

**Représentations ayant changé chez les soignants suite à la
co-formation « santé et gens du voyage ». À propos d'une étude
qualitative.**

Thèse présentée pour l'obtention du
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ETAT

GALÈS Brieuc

Né le 05 août 1980 à Quimper (29)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 12 octobre
2010

Devant le jury composé de :

Président du Jury : M. le Pr. PISON Christophe

Membres :

M. le Pr. BOUGEROL Thierry

M. le Pr. IMBERT Patrick

M. le Dr. De GOËR Bruno

M. VALLERIE Bernard

PU-PH 01/09/2009

NOM	PRENOM	ADRESSE
ALBALADEJO	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE POLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX- BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE - PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BAUDAIN	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
BEANI	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VERERELOGIE-PHOTOBIOLOGIE & ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BENHAMOU	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE – POLE 6 DIGIDUNE
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BOLLA	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BOSSON	Jean-Luc	DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES – PAVILLON D.VILLARS POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
BRAMBILLA	Elisabeth	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
BRAMBILLA	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE ET COMMUNAUTAIRE
BRICHON	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BRIX	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR .REPARATRICE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CARPENTIER	Françoise	CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE – BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE POLE 14 BIOLOGIE
CHABARDES	Stephan	CLINIQUE DE NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE – POLE 6 DIGIDUNE
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CHIROSSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE – FACULTE DE MEDECINE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES POLE 17 SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION – HC FORUM (création entreprise) – rémunération universitaire conservée

COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CRACOWSKI	Jean-Luc	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE / ENFANT
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
DYON	J.François	298 chemin des Viers – 38330 BIVIERS
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 – ID 17 / ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCO	Alain	CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	59 chemin de Franquieres – 38330 BIVIERS
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
GIRARDET	Pierre	Les Heures Claires – imp. Du Moucherolles VILLARD DE LANS
GUIDICELLI	Henri	12 BIS Rue de la Fontaine 66740 MONTESQUIEU DES ALBERES
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO – DIABETO – NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE
HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE / ENFANT
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE – HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LANTUEJOUL	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
LECCIA	Marie-Therese	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURYDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE

		POLE 6 DIGIDUNE
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE - UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF - BP 53X
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN POLE 9 COUPLE / ENFANT
MACHECOURT	Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP / DPT DE BIOLOGIE INTEGREE POLE 14 BIOLOGIE – J.ROGET 4^e ETAGE
MALLION	J. Michel	1 Chemin des Buis 38240 MEYLAN
MASSOT	Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
MORAND	Patrice	DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MOREL	Françoise	52 av. de L.Eygala 38700 LA TRONCHE
MORO-SIBILOT	Denis	68 Chemin de Savardin 38330 MONTBONNOT
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE
PASQUIER	Basile	20 Rue Bizanet 38000 GRENOBLE
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERENNOU	Dominique	SERVICE DE REEDUCATION POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
PIOLAT	Christian	CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE / ENFANT
POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE / ENFANT
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
ROMANET	J.Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE HOPITAL SUD
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE ONSTETRIQUE POLE 9 COUPLE / ENFANT
SCHMERBER	Sebastien	CLINIQUE O.R.L POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE

SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
SEIGNEURIN	Jean-Marie	DPT AGENTS INFECTIEUX POLE 14 BIOLOGIE
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE / ENFANT
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
SOTTO	Jean-Jacques	6 Allée des Ecureuils 38700 CORENC
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOU	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE

BOLLA	Michel	Du 13/06/09 au 31/08/2012
DYON	J.François	(surnombre)
GARNIER	Philippe	(surnombre)
GIRARDET	Pierre	(surnombre)
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
MALLION	J. Michel	(surnombre)
MOREL	Françoise	Surnombre depuis le 08/08/2008→31/08/2011
PASQUIER	Basile	(surnombre)
SEIGNEURIN	J. Marie	Du 11/02/2009 au 31/12/2012
SOTTO	J. Jacques	(surnombre)

MCU-PH 01/09/2009

BOTTARI	Serge	Département de Biologie Intégrée Pôle 14 Biologie
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Pôle 14 Biologie
BRENIER- PINCHART	M.Pierre	Département des agents infectieux – Parasitologie – Mycologie Pôle 14 Biologie
BRICAULT	Ivan	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13 Imagerie
BRIOT	Raphaël	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN- WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine nucléaire Pôle 13 Imagerie
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
CROIZE	Jacques	Département des agents infectieux – Microbiovigilance Pôle 14 Biologie
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de physiologie – sommeil et exercice Pôle 12 Rééducation et physiologie
DERANSART	Colin	GIN – BATIMENT E. SAFRA Equipe 9
DETANTE	Olivier	Clinique de Neurologie
DROUET	Christian	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Centre angiodème Pôle 14 Biologie
DUMESTRE- PERARD	Chantal	Immunologie – BATIMENT J. ROGET
EYSSERIC	Hélène	Clinique de Médecine Légale Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la Procréation / CECOS – Département Génétique de Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
FAURE	Julien	Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique Thérapie Cellulaire Pôle 5 Cancérologie
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique Médecine Interne Gériatrique Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine
GRAND	Sylvie	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la Procréation / CECOS – Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
HOFFMAN	Pascale	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9 Couple / Enfant
JACQUOT	Claude	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 Anesthésie – Réanimation
LABARERE	José	Département de Veille Sanitaire Pôle 17 Santé Publique
LAPORTE	François	Département de Biologie Intégrée Pôle 14 Biologie
LARDY	Bernard	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'enzymologie Pôle 14 Biologie
LARRAT	Sylvie	Département des agents infectieux Pôle 14 Biologie

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. CardioRespiratoires Pôle 12 Rééducation et Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Unité d’Hygiène Hospitalière - Pavillon E
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d’Innovations Technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. Cardiorespiratoires Pôle 12 Rééducation et Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d’Enzymologie Pôle 14 Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie Pôle 3 Tête et Cou et Chirurgie Réparatrice
PASQUIER	Dominique	Département d’Anatomie et Cytologie Pathologiques Pôle 13 Biologie
PