains domaines parce qu'ils ont plein de préjugés et des casseroles qui traînent derrière eux parce qu'il y a des gens qui ne sont pas en faveur d'eux et ça peut être ça aussi ! » Carole.

¹⁶ Ce terme « mal-logement » est employé par la fondation Abbé Pierre depuis 1995 pour définir les conditions d'habitat des personnes en situation de précarité. Cinq dimensions sont prises en compte pour qualifier le « mal-logement » : les difficultés d'accès au logement, l'absence de logement personnel, les mauvaises conditions d'habitat, les difficultés de maintien dans le logement, le blocage de la mobilité résidentielle, l'assignation à résidence et la précarité énergétique.

Cette catégorisation en population vulnérable les enferme dans des stigmates et des préjugés qui a pour conséquence une désaffiliation des corps. Carole emploie le terme « *attaquable* » lorsqu'on aborde la vulnérabilité avec elle. « *Attaquables* » car bourrés de « *casseroles de préjugés* » comme elle dit, qui sont autant d'obstacles à leur intégration.

Cette vulnérabilité sociale et biologique à l'aide d'un exemple : le saturnisme. Il s'agit d'une intoxication au plomb qui touche les enfants issus de milieux défavorisés et dont les conséquences biologiques sont irréversibles.

D. Le saturnisme infantile, un problème sanitaire et social

Les conditions de vie et de logement des voyageurs entraînent une plus grande exposition aux risques chez les enfants : un plus fort risque d'infections par exemple, dû à l'insalubrité des terrains d'accueil, mais aussi un risque accru d'accidents domestiques. Malgré une obligation à la scolarisation, l'accès à l'éducation est parfois difficile ou inconstant. D'après une étude de l'Agence européenne des droits fondamentaux : « seuls 82 pourcents des enfants « du voyage » âgés de six à quinze ans fréquentent l'école » (31). L'éloignement des aires d'accueil est notamment un frein, avec parfois une absence totale de réseau de transports publics ; ou la prégnance des préjugés entraînent un mépris des enfants de voyageurs au sein des établissements. Ce manque d'accès à l'éducation limite l'accès aux messages préventifs en matière de santé et à leur compréhension.

1. Le saturnisme, risque d'exposition au plomb chez les enfants de voyageurs

Le saturnisme infantile est une maladie sociale, insidieuse et grave touchant les personnes précaires. Cette pathologie est un bon exemple des problématiques d'exposition environnementale, d'inégalités territoriales, à l'origine d'inégalités sociales de santé.

C'est à la fin des années 1990 que l'intoxication au plomb a été définie comme problème de santé publique. On est passé d'un raisonnement individuel à une vision populationnelle et environnementale, avec des enquêtes sur des groupes de population mais aussi sur les lieux de vie. C'est en faisant passer le statut du saturnisme de la seule sphère pathologique à la sphère

« problème de santé publique » qu'on a pu rendre compte de ses causes. L'outil statistique a permis de calculer la probabilité de risques d'exposition, et de mettre en évidence l'incidence des conditions précaires d'habitat.

Il a été ainsi constaté la surreprésentation d'enfants d'origine africaine issus de l'immigration vivant dans des conditions insalubres. Ce constat a remis en cause les politiques de logement de l'époque qui reléguaient souvent les populations africaines dans des habitats sociaux vétustes, sources d'exposition au plomb (34).

Plus récemment, c'est à l'issue de plusieurs signalements, que l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a lancé une enquête de santé publique auprès des enfants de voyageurs afin d'évaluer les risques :

« Parmi les 100 enfants âgés de 24 mois à 17 ans avec un résultat de plombémie, 40 enfants avaient une plombémie supérieure au seuil d'intervention de 50 µg/L ; treize de ces enfants avaient une plombémie supérieure à 100 µg/L » (41).

L'enquête menée avec l'aide des associations locales et de Santé Publique France a permis de rendre visible les déterminants et les facteurs de risques sociaux et environnementaux. Les associations ont facilité la bonne réalisation de cette enquête.

Avec le soutien des associations, les familles de voyageurs se sont déplacées dans les laboratoires de proximité pour effectuer les dépistages, faisant le liant avec les professionnels de santé. Le faible échantillon de cette enquête est bien sûr une limite à l'extrapolation des résultats. Mais elle permet de sensibiliser les professionnels de santé à ce problème de santé publique touchant les plus démunis. C'est aussi une porte d'entrée pour aborder le rôle des acteurs associatifs et de la médiation en santé dans la prévention des risques sanitaires et environnementaux.

L'une des missions des institutions de santé publique est en effet de mettre en lumière des problématiques d'ordre politique et social afin de sensibiliser les pouvoirs publics et leur apporter des données fiables indispensables pour leurs prises de décision.

Le saturnisme est une maladie dont la survenue est directement liée au mal-logement et à la précarité renforcés par une méconnaissance des risques d'exposition. Cette intoxication touche surtout les enfants. Sa première source de contamination sont les débris de peintures anciennes au plomb et les poussières qui s'en dégagent.

Chez les voyageurs, l'intoxication provient souvent des activités de ferrailage, principale activité économique pouvant contaminer les vêtements, mais aussi de l'environnement des aires d'accueil.

Chez les enfants, l'imprégnation en plomb entraîne des retards de développement staturo-pondéral en se fixant sur l'os, des retards de développement sexuel et des retards cognitifs et sensorimoteurs en affectant les neurotransmissions.

Le dépistage se fait par le dosage sanguin du plomb, la plombémie, dont le seuil de toxicité est de 50 microgrammes / litre (41). Le risque de saturnisme chez les voyageurs nécessite une vigilance accrue et demande la mise en place de stratégies de dépistage adaptées, en prenant en compte les difficultés d'accès au système de santé. Des campagnes d'information et d'éducation adaptées pourraient permettre de sensibiliser les voyageurs aux risques d'exposition au plomb. Le déplacement de professionnels travaillant dans les services de Protection Maternelle et Infantile, sur les lieux de vie, pourrait permettre un dépistage plus fréquent. L'inscription de la plombémie sur les carnets de santé permettraient de sensibiliser, faciliterait une meilleure fréquence de dépistage et garantirait un meilleur suivi.

CHAPITRE 2 : POLITIQUES PUBLIQUES, RESSOURCES ET ACTIONS LOCALES

Dans cette seconde partie, je prends la liberté de mêler des données qualitatives que j'ai récolté auprès d'actrices associatives pendant mon stage de Master 2 avec des ressources théoriques et bibliographiques permettant d'étayer les propos des actrices que j'ai interrogé. Dans le cadre de ce stage, j'ai rédigé un mémoire portant sur le statut d'intermédiaire des acteurs associatifs. Ils servent de passerelle entre le monde institutionnel et les voyageurs dans le cadre d'une enquête de santé publique. Ce mémoire s'appuyait sur des connaissances en sciences sociales de la santé, des politiques publiques et du monde associatif.

Je ne recherche pas l'exhaustivité mais cette partie permettra de donner un aperçu de ce qu'est le travail associatif auprès des gens du voyage et de mettre en exergue la position médiatrice dans laquelle se trouvent ces personnes interrogées. On comprendra alors que leur rôle est indispensable à la mise en œuvre d'actions sociales auprès de ce public si particulier.

Je définirai avant tout ce qu'est une politique publique, comment elle se construit afin d'expliquer en quoi les associations se positionnent en médiatrices mais aussi en opératrices des pouvoirs publics. Je me servirai des données de la littérature pour présenter une sociologie des associations. Ensuite j'aborderai la médiation en santé qui s'avère être un outil efficace pour améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables.

En mêlant théoriques et empiriques cette partie vise à mettre en avant la réalité de terrain tout en prenant en compte la diversité des situations.

A. Comment agir sur les inégalités sociales de santé ?

1. Définition et caractérisation des politiques publiques

Les politiques publiques visent à structurer les conditions de vie de la population. Elles sont le premier levier contre les ISS. On peut considérer que la notion même de politique publique a émergé au milieu du XIX^{ème} siècle.

Puis c'est après la mise en lumière dans les années 1980 du rôle des déterminants sociaux par le rapport Black (28) en Angleterre puis du rapport Wresinski (28) en France, en 1987, que l'on a compris l'importance de la mise en place de politiques publiques visant à lutter contre les inégalités sociales et la pauvreté. La recherche en épidémiologie sociale a rendu visible la réalité des déterminants sociaux sur la santé, ceci grâce à des indicateurs chiffrés, factuels et objectifs.

La chaîne causale nécessite une prise en charge par les pouvoirs publics des causes fondamentales : les revenus, l'éducation et la scolarisation, la cohésion sociale, et l'urbanisation. Il peut s'agir d'une politique globale ou d'une politique sélective visant des groupes sociaux défavorisés, mais le risque d'une politique ciblée est qu'elle soit discriminatoire et stigmatisante. Avec les deux écueils qui en découlent : une politique globale peut échouer à compenser les inégalités spécifiques, tandis qu'une politique ciblée peut, à terme, se révéler discriminatoire et stigmatisante.

Ces politiques se doivent d'être partenariales et transversales afin de répondre au mieux aux besoins des publics cibles.

2. Le rôle de l'épidémiologie sociale

L'épidémiologie sociale est une discipline scientifique, un outil, visant à mesurer les ISS et identifier leurs causes. Elle permet d'objectiver des phénomènes. Les données de santé concernant les GDV sont très succinctes et malgré de nombreuses actions réalisées au niveau local, il est nécessaire d'avoir des données fiables pour développer des actions publiques nationales. La mise en place d'un système de surveillance sanitaire pérenne permettrait de documenter l'état de santé des GDV et de l'impact des mesures prises par les politiques publiques en matière de santé.

Carole et Anne s'expriment ainsi : « *Plus on a de données chiffrées plus c'est un appui pour nous* » ; « *ça nous ferait un impact supplémentaire lors de nos demandes de subventions* ».

La démarche scientifique qui sous-tend toute l'enquête épidémiologique est une opportunité sur laquelle s'appuyer pour l'analyse des problèmes de santé et des besoins spécifique, et pour faire entendre la voix des GDV dans la sphère publique. C'est un outil pour quantifier, définir et objectiver les ISS, et conséquemment venir en support des demandes de financement pour des actions spécifiques en direction de ce public.

3. Le rôle des actions de terrain

Les actions menées sur le terrain sont nombreuses. Elles permettent de faire le lien entre les populations cibles, le système de santé et les collectivités territoriales. Le rôle de ces actions est de déterminer et mettre en avant les besoins des populations afin de justifier de la nécessité et de la pertinence des demandes qui seront portées vers la puissance publique. Les acteurs intermédiaires ont pour rôle de traduire les carences en besoins et les besoins en demandes mais aussi de négocier et d'établir des interrelations essentielles aux besoins des populations concernées. Ils deviennent alors des médiateurs, des passeurs d'une communauté à l'autre, d'un monde à l'autre. Leur proximité et leur connaissance du terrain offrent aux pouvoirs publics des données nécessaires à la bonne réalisation de programmes d'action. Se constituant en interlocutrices principales, les associations développent un maillage partenarial avec les voyageurs, les institutions et les professionnels de santé.

B. Co-construction de programmes et de dispositifs d'actions sociales et de médiation sanitaire auprès des GDV, état des lieux

Dans la définition du Larousse le préfixe « co- » signifie : « Préfixe, du latin cum, avec, entrant dans la composition de nombreux mots où il indique l'association, la participation, la simultanéité : coauteur, coexister, etc. » (43).

« La co-construction se définit comme un processus volontaire et formalisé sur lequel deux ou plusieurs individus (ou acteurs) parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème) » (Foudriat, 2016, p. 23) (44).

La co-construction vise à établir une interrelation entre différents acteurs afin de partager des connaissances. C'est une démarche qui nécessite une longue intercompréhension et de nombreuses discussions afin de confronter différents points de vue pour mettre en œuvre un projet commun. La co-construction est un processus dynamique fait d'ajustements et

d'allers-retours, au gré des échanges de connaissances pour parvenir à un travail partenarial et à de nouvelles pistes de réflexion et d'action.

Je vais présenter dans cette partie quelques dispositifs d'actions intersectorielles développés en faveur de la santé des voyageurs, avec les différents acteurs impliqués, provenant du monde institutionnel mais aussi du monde associatif et médical.

1. Le Réseau français des Villes-santé

Le Réseau français des Villes-Santé, dirigé par l'Organisation Mondiale de la Santé et créé en 1990 a pour objectif de sensibiliser et d'informer sur les ISS en développant la coopération des villes partenaires grâce à « des échanges d'expériences, des échanges de données, des rencontres, des actions communes » (45).

Un document alertant sur les inégalités sociales de santé relatives aux GDV a été publié. Financé par la Direction Générale de la Santé et réalisé avec l'aide de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat)¹⁷, ce guide permet d'avoir une meilleure connaissance des GDV et propose des recommandations d'action pour améliorer leur condition de vie en favorisant le travail partenarial. Ce guide met en exergue l'intérêt d'une approche transversale, dans un contexte local, au plus près des réalités de terrain, afin de sensibiliser les pouvoirs publics à la mise en œuvre de programmes adaptés aux besoins.

2. La politique régionale, le Praps

Grâce à la création des Agences Régionales de Santé – ARS - en 2010, l'approche territoriale est depuis favorisée pour permettre une meilleure coordination entre autorités publiques et acteurs locaux. Ces actions territorialisées visant les populations vulnérables sont depuis mises en œuvre dans le cadre des Projets Régionaux de Santé qui intègrent le Programme

¹⁷ Fédération créée en 2004 par l'union de l'association Etudes Tsiganes et les fédérations d'associations : Union nationale des institutions sociales d'action pour les Tsiganes et Union nationale pour l'action auprès des Gens du voyage. La Fnasat promeut l'égalité, l'accès au droit et à une pleine citoyenneté pour les GDV. Grâce à son pôle santé, elle coordonne le PNMS.

Régional d'accès aux soins des plus démunis, le Praps (46). Ce programme permet de déterminer les besoins de ces populations grâce à une démarche décloisonnée et transversale, motivée par l'objectif de promouvoir la démocratie sanitaire. Il a mis en lumière les spécificités et les contraintes rencontrées par les GDV dans leur parcours administratif et leur recours aux soins.

Il vise à co-construire au niveau régional des actions de médiation en santé et à sensibiliser les professionnels de santé et du médico-social aux spécificités des populations vulnérables. Le Praps souhaite développer une collaboration territoriale en formant des équipes opérationnelles issues de différents secteurs. Le but est d'agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités sociales territoriales de santé. Dans une logique « d'aller vers » et de « faire avec », le Praps favorise une collaboration d'acteurs sur un territoire afin de mener des actions envers un public ciblé. Il soutient la formation continue des professionnels de santé pour les aider à avoir une meilleure connaissance des GDV et de leurs pratiques pour favoriser une bonne prise en charge en soins. Il intègre les publics cibles dans les dispositifs mis en place afin d'adapter les actions au mieux et au plus proche de leurs besoins dans un objectif dynamique de promotion et de prévention de la santé.

C'est dans le cadre de ce programme que l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'est associé à Santé Publique France (SpF) et la Fnasat pour mener une enquête d'envergure sur l'état de santé des gens du voyage. SpF a élaboré un volet épidémiologique afin de faire un état des lieux de la santé et d'identifier les besoins des voyageurs, tandis que la Fnasat a été un acteur indispensable à la réalisation de cette enquête grâce à sa fine connaissance de son public. L'enquête est toujours en cours, mais les premiers résultats ont permis de rendre compte de l'urgence à mettre en œuvre des actions pour améliorer les conditions environnementales des lieux de vie et rendre visibles les problèmes en les propulsant sur la sphère publique.

a. La Permanence d'accès aux soins de santé, la PASS (47)

La permanence d'accès aux soins de santé est un réseau de professionnels de santé et du médicosocial destiné aux populations vulnérables. Ce dispositif inscrit dans le code de la santé publique a pour but d'accueillir et d'accompagner les patients afin de faciliter leur accès aux soins. Ce réseau forme et informe les professionnels de santé et les acteurs du champ social aux particularités des prises en charge de ces patients. Ce dispositif est un pivot entre l'hôpital et la

médecine de ville. Bénéficiant d'un réseau interprofessionnel, ces missions sont inscrites dans le Praps.

3. Atelier Santé Ville (ASV)

L'ASV a été le premier dispositif intersectoriel prenant en compte les ISS en France, il se situe à la frontière entre les politiques de santé nationale et les politiques locales visant les quartiers prioritaires¹⁸ (48). Avec l'objectif de lutter contre les ISS, l'ASV est un outil visant spécifiquement les populations vulnérables. Créé en 1999, il vise une meilleure connaissance des besoins de santé en s'appuyant sur l'épidémiologie et les sciences sociales pour documenter les besoins. Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire - HPST en 2009 et la création des ARS, les ASV s'inscrivent au niveau territorial dans les Contrats locaux de santé – CLS - établis aussi avec les collectivités locales et les communes.

L'ASV s'appuie sur une démarche locale et transversale en intégrant également des associations, des citoyens, des professionnels de santé et d'autres partenaires agissant dans le domaine de la santé et de la protection sociale. Cela permet de faire un diagnostic de la situation et des besoins afin de promouvoir, prévenir et faciliter le recours aux soins des populations prioritaires. Ces actions sont sous-tendues par une valeur : la démocratie sanitaire.

4. Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS)

Le PNMS est le fruit d'un travail partenarial regroupant une douzaine d'associations venant en aide aux GDV mais aussi aux habitants des bidonvilles en France. Ce programme s'inscrit dans une stratégie nationale du gouvernement pour la lutte contre la pauvreté. L'Association pour l'Accueil des Voyageurs – l'ASAV - créée en 1990, en est la principale coordonnatrice, avec l'aide de Médecins du Monde. C'est ce dispositif inter-associatif qui vise à mettre en relation les professionnels de santé et les GDV par le biais de médiateurs. Le but

¹⁸ Il s'agit là de quartiers prioritaires de la politique de la ville, ils sont définis par la loi afin de faire l'objet d'actions prioritaires dans ces zones géographiques urbaines défavorisées. La classification se fait selon un critère de revenu.

est de développer la confiance d'un côté comme de l'autre afin de permettre la bonne réalisation des soins grâce à une meilleure autonomie des patients et une meilleure connaissance par les professionnels de santé de ces publics particuliers.

Ce programme promeut « l'aller-vers » grâce à une meilleure intercompréhension entre les populations éloignées du système de soins, incluant les voyageurs, et les professionnels de santé.

5. La Mission France

Médecin du Monde (MdM) dans le cadre de la Mission France rédige depuis 2000 un rapport annuel intitulé « observatoire de l'accès aux soins » (49). Il s'agit d'un recueil permettant de relier les conditions de vie à l'état de santé et aux difficultés d'accès aux soins, les données statistiques de santé publique étant encore trop parcellaires. Ce rapport est réalisé avec l'aide de l'Observatoire Régional de la Santé d'Occitanie – ORS, anciennement de Midi-Pyrénées, et fait office de plaidoyer auprès des pouvoirs publics. MdM défend la médiation en santé comme outil indispensable à l'autonomisation des populations. L'association a mis en place des centres d'accueil médico-social accessibles à toute personne marginalisée, sans rendez-vous et gratuits, constitués par des professionnels de santé. MdM développe des programmes de prévention afin de sensibiliser les populations vulnérables au dépistage de certaines pathologies, notamment aux infections sexuellement transmissibles et intègrent les publics concernés dans une approche participative des problématiques sanitaires. MdM est soutenu par les communes, les collectivités territoriales et le gouvernement par le biais de la Direction Générale de la Santé.

C. Les associations : acteurs de terrain majeur contre les ISS

Les associations d'aide sociale jouent un rôle de médiation en faisant le liant entre les populations qu'elles représentent et l'Etat. Subventionnées par les pouvoirs publics, leurs actions sont orientées et prennent la forme d'une gouvernance à distance (50).

1. Une sociologie des associations, état de l'art

C'est au travers d'une sociologie du monde associatif que l'on conçoit celui-ci comme un « monde à part » (51) et à la fois comme un espace de médiation producteur de lien et de cohésion sociale permettant ce pont entre les institutions et les GDV. Philippe Bernoux le qualifie de « lieu où s'expriment les tensions » (52). L'association est aussi là pour pallier un manque de l'Etat et pour accéder à des populations trop éloignées des dispositifs de politiques publiques mises en œuvre par celui-ci. Le monde associatif est perçu comme un passeur d'informations censé répondre aux défaillances de l'Etat par le biais de relations de confiance établies avec ces usagers. Le caractère non lucratif des associations suscite cette confiance et crée un environnement favorable, intermédiaire, entre l'Etat et les usagers : un « tiers-secteur » (53).

Regroupés le plus souvent par un intérêt commun, les membres d'associations produisent du lien social et répondent à un besoin grâce à des actions collectives. Les associations sont ainsi des lieux de coopération et de réalisation de projets par le biais de rencontres interpersonnelles qui reposent sur du volontariat de la part des publics concernés. Il s'agit alors d'une forme de partenariat « donnant-donnant » puisque les acteurs associatifs ne peuvent subsister sans leur public. Ce système de relations représenté par les associations fonctionne grâce à des dialogues et des adaptations fréquentes entre les différents acteurs concernés, notamment avec les pouvoirs publics. L'appel aux associations et le manque d'engagement de l'Etat laisse penser, pour certains courant sociologiques, que l'association ne serait qu'une simple opératrice par défaut des pouvoirs publics. Jean-Marie Garrigou-Lagrange (54) parlait « d'instruments de l'administration », Michael Lipsky, politiste, conçoit les associations comme : « des outils privés de politique publique » (54). Cette hypothèse est soutenue par le fait que les associations perçoivent majoritairement des financements de la part des partenaires publics. La logique partenariale qui voudrait que le manque d'engagement de l'Etat soit suppléé par les associations via un transfert de compétences, serait alors inégalitaire. L'accès à des financements publics demande en échange que les associations rendent des comptes à l'Etat, comme le dit l'une des personnes que j'ai interrogé : « *remplir les conditions* », ce qui établit de fait une dépendance. Il faut donc correspondre et répondre aux priorités des décideurs mais cela ne signifierait pas que les actions soient les mieux adaptées sur le terrain aux populations cibles. Les associations seraient alors perçues comme des sous-traitantes de l'Etat, productrices de services, plutôt que

défenseurs des vulnérables. Il s'agit là de percevoir la sphère associative sous un prisme néolibéral (55) qui conçoit l'associatif comme un outil permettant le désengagement de l'État et visant à faire des économies sur les finances publiques. Mais pour cela, l'association doit être considérée d'utilité sociale dans le sens où les actions qu'elle mène apportent un bénéfice à un groupe d'individus ou à la société de manière générale en luttant contre les inégalités sociales. Les travaux réalisés en sciences sociales semblent mettre en avant l'influence de l'État qui pèse sur l'autonomie du monde associatif (56).

Certes, les associations ne sont pas exemptes de dimension politique, du fait des subventions qu'elles reçoivent qui influencent et orientent leurs actions mais celles-ci sont « à côté » car elles touchent des populations vulnérables exclues et trop éloignées pour être visées par l'action sociale des pouvoirs publics ce qui leur garantit une certaine autonomie et une souplesse. C'est grâce à leur expertise de terrain que les associations deviennent des interlocutrices privilégiées de l'État, tout en étant mieux à même de répondre à des demandes sociales plus adaptées et spécifiques à leurs « bénéficiaires ».

Les associations sont dotées de compétences et de savoirs expérimentiels qui valident leur légitimité dans l'action sociale. En effet les expériences acquises par les associations permettent de garantir *à priori* la bonne réalisation de projets d'action sociale et d'articuler et mettre en relation différents points de vue, dont celui des *invisibles*. C'est en ce sens que les structures associatives sont un lieu où se joue la démocratie.

Les associations concourent à l'élaboration des politiques publiques au travers d'une coopération avec les organismes institutionnels dans un objectif d'intérêt général. L'enquête sur l'état de santé des GDV a été motivée par différents objectifs qui convergent vers un but : la *justice sociale*. Cette notion s'inscrit dans une « lutte pour la reconnaissance » [des différences] (57) mais aussi dans une nécessité de redistribution dans une société dans laquelle les inégalités ne cessent de croître. Cette co-construction permet d'élargir le champ d'action des associations et de les valoriser auprès des décideurs. Ensuite, cette coopération nécessite des adaptations de la part des acteurs, pour cela ils doivent apprendre à se connaître et à se comprendre. Les acteurs institutionnels doivent prendre en compte l'identité des associations et les démarches qu'elles entreprennent auprès de leur public. Celles-ci peuvent dépendre de nombreux facteurs, tel que le type de structure, le territoire et leurs logiques d'intervention.

En tant que lieu de socialisation, les associations peuvent aussi élaborer des actions plus précises et adaptées avec les GDV. En effet, sur le territoire, les associations sont les interlocutrices directes des collectivités, ce qui leur permet de mettre en œuvre des projets de politiques publiques adaptées au territoire et aux familles de voyageurs qu'elles accompagnent.

2. Associations spécifiques d'aide et d'accompagnement des GDV en France

L'action associative vise à relier les autorités sanitaires et publiques avec les GDV. C'est au travers d'une fine connaissance de leur public que les associations établissent un lien de confiance avec eux, leur permettant une compréhension de leurs besoins. Et c'est grâce à leur proximité avec les partenaires publics, qu'elles établissent un lien indirect entre GDV et eux. Les acteurs associatifs ont ainsi la capacité d'intervenir dans différents mondes afin de les connaître, de les comprendre pour faire circuler les informations en adaptant leur langage en fonction des interlocuteurs.

Les acteurs associatifs tentent de développer les capacités d'adaptation des GDV dans le monde social et de pallier leurs manques, dans le cadre d'une relation qu'elles perçoivent comme horizontale, sous-tendue pourtant par une relation d'assistance des GDV par ces accompagnateurs. Les acteurs associatifs doivent, sur le terrain, prendre en compte les grandes disparités de chaque parcours de vie même si les GDV ont en commun une forte discrimination et un accès aux droits communs parfois limité, leurs expériences sociales varient.

C'est en concevant la vulnérabilité des GDV au regard de la visée intégrative souhaitée par les politiques publiques, qu'on peut tenter d'identifier ce qui se passe localement en terme opérationnel. En reprenant l'expression « *travail partenarial* »¹⁹ on comprend que les acteurs associatifs visent à une participation, à une collaboration des GDV afin de « *trouver des alternatives* »²⁰ et qu'ils soient « *acteurs de leur propre vie, de leur propre changement* »²¹ afin

¹⁹ Ce commentaire est issu des entretiens semi-directifs menés auprès des travailleuses sociales Carole et Anne.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

qu'ils puissent évoluer d'eux-mêmes hors de leur communauté. C'est en associant les GDV à leurs actions, que Carole et Anne les aident et les soutiennent dans leur autonomie.

La dimension participative et le caractère non lucratif des associations est le fer de lance d'une relation de confiance bien établie. L'une des principales caractéristiques des associations est de s'appuyer sur la libre adhésion des usagers ce qui favorise une interrelation équilibrée. Ce lien permet ensuite aux associations de mener des actions dans le respect d'autrui et au plus près des besoins. S'agissant ici des GDV, population grandement marginalisée qui ressent une défiance envers le système institutionnel et politique, l'association est un espace de parole, d'écoute et de soutien utile et démocratique qui tente de répondre à des nécessités auxquelles l'Etat ne peut subvenir. C'est en ce sens qu'elle se constitue en relais, en soutien aux *vulnérables*.

3. Etude de terrain : perception de deux accompagnatrices sociales

Cette partie développe de manière empirique, le travail des associations, la perception de leur rôle et de leur positionnement dans le monde social en tant qu'intermédiaires.

Ces perceptions sont celles de Carole et Anne, toutes deux travailleuses sociales dans des centres associatifs destinés à accompagner les GDV. Carole n'a travaillé qu'avec ce « public-là » tandis que Anne, étant enfant, côtoyait déjà les voyageurs et m'a confié lors de notre entretien « *Je me suis rendu compte que le vocabulaire que j'utilisais adolescente et encore maintenant est du vocabulaire manouche* ».

C'est en inscrivant le récit de ces deux actrices dans un groupe plus large, celui des associations que nous tenterons de comprendre pourquoi et comment se construit ce « monde à part » ?

« Je fais le lien, la passerelle, entre le monde sédentaire et le monde du voyage, un maillon supplémentaire pour que les deux mondes puissent se connaître, se comprendre et cohabiter ensemble ».

La manière dont Carole se définit et les mots qu'elle emploie pour le faire participer à la faire exister en tant que telle dans l'espace social et à lui apporter une utilité sociale. Les mots ont un sens et donnent sens à sa position et au rôle qu'elle joue au sein des interactions sociales en contribuant à la construction de son identité.

Grâce à ces propos, on comprend que l'intermédiaire n'est pas un simple passeur d'informations ; il soude, il met en relation deux corps sociaux, il les fait se comprendre. Ce statut témoigne aussi d'une certaine porosité entre les sphères politiques, privées, et les publics bénéficiaires de leurs services. Donc l'action associative vise à relier deux mondes entre eux.

Comme Carole le dit :

« Le public GDV peut être frileux de tout ce qui est institutionnel et les partenaires sont [quant à eux] parfois démunis parce qu'il s'agit d'un public spécifique avec une culture et un mode de fonctionnement très différents ».

C'est grâce à une bonne connaissance de son public qu'elle établit un lien de confiance avec eux lui permettant une compréhension de leurs besoins. Et c'est grâce à sa proximité avec les partenaires publics, qu'elle établit un lien indirect entre les GDV et eux. Carole a ainsi la capacité d'intervenir dans les différents mondes qu'elle connaît et comprend, ce qui lui permet de faire circuler les informations en adaptant son langage à ses différents interlocuteurs. Voici ce que m'a dit Carole sur ses pratiques au cours de notre entretien :

« Il y a un lien spécifique [avec les GDV], parce que je me déplace sur les lieux de vie et en même temps, je suis un soutien technique auprès des partenaires ».

C'est en justifiant son rôle, que Carole donne sens à ses actions auprès des GDV et dans son rapport à eux. C'est en agissant pour eux au travers des dispositifs d'assistance mis en place par l'association qu'elle agit aussi avec eux en créant un lien de confiance indispensable à ses actions. Et dans ses pratiques, elle endosse ce rôle de relais, de médiateur qui caractérise sa fonction. Elle se veut à la fois porte-parole et représentante des GDV auprès des autorités, traductrice/interprète de leur parole tout en aidant les partenaires publics à l'élaboration d'actions adaptées à cette population et c'est par le biais de ces allers-retours d'un monde à l'autre que l'actrice que j'ai interrogé se constitue en intermédiaire.

Le champ sémantique des termes employés par Carole pour décrire son rôle et sa fonction caractérisent bien cette idée de « passeur social », de maillon, de jonction entre deux mondes.

Le monde associatif est un lieu de socialisation permettant de construire un lien *à priori* dénué de rapports de domination, visant à l'insertion et à l'intégration des usagers par le biais d'une valeur : la confiance. Mais comment établir un lien entre deux mondes qui se distinguent par une altérité prégnante ? ce lien est par ailleurs indispensable pour légitimer les associations dans

leur rôle d'accompagnement et pour faire ainsi entendre au mieux la voix des invisibles. La création de ce lien passe avant tout par :

« Se connaître pour se comprendre ».

Traverser les frontières sociales sous-entend que celles-ci sont poreuses et qu'elles doivent être franchies afin de les mettre en lumière. L'instauration d'un dialogue avec les populations marginalisées permet de comprendre et de nommer à la fois la carence et la nécessité. Dans le but de lutter contre les discriminations subies par les GDV, les acteurs associatifs acquièrent des habiletés sociales leur ouvrant la capacité à être « des deux côtés » et c'est au travers de leurs discours et de leurs pratiques que nous pourrions les étudier et les analyser. C'est par le biais d'une longue sociabilisation avec leur objet que Carole et Anne sont parvenues à établir un lien de confiance avec les familles de voyageurs avec lesquelles elles travaillent au quotidien et à une intégration plus harmonieuse des codes sociaux. Se positionnant en relais, Carole se définit par ces termes : « lien », « passerelle », « maillon ».

Carole et Anne m'ont toutes les deux affirmé :

« Tu n'es pas dans le contrôle, tu n'es pas là pour juger ».

Ce positionnement leur permet d'établir des liens intimes avec les voyageurs et voyageuses. C'est grâce à cela qu'elles connaissent et comprennent leurs ressentis. Anne m'a confié que grâce à son lien de confiance avec les femmes, elles commençaient à pouvoir évoquer des sujets très tabous dans la communauté des GDV comme la contraception, les problèmes gynécologiques ou d'ordre sexuel. Des sujets qui ne sont que peu abordés dans la relation de soins avec les professionnels soignants.

« C'est en poursuivant l'accompagnement sur du long terme que tu vas pouvoir aborder des sujets plus profonds ».

Ces entretiens menés auprès de ces femmes accompagnantes-intermédiaires permettent de restituer leurs points de vue et de montrer que leurs pratiques ont pour objet de défendre la dignité humaine des GDV au sein de notre société afin d'aider, lorsqu'ils sont demandeurs, à une meilleure insertion dans la société parce que justement comme le dit Anne :

« C'est eux qui viennent à nous, c'est ce qui fait la différence ! Si effectivement ils ont repéré que tu étais là pour eux, pour les soutenir et les aider dans leur démarche, tu es très vite intégré ».

Le fait qu'ils soient demandeurs est la clé pour établir une bonne relation avec les aidants. Cette « libre adhésion », cette relation non obligatoire qui donne le choix aux bénéficiaires des services proposés par l'association de venir de leur plein gré ou non, permet une grande souplesse dans leurs échanges.

CHAPITRE 3 : PROFESSIONNELS DE SANTE ET GDV : QUEL CONTRIBUTION POUR LA LUTTE CONTRE LES ISS ?

Le droit à la santé est un droit fondamental qui comprend : « l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable » (58). La Couverture Maladie Universelle (CMU), devenue la Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S) depuis 2019, en France a été un véritable pas en avant pour l'accès aux soins des populations vulnérables grâce à la prise en charge des frais de santé. Cependant, pour un accès au système de santé français il est nécessaire d'avoir un ancrage territorial et une activité professionnelle. Cet ancrage correspond au rattachement communal pour les GDV. Les voyageurs, pratiquant pour beaucoup une activité indépendante et fluctuante, ne bénéficient pas toujours de ce droit. Certains quant à eux bénéficient du RSA, ce qui leur donne le droit à la CSS. Il faut aussi comprendre que les démarches administratives sont compliquées pour ces populations souffrant fortement d'illettrisme, ce qui est un véritable frein à leur accès au système de santé. Dans ce dernier chapitre nous allons aborder les freins de l'altérité dans la relation de soin et les leviers existants ou pouvant être développés pour un meilleur recours aux soins par les GDV.

A. Des représentations de la santé et de la maladie différentes, face à l'altérité (59)

« Les médecins ne comprenaient pas pourquoi nous restions là à attendre. Pour ne pas avoir à répondre aux innombrables questions de la famille, ils évitaient de passer devant la salle. La famille n'avait pas la main sur la maladie, il fallait donc s'en remettre entièrement aux sachants, ce qui n'arrive qu'avec la maladie. » William Acker (3).

Les représentations que nous avons sur la maladie et la santé influencent nos comportements. Celles des GDV sont imprégnées de croyances ce qui peut entraîner des difficultés pour la prise en charge des soins par les professionnels de santé. La religion a d'ailleurs une place importante et les prières ont pour eux le pouvoir de guérir. La peur semble

guider les voyageurs ce qui peut déstabiliser la relation de soins. Lise Foisneau parle de « défiance prudentielle » (42). Cependant, il suffit de rassurer, d'expliquer et d'informer en prenant bien soin de s'assurer qu'ils aient compris à l'issue des entretiens médicaux.

Pour les Gens du voyage, la maladie « tombe subitement dessus » et représente une menace pour les membres du groupe. La peur semble alors guider les voyageurs qui ont plutôt tendance à aller dans les services d'urgence en groupe, en famille. Cependant leur recours aux soins est souvent tardif en regard des besoins immédiats à prioriser comme se nourrir. Seuls les enfants sont priorités pour ce qui concerne la prise en charge médicale. La prévention est un concept à peu près inconnu et l'inobservance des traitements est fréquente ! Ce constat est fréquemment retrouvé chez les populations précarisées.

Malheureusement, les personnels soignants ne sont pas dénués de représentations ou de présupposés souvent négatifs à l'égard des voyageurs. Portant les stigmates d'une altérité certaine, ces présupposés influencent la pratique soignante. La méconnaissance des conditions et des pratiques de vie de ces communautés induit une distance sociale qui nécessite de mettre en place des stratégies pour dépasser ces barrières. Mais il semble toutefois difficile de respecter la qualité des soins. Il ressort d'une enquête auprès des professionnels de santé notamment le ressenti du caractère « envahissant » des voyageurs lors des prises en charge médicales (60). La peur pouvant faire pression et réduire le temps de prise en charge. Cependant, la déontologie médicale et la conscience professionnelle priment. Ce qui semble empêcher la bonne réalisation des soins est surtout une méconnaissance de ces communautés. Cela nous mène donc aux possibles aménagements qui assureraient une meilleure qualité de prise en charge.

B. Quelles pistes pour une meilleure prise en charge ?

1. La médiation en santé

La médiation en santé est inscrite dans le code de la santé publique depuis la promulgation de la loi sur la modernisation de notre système de santé le 26 janvier 2016 et elle est définie comme suit :

« La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités » (61).

Pour dépasser les frontières sociales et culturelles, le recours à un intermédiaire est indispensable. La médiation est une interface, une « passerelle » facilitant le recours aux soins des gens du voyage grâce une relation de confiance. Il permet de changer les représentations et les préjugés présents dans la relation de soins.

La Fnasat est l'un des représentants majeurs de cette lutte contre les préjugés visant les voyageurs. C'est une fédération regroupant une centaine d'associations en France travaillant dans l'accompagnement des publics GDV dans leur accès au droit et dans leur autonomie citoyenne. Un pôle santé national permet de réfléchir sur les moyens à mettre en œuvre localement pour lutter contre les ISS en élaborant des recommandations. Ce pôle travaille dans la coordination du Programme National de Médiation Sanitaire qui permet de former les travailleurs sociaux à la médiation en santé. L'atout clé de ces travailleurs sociaux est la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur public. Ils peuvent ainsi transmettre leur savoir expérientiel aux professionnels de santé et aiguiller sur les problématiques rencontrées par ces populations.

Dans cette communauté particulière caractérisée par une hétérogénéité culturelle et une défiance envers les institutions, la médiation se constitue comme un liant, comme un appui à la mise en place des politiques d'intégration, grâce à sa connaissance des deux mondes. C'est par un travail collectif que les acteurs développent des compétences et une légitimité en tant qu'intermédiaires.

La médiation permet de distribuer des messages, de communiquer d'un monde à l'autre. En santé, la médiation vise à un meilleur accès aux soins pour les populations vulnérables et à une meilleure connaissance par les professionnels de santé des difficultés rencontrées par ces populations éloignées du système de soins. La médiation a pour objectif « d'aller-vers » afin de favoriser le recours aux soins des populations vulnérables et de « faire avec » pour une plus grande autonomie. Le médiateur ou la médiatrice vient faire le lien pour changer les perceptions de part et d'autre afin de rapprocher les représentations divergentes et trouver un « terrain commun de communication » entre les institutions et les populations vulnérables. Il s'agit d'un processus « d'acculturation » (62). Il répond à des problèmes concrets tel que l'illettrisme. Le

médiateur accompagne dans des démarches qui peuvent sembler aller de soi mais qui sont difficiles pour les voyageurs.

La médiation en santé est considérée aujourd'hui comme un outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Au-delà de « l'aller-vers », elle permet de sensibiliser les professionnels de santé à une démarche adaptée aux populations vulnérables en établissant le contact entre eux. Voici ce que Carole m'a confié sur son travail de terrain :

« Moi, la PMI elle se déplace sur les aires d'accueil, l'hôpital via la PASS, la permanence d'accès aux soins de santé, se déplace sur les aires d'accueil, j'avais avant même le Covid, un médecin infectiologue qui venait faire des permanences santé, j'avais un cabinet médical avec une infirmière rattachée qui venait faire des permanences, en fait moi j'avais déjà un réseau de professionnels médical et médico-social, que j'avais déjà sollicité à venir. Parce que moi je ne suis pas experte dans tous les domaines dans lesquels il faut que j'intervienne donc à un moment donné moi ça me dépasse, je ne peux répondre à une question qu'on peut poser à une sage-femme ou autre. Donc le réseau était déjà maillé ! et les partenaires venaient déjà sur l'aire d'accueil, ce qui était très facilitant. On a fait des dépistages de diabète, on a fait des dépistages d'un angiologue qui est venu avec un échographe portatif... ».

Cette déclaration illustre bien le fait que des réseaux se forment sur le terrain en faveur des voyageurs et de leur santé, d'une manière déconnectée de l'Etat. Cela nécessite de longs processus d'intercompréhension et d'écoute pour en arriver là. Carole ne possède pas le niveau d'expertise des professionnels de santé et ne cherche pas à se substituer à eux ; c'est pourquoi elle constitue un maillage autour d'elle. Elle les fait venir sur le terrain, ce qui est tout à fait bénéfique à la qualité des relations interpersonnelles. Même si cela peut sembler intrusif, elle travaille sur le long court pour faire accepter aux voyageurs ces visites. Ces dispositifs offrent ainsi un confort aux voyageurs, par opposition aux déplacements dans les services d'urgences hospitalières, souvent angoissants. De plus, professionnels de santé sont ainsi sensibilisés à la réalité de la vie sur les aires d'accueil.

2. L'aller-vers et la longue temporalité

Les projets de médiation en santé qui ciblent les zones géographiques défavorisées visent à rencontrer les populations, sur le terrain. Pour cela, il est nécessaire d'établir une relation de confiance qui se construit sur un temps long, comme le dit Anne :

« Tu perds 10 minutes à parler de la pluie et du beau temps avec la personne et en fin de compte ce n'est pas du temps perdu, car finalement ça crée un contexte de parole favorable »

L'« aller-vers » permet de créer une relation plus stable et plus horizontale qui facilitera l'intervention d'acteurs de santé. Cette démarche limite aussi l'isolement social. C'est en allant sur les lieux de vie qu'on observe les situations à risque et qu'on peut intervenir rapidement. On peut aussi se mettre plus facilement à la place des personnes en difficulté, comprendre leurs besoins et ainsi adapter les actions. L'aller-vers se fait dans un objectif de « faire avec », permettant la participation des voyageurs.

« Par exemple, là je vais dire « comme les enfants sont à l'école j'aimerais bien dans 15 jours faire une sortie qu'entre femmes » et je sais très bien qu'à un moment donné ce sera abordé, la relation à l'homme, les relations de couple, c'est comme ça, c'est dans l'échange ».

« Si tu t'es déjà penché sur le processus lié aux violences conjugales, tu sais que c'est un processus qui est sur du court, moyen et long terme donc tu peux venir une première fois mais tu peux revenir te confier qu'un an après où là tu passes un cap. Pour avoir accompagné des personnes dans ce cadre-là tu sais que ce n'est pas juste le temps d'un échange ».

Cette déclaration de Anne illustre très bien la mouvance de la temporalité de terrain qui vise à construire une relation avec l'autre, forte, confiante, nourrie par de nombreux allers-retours et permise par une grande souplesse de la part de Anne aussi. Cette relation de confiance forte d'une longue temporalité lui permet donc d'aborder des sujets tabous dans la communauté GDV.

Cet « Aller-vers » peut aussi s'appliquer aux pharmaciens. Sortir de derrière son comptoir pour aller sur le terrain peut s'avérer bénéfique pour la relation soignant/soigné. On pourrait imaginer que le pharmacien, ou une personne dédiée, volontaire, de l'officine, se déplace ponctuellement

vers les aires en compagnie de travailleurs associatifs déjà « repérés », afin de se faire connaître, et pour que la démarche vers l'officine soit ainsi facilitée. Cette personne « référente » deviendrait elle aussi « passeur », intermédiaire, au même titre que les personnels associatifs.

Il y aurait certainement aussi un travail à mener sur le plan de l'aménagement intérieur de l'officine afin de garantir l'espace de confidentialité dans l'officine.

3. L'information et la communication

D'après la littérature, les leviers à la prévention sont généralement : une information claire, une communication adaptée et une source éducationnelle appropriée aux populations concernées.

Les professionnels de santé jouent un rôle d'éducation et d'information à la prévention. Si l'information n'est pas délivrée par les professionnels de santé, celle-ci peut provenir des médiateurs et des acteurs associatifs dont le rôle capital aide à soutenir et à accompagner les populations éloignées dans les démarches souvent complexes dans le système de santé. Une chose certaine c'est qu'une meilleure connaissance de leurs conditions de vie et de leurs besoins est nécessaire pour améliorer leur prise en charge. Il convient de considérer leur « peur » et de prendre le temps d'expliquer en utilisant un langage clair et le plus simple possible tout en rassurant pour créer un environnement serein.

L'amélioration de la compréhension passe par l'accompagnement par les associations, les acteurs locaux, le soutien social et l'éducation. L'école est un lieu d'échange et la scolarisation des enfants de voyageurs est un enjeu majeur pour permettre une transmission de l'information en santé auprès d'eux mais aussi auprès des mères.

Une information claire, appropriée et culturellement adaptée permettrait de sensibiliser davantage ces populations à la santé. Pour cela, une meilleure connaissance des coutumes, de la culture et des représentations que ces populations se font de la santé et de la maladie est importante afin de cibler au mieux les interventions. Les médias sociaux peuvent être une source d'information utile mais il faut être prudent sur la manière dont celle-ci est délivrée.

4. La confiance

« Je suis quand même une gadji²² mais pas une gadji comme les autres. Je suis la gadji de la famille si tu veux, je suis l'entre-deux quoi !

Je ne suis pas plus du côté des voyageurs que du côté des institutions. Et si moi je fais confiance aux autres ils peuvent aussi faire confiance aux autres. ». Carole.

La construction d'un lien de confiance est un préalable indispensable à la réalisation aboutie d'actions spécifiques en direction des personnes éloignées du système de soin. Cette confiance est nécessaire pour la mise en œuvre d'interventions locales adaptées, grâce à des partenariats avec des relais communautaires, des services de soutien et d'accompagnement au sein des administrations et du système de santé, et d'éducation. La participation des communautés concernées est toujours recherchée pour venir renforcer cette confiance, guider la communication grâce à un échange horizontal et un partage des savoirs et des représentations culturelles de la santé et de la maladie.

« La relation de confiance, elle démarre sur le respect de l'autre. Tu ne trahis pas l'intégrité de la personne, tu ne trahis pas sa parole, sa confiance, tu l'informes, tu travailles avec, si elle est d'accord tant mieux, sinon c'est son choix ».

Le lien de confiance nourri par de libres échanges facilite une intervention plus large grâce à des collaborations intersectorielles entre les collectivités, les associations, les communautés concernées et les professionnels de santé. L'élaboration d'une médiation en santé affirmée garantit une égalité d'accès à la santé grâce à des relais solides entre les différents acteurs. Cette médiation facilite à la fois la communication et les relations entre acteurs institutionnels, professionnels de santé et les populations éloignées du système de santé.

Un engagement de l'Etat reste indispensable afin de lutter contre les discriminations en garantissant l'égalité des droits à tous et en luttant contre l'exclusion des populations vulnérables en favorisant la solidarité nationale.

La réalité des différences entre les représentations culturelles du soin et de la maladie chez les GDV, qui peuvent constituer un frein dans le recours aux soins, ne peut dispenser les institutions

²² Gadji signifie non-tsigane, sédentaire, au féminin. Au singulier masculin on parle de Gadjjo et Gadjé au pluriel.

de santé et l'État de questionner les dimensions sociales, économiques et politiques qui concourent également aux inégalités de soin.

5. Rôle du pharmacien dans la prise en charge médicalisée des GDV

L'ouverture d'une officine est régie par le Code de la Santé Publique. Celui-ci détermine la territorialisation des officines en France, permettant une offre homogène et de proximité pour les usagers. Grâce à un maillage officinal territorial, les officines sont réparties sur le territoire en fonction du nombre d'habitants afin de faciliter l'accès et de permettre une bonne dispensation des médicaments aux patients. Le pharmacien constitue un véritable allié grâce à ses grandes plages horaires, sa disponibilité, la gratuité de l'accès et la possibilité pour les usagers de rester anonymes et de faire le choix de leur praticien. Ce maillage permet aussi une permanence des soins et la prise en charge des patients en cas d'urgence, notamment grâce aux services de garde.

Les pharmaciens sont aussi soumis au code de déontologie, un ensemble de règles communes, qui régit l'activité et impose d'avoir une indépendance professionnelle, de respecter le secret professionnel et d'être dévoué auprès de toutes personnes ayant recours à eux. Ces règles orientent la profession pour le bien commun.

a. Le pharmacien, acteur de santé publique

Acteurs de premier recours (63), ils coopèrent avec les autres professionnels de santé dans le cadre de missions de service public et dans la veille, l'alerte et la protection sanitaire. C'est grâce à la loi HPST promulgué le 21 juillet 2009 que le pharmacien s'est vu attribuer de plus amples missions, renforçant sa légitimité en tant qu'acteur de santé. Mais c'est depuis cette année que le pharmacien, véritable acteur de prévention, est autorisé à administrer l'ensemble des vaccins obligatoires à ses patients. La prescription quant à elle doit encore être faite par le médecin ou la sage-femme. La vaccination étant le premier rempart face aux épidémies il est essentiel de souligner que ce nouveau rôle facilitera le parcours vaccinal des populations et améliorera ainsi la couverture vaccinale. La crise sanitaire due au Covid-19 a d'ailleurs permis de mettre en lumière l'importance du pharmacien dans un contexte d'urgence, dans la

prévention, dans le dépistage et dans la vaccination. Le pharmacien est aussi un spécialiste de la toxicologie et des sciences de l'environnement, ce qui le place en acteur majeur pour améliorer les conditions de vie et d'habitat, les habitudes et les comportements de ses patients.

S'il y a eu un effet « bénéfique » à la pandémie, c'est qu'il a redonné du sens au pharmacien avec ses nouvelles missions de santé publique. Celui qui de plus en plus n'était considéré que comme un « vendeur » de médicaments, un commerçant, a retrouvé par le biais de la vaccination sa vraie mission d'acteur de santé, de conseil. Il dépend aussi de lui de vouloir approfondir dans ce sens-là sa relation avec sa patientèle.

b. Le pharmacien, « renforçateur thérapeutique » (64)

Le rôle du pharmacien d'officine est d'identifier le problème, de conseiller, de dispenser - délivrance et analyse pharmaceutique -, d'être à l'écoute, disponible et de fournir une information claire aux usagers. Le pharmacien se trouve être un interlocuteur de premier recours par sa proximité, il est aussi capable d'orienter les usagers vers les institutions adaptées aux problèmes du patient. L'officine est ainsi une porte d'entrée vers le système de santé. Aller voir un pharmacien ne nécessite pas une prise de rendez-vous et n'engendre aucun frais, contrairement à une consultation médicale. Pour les médicaments non soumis à prescription médicale, les patients peuvent faire le choix de l'automédication mais celle-ci peut être encadrée par les pharmaciens dans la mesure où ils délivrent les conseils au moment de la dispensation. Cela permet un contrôle du bon usage des médicaments basé sur des savoirs scientifiques. Le pharmacien participe à la réussite d'une thérapeutique au travers des conseils qu'ils prodiguent, parfois non dispensés par les médecins lors des consultations. « Renforçateur thérapeutique » (64) : il renforce l'adhésion des patients à la thérapeutique et limite les risques iatrogènes.

c. Le pharmacien, levier dans l'accès aux soins des plus démunis

L'accès aux soins est de plus en plus difficile, tout niveau social confondu, c'est pourquoi le pharmacien joue un rôle central grâce à sa proximité et sa disponibilité. Pour cela la formation aux sciences humaines est indispensable pour renouveler les compétences du pharmacien, notamment dans les domaines tel que la psychologie et la sociologie. En regard des populations

vulnérables, dont les voyageurs, le pharmacien s'avère être un véritable levier en matière de santé publique mais pour cela il faut pouvoir identifier et traverser les frontières par une bonne connaissance de ce public.

La stigmatisation et l'isolement social sont des obstacles à l'accès aux soins. Le pharmacien doit donc être capable de nouer une relation de confiance avec ses patients en situation de précarité afin d'optimiser l'efficacité de l'action thérapeutique et de la prise en charge.

La pharmacie est un espace de communication, d'informations et d'échanges mais aussi de négociations. Ce lieu est influencé par des croyances, des représentations et des savoirs qui peuvent jouer sur l'efficacité d'un traitement. L'altérité rencontrée dans le rapport entre un pharmacien et des voyageurs peut susciter l'appréhension. Les voyageurs se présentent souvent en groupe, en clan, dans les établissements de santé et notamment dans les pharmacies. Leurs inquiétudes sont exprimées parfois de manière irrationnelle et ce peut être déstabilisant au comptoir. Cette problématique a été rencontrée par nombre de mes collègues, jeunes pharmaciens avec lesquels j'ai eu la chance de parler de ce sujet. C'est pourquoi, une anticipation par la connaissance de ces schémas possibles est importante.

Les messages généraux de prévention par exemple sont plutôt adaptés à des populations ayant un niveau de littératie élevé. Les pharmaciens, par leur rôle d'intermédiaire doivent établir une relation de confiance avec les usagers afin de permettre une bonne diffusion des messages, ils constituent alors des vecteurs d'informations, des médiateurs du champ sanitaire. Leur indépendance est régie par la déontologie pharmaceutique. Le secret professionnel est le socle de toute relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient.

e. Les nouveaux enjeux

L'enjeu est de sensibiliser les pharmaciens libéraux aux ISS dans une approche globale. Il serait intéressant de les inciter à un travail partenarial avec les médiateurs en santé et les collectivités territoriales. Former les professionnels aux questions d'exclusion et de pauvreté inviterait à la coordination de projets de médiation dans des pôles ou maisons de santé ou à participer à des équipes mobiles dans une démarche d'aller-vers.

La formation des pharmaciens à la médiation devrait s'attacher à développer des connaissances en faveur des populations vulnérables, notamment sur les représentations culturelles en matière

de santé. Une prise en compte des dimensions sociale et culturelle de la maladie par le pharmacien est nécessaire pour une bonne efficacité thérapeutique.

Cette partie est théorique et demanderait un approfondissement par l'enquête pour étudier les points de vue des pharmaciens et leurs ressorts d'actions pour faciliter l'accès aux soins des populations vulnérables.

CONCLUSION

Au terme de cette thèse je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé ce champ immense qui concerne cette défiance mutuelle entre GDV et institutions, mais j'étudie les dispositifs existants et les outils qui pourraient être développés autant au niveau institutionnel qu'au niveau local au plus près des acteurs de terrain. Je tente ici de croiser sciences sociales et santé publique qui sont deux approches différentes mais ô combien complémentaires et indispensables à une meilleure compréhension des inégalités sociales de santé et des moyens d'actions pour les limiter. Une meilleure connaissance des besoins et l'essor d'une forte volonté politique sont indispensables afin de lutter contre l'exclusion, les discriminations, faciliter l'accès des voyageurs aux systèmes institutionnels et faciliter le recours au système de santé. Ce sujet reste très complexe, il s'inscrit dans une histoire longue de discrimination au regard de laquelle les voyageurs se sont construits en communauté. Bien qu'hétérogènes, ils sont constitués comme une entité et ils souffrent de représentations collectives négatives. Ils subissent les discriminations les plus fortes en Europe et en France, celles-ci se manifestant jusque dans leurs corps.

Les actions sur le terrain sont nombreuses mais elles manquent de moyens pour parvenir à une véritable équité en santé. Les GDV souffrant de nombreux stigmates, la médiation vient pallier les difficultés mais ne suffit pas à résoudre la défiance bien ancrée entre voyageurs et institutions. Les problèmes de santé qu'ils rencontrent devraient être considérés au-delà de la santé elle-même par les politiques publiques et bien au niveau structurel. L'amélioration de la qualité de la santé des GDV est indissociable de la qualité des conditions de logement et de scolarisation. L'accès aux soins relève aussi des politiques publiques, mais il est essentiel de former les professionnels de santé à une meilleure connaissance de ce public.

Ce travail de recherche axé tout particulièrement sur la relation des GDV avec la santé, les représentations de la maladie, des acteurs de santé et du système de soins, a fait apparaître des spécificités concernant cette population (spécificités qui pour certaines pourraient probablement être élargies à l'ensemble des populations touchées par la précarité). Nous avons, notamment grâce aux témoignages d'actrices œuvrant dans des associations de terrain, mis en exergue deux points essentiels concernant tout travail avec les GDV : la nécessité d'établir une relation de confiance, ainsi que la nécessité que cette relation s'installe dans la durée. En effet, la culture des GDV est principalement une culture orale, une culture de transmission qui passe

par un rapport à l'autre « non-écrit » (beaucoup d'illettrisme, défiance envers la trace écrite), un contact visuel, incarné.

Or le pharmacien d'officine est installé généralement dans la durée sur un secteur géographique. C'est un atout. Il peut, s'il le souhaite, s'investir dans la connaissance de la sociologie de son territoire. Il paraît évident que le pharmacien du centre-ville de Toulouse ne reçoit pas la même clientèle qu'un pharmacien présent dans un quartier périphérique plus défavorisé, et que les attentes des populations diffèrent. Entre une clientèle/patientèle « experte », ou se croyant telle, et une clientèle/patientèle maîtrisant peu la langue et craintive face à la « blouse blanche », les attitudes, l'accueil, ne devraient pas être les mêmes pour peu que l'on ait le désir de bien conseiller et d'aider à la prévention et au bon traitement des pathologies.

Les leviers majeurs qui ressortent pour une meilleure prise en charge des populations vulnérables dont font partie les GDV, sont la mobilisation des acteurs de proximité : des collectivités, des associations, et des professionnels de santé. Bien sûr, au niveau national les messages de prévention devraient être adaptés à ces populations et à leur difficulté de compréhension mais il semble difficile de généraliser une telle démarche, c'est pourquoi c'est au niveau local que cela se joue. Dans le déploiement de stratégies adaptées à la culture et à la précarité des voyageurs. Pour cela des co-formations sont possibles permettant d'intégrer les professionnels de santé, des voyageurs et des médiateurs. Des personnes relais sont indispensables pour établir une relation de confiance entre les GDV et les acteurs de santé.

Dans le cadre de la prévention de nombreuses activités peuvent être menées sur le terrain par les médiateurs en collaboration avec des professionnels de santé, des ateliers cuisine par exemple permettant de sensibiliser à l'équilibre alimentaire, des parcours santé permettent aussi de sensibiliser à l'activité physique. Face aux angoisses, des exercices de yoga pourraient être proposés. Des ateliers féminins permettant d'aborder des thématiques tel que la sexualité, la contraception et les problèmes gynécologiques. Les femmes sont plus enclines à parler des sujets tabous lorsqu'elles se retrouvent en petits groupes. Des témoignages indiquent que la sensibilisation en matière de santé est plus facilement relayée par les femmes des familles de voyageurs. L'école peut être un lieu d'éducation à la santé avec des interventions menées auprès des enfants, notamment sur les problèmes d'hygiène dentaire très présents chez les voyageurs. Les pharmaciens peuvent mener des interventions afin d'aider à organiser les « boîtes à pharmacie » en donnant des recommandations simples face aux maux du quotidien. Les moments d'échanges doivent être organisés simplement, dans un cadre convivial et ludique afin

d'obtenir l'écoute et l'adhésion des voyageurs. Ces échanges permettant aussi de comprendre leurs besoins et comment y répondre de manière adaptée.

Les prises en charge médicalisées ne sont pas de tout repos, guidées par la peur et la panique que génère la maladie, les voyageurs se montrent parfois envahissants et pressants auprès des professionnels de santé. Se montrer à l'écoute et vigilants par rapport à leurs craintes peut faciliter la confiance. La formation des futurs professionnels de santé dans les facultés pourrait les sensibiliser à ces problématiques très actuelles. Les ISS se creusent, on observe une précarisation d'une partie de la population, une surcharge de nos hôpitaux et une pénurie de médecins généralistes. Face à cette perspective, le pharmacien semble être un rempart efficace dans la prise en charge des patients. Sa disponibilité et sa proximité lui permettent d'informer et de sensibiliser les populations précaires. Comme on l'a vu, les GDV sont très marginalisés et il est difficile de les atteindre au travers de campagne de santé publique par exemple. Laissés pour compte durant la pandémie de Covid-19, cela n'a fait qu'accroître leur méfiance vis-à-vis du système institutionnel. C'est pourquoi le pharmacien, acteur de proximité, peut tenter de rétablir cette confiance avec l'aide des acteurs associatifs, dévoués sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carricaburu D, Ménoret M. Chapitre 9 - Déchiffrer la santé. In: Sociologie de la santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2004 [cité 30 nov 2022]. p. 137-60. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-sante--9782200262297-p-137.htm>
2. Rostaing C. Stigmate. Sociologie [Internet]. 1 févr 2015 [cité 30 nov 2022]; Le 100 mots de la sociologie. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologie/2572>
3. Acker W. Où sont les « gens du voyage » ? Inventaire critique des aires d'accueil [Internet]. Editions du commun; 2021 [cité 28 oct 2021]. 448 p. Disponible sur: <https://www.editionsducommun.org/products/ou-sont-les-gens-du-voyage-william-acker>
4. Williams P. Une ethnologie des Tsiganes est-elle possible ? *Homme*. 2011;(197):7-23.
5. Bidet M, Duran P. Les gens du voyage, locaux ou cosmopolites ? : la gestion publique du nomadisme en France. Gif-sur-Yvette, Essonne, France: ENS; 2009.
6. Potot S. Nous les Tsiganes, ou les Roms, comme vous dites, vous [Internet]. <http://journals.openedition.org/lectures>. Rennes (Presses universitaires de); 2019 [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/24576>
7. Kaluszynski M. Alphonse Bertillon et l'anthropométrie judiciaire. L'identification au cœur de l'ordre républicain. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 12 mai 2014 [cité 19 déc 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2716>
8. Robert C. La loi faisait des gens du voyage des citoyens de seconde zone. *Le Monde.fr* [Internet]. 5 oct 2012 [cité 19 déc 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2012/10/05/la-loi-faisait-des-gens-du-voyage-des-citoyens-de-seconde-zone_1770950_3224.html
9. Pluchon B. Gens du voyage : une population problématique ? In: *Catégories, discours et savoirs*. Nantes; 2007. p. 7.
10. Crézé R. Jean-Pierre Liégeois, Roms et Tsiganes. *Lectures* [Internet]. 6 déc 2019 [cité 14 mai 2021]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/39464>
11. Bergeon C. Les Gens du voyage en France : représentations collectives et contrôle d'une minorité nationale. *Belg Rev Belge Géographie* [Internet]. 20 déc 2014 [cité 19 avr 2021];(4). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/belgeo/14864>
12. Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
13. Liegeois JP. Roms et Tsiganes [Internet]. Editions la Découverte; 2019 [cité 30 nov 2022]. 128 p. (Repères). Disponible sur: https://www.editionsladecouverte.fr/roms_et_tsiganes-9782348043499

14. Belqasmi M. La construction d'une "question Tsigane" : entre catégorisations et mobilisations sociales. *Migr Soc.* 2014;N° 152(2):47-56.
15. Observatoire des inégalités. Les Tsiganes, « éternels étrangers de l'intérieur » ? entretien avec Christophe Robert [Internet]. Observatoire des inégalités. 2010 [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Les-Tsiganes-eternels-etrangers-de-l-interieur-entretien-avec-Christophe-Robert?id_mot=25
16. Gajac O. Les associations d'action sociale et les publics vulnérables : de la déviance à une altérité aux compromis institutionnels. *Sci Actions Soc.* 2018;N° 10(2):73-93.
17. Bordigoni M. « Terrain désigné », observation sous contrôle : quelques enjeux d'une ethnographie des Tsiganes. *Ethnol Francaise.* 2001;Vol. 31(1):117-26.
18. Gorza M. La santé des Gens du voyage altérée par leurs conditions d'habitat. [Internet]. 2019 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-des-gens-du-voyage-alteree-par-leurs-conditions-d-habitat>
19. Besson L. Déclaration de M. Louis Besson, secrétaire d'Etat au logement, sur le projet de loi relatif à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage, au Sénat, le 21 juin 2000. [Internet]. vie-publique.fr. 2000 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/140624-declaration-de-m-louis-besson-secetaire-detat-au-logement-sur-le-pr>
20. nos poumons c'est du béton ! [Internet]. 2016 [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=uVvTxEwfc0>
21. Auffret S. Incendie de l'usine Lubrizol à Rouen : les gens du voyage désespérés. *Le Monde.fr* [Internet]. 2 oct 2019 [cité 1 déc 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/10/02/au-centre-d-une-bombe-a-retardement-les-gens-du-voyage-desempares-apres-l-incendie-de-rouen_6013982_3244.html
22. Gens du voyage : ma vie au milieu des usines | Documentaire [Internet]. 2021 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=mQQBFhr5RNc>
23. Gasquet L. Les habitants de l'aire d'accueil voisine de Lubrizol pourraient enfin être relogés [Internet]. *StreetPress.* 2021 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.streetpress.com/sujet/1618235547-habitants-air-accueil-gens-voyage-lubrizol-enfin-reloges-rouen-quevilly-pollution>
24. Vandentorren S, Roingeard C. Effets de santé des déterminants environnementaux chez les Gens du voyage. *Études Tsiganes.* 2019;67(3):16-23.
25. Kokabi AR, NnoMan. « Il faut nous sortir de là » : les aires d'accueil des gens du voyage, un enfer sonore et sanitaire [Internet]. *Reporterre, le média de l'écologie.* 2021 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://reporterre.net/Il-faut-nous-sortir-de-la-les-aires-d-accueil-des-gens-du-voyage-un-enfer-sonore-et-sanitaire>
26. Meier O. Robert Castel et la désaffiliation sociale [Internet]. *RSE Magazine.* 2021 [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: https://www.rse-magazine.com/Robert-Castel-et-la-desaffiliation-sociale_a4309.html

27. Ramel V. Les technologies numériques en santé face aux inégalités sociales et territoriales: une sociologie de l'action publique comparée [Thèse doctorat]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2020.
28. Potvin L, Jones CM, Moquet MJ, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
29. C J, L D, H B, Fm C, L C, A C, et al. UnderstaNding uptake of Immunisations in TravellIng aNd Gypsy communities (UNITING) A qualitative interview study. Health Technol Assess [Internet]. 29 sept 2016 [cité 15 mars 2021];20(72). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta20720/#/abstract>
30. Thomas CM, Osterholm MT, Stauffer WM. Critical Considerations for COVID-19 Vaccination of Refugees, Immigrants, and Migrants. Am J Trop Med Hyg. 13 janv 2021;104(2):433-5.
31. Défenseur des Droits. Rapport - « Gens du voyage » : lever les entraves aux droits [Internet]. Paris: Défenseur des Droits; 2021 oct [cité 30 nov 2022] p. 1-25. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/10/rapport-gens-du-voyage-lever-les-entraves-aux-droits>
32. Santé Publique France. La santé des Gens du voyage : étude en Nouvelle-Aquitaine, 2019-2020 [Internet]. 2019 [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: </etudes-et-enquetes/la-sante-des-gens-du-voyage-etude-en-nouvelle-aquitaine-2019-2020>
33. Fassin D. De l'inégalité des vies : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 16 janvier 2020 [Internet]. De l'inégalité des vies : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 16 janvier 2020. Paris: Collège de France; 2020 [cité 30 nov 2022]. (Leçons inaugurales). Disponible sur: <http://books.openedition.org/cdf/10078>
34. Fassin D. Naissance de la santé publique. Geneses. 2003;53(4):139-53.
35. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Ann Econ Sociétés Civilis. 1971;26(1):205-33.
36. Brodriez-Dolino A. La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. Inf Soc. 19 oct 2015;188(2):10-8.
37. Löchen V. Chapitre 6. Précarité, pauvreté, exclusion. Guid Sante Soc. 2018;6ème ed.:316-422.
38. Soulet MH. La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. Pensee Plurielle. 2005;no 10(2):49-59.
39. Thomas H. Les vulnérables [Internet]. Ed. du Croquant; 2010 [cité 30 nov 2022]. (Terra). Disponible sur: https://www.lalibrairie.com/livres/les-vulnerables_0-564061_9782914968683.html
40. Carle MÈ. Vulnérabilité, observance et adhésion thérapeutique : quels risques? : la prévention de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal [Internet] [Thèse

- doctorat]. [Montréal]: Université de Montréal; 2011 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6848>
41. Santé Publique France. Activités à risque d'exposition au plomb et saturnisme chez les enfants de familles de gens du voyage en Charente, 2017-2019 [Internet]. 2022 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/activites-a-risque-d-exposition-au-plomb-et-saturnisme-chez-les-enfants-de-familles-de-gens-du-voyage-en-charente-2017-2019>
 42. Foisneau L. La crainte des Roms. Pratiques romanès de la défiance. *Tracés Rev Sci Hum.* 15 nov 2016;(31):87-108.
 43. Larousse. Définitions : co- - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/co-/16723>
 44. Vaillancourt Y. De la co-construction des connaissances et des politiques publiques. *SociologieS* [Internet]. 23 mai 2019 [cité 17 nov 2021]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologies/11589>
 45. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Historique | Réseau Villes-Santé [Internet]. 2011 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.villes-sante.com/le-rfvs/historique/>
 46. Agence Régionale de Santé. Programme d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes démunies [Internet]. 2019 [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/programme-dacces-aux-soins-et-la-prevention-pour-les-personnes-demunies>
 47. Agence Régionale de Santé. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. 2017 [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
 48. LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (1). 2014-173 févr 21, 2014.
 49. Médecin du Monde. Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde. Rapport [Internet]. 2020 [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://creaiors-occitanie.fr/observatoire-de-lacces-aux-soins-de-la-mission-france-de-medecins-du-monde-rapport/>
 50. Cottin-Marx S, Hély M, Jeannot G, Simonet M. La recomposition des relations entre l'État et les associations : désengagements et réengagements. *Rev Française Adm Publique.* 2017;N° 163(3):463-76.
 51. Lochard Y. L'association, un monde à part ? In: Hély M, Simonet M, éditeurs. *Le travail associatif* [Internet]. Nanterre: Presses universitaires de Paris Nanterre; 2016 [cité 10 sept 2021]. p. 143-57. (Hors collection). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pupo/3301>
 52. Bernoux P. De la sociologie des organisations à la sociologie des associations [Internet]. *Érès*; 2008 [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-gouvernance-des-associations--9782749209791-page-53.htm>

53. Eme B, Laville JL. Pour une approche pluraliste du tiers secteur. *Nouv Prat Soc.* 1999;12(1):22.
54. Cottin-Marx S. III. Les relations entre associations et pouvoirs publics. *Reperes.* 23 mai 2019;45-69.
55. Caillé A, Laville JL. *Revue du Mauss/N°11 Une seule solution, l'association ?* 1998;(11):1-18.
56. Hély M. Les métamorphoses du monde associatif [Internet]. Presses Universitaires de France; 2009 [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-metamorphoses-du-monde-associatif--9782130563891.htm>
57. Fraser N. 1. De la redistribution à la reconnaissance ? In: *Qu'est-ce que la justice sociale ?* [Internet]. Paris: La Découverte; 2011 [cité 30 nov 2022]. p. 13-42. (Poche / Sciences humaines et sociales). Disponible sur: <https://www.cairn.info/qu-est-ce-que-la-justice-sociale--9782707167897-p-13.htm>
58. Organisation Mondiale de la Santé. Santé et droits de l'homme [Internet]. 2017 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
59. Bouvet O, Floch S. Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies. *Spécificités.* 2012;5(1):257-74.
60. de Goer B. Professionnels de santé et Gens du Voyage : une approche de la formation par le croisement des savoirs. *Études Tsiganes.* 2019;67(3):98-117.
61. Article 90 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_1c/JORFARTI000031913426/
62. Grenon M. La notion d'acculturation entre l'anthropologie et l'historiographie. *Lekton.* 1992;2(2):13-42.
63. Mbarga J, Foley RA, Decollogny A. De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 20 nov 2014 [cité 16 sept 2022];(9). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1494>
64. Golay, Rosset C. Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* 2006 [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-76/le-pharmacien-d-officine-et-son-role-dans-l-education-therapeutique-du-patient>

TITLE : The health of travellers: a cross-sectional study between public policies and local actions

RESUME :

In France, Travellers have a life expectancy at birth that is fifteen years lower than the general population. They suffer from overexposure to environmental and health risks linked to their living conditions and habitat, and from systemic discrimination due to a lack of knowledge of their practices and lifestyle by the general population, which generates difficulties in accessing healthcare. Numerous actions are carried out in the field, particularly thanks to the associations that carry out admirable work with travellers. They are at the heart of the issues involved in caring for this specific yet heterogeneous population. Acting as mediators, they make it possible to cross social boundaries in order to establish a link between institutions and travellers. Health professionals also have a role to play in improving their care. Listening, trust, education and information are all values and tools needed to optimise their care. But it is only through public policies that we can act on the structural causes of the inequalities they suffer in their bodies.

KEY-WORDS : Travellers – Gypsies – Health inequalities – Associations – Public policies – Health mediation - Pharmacist
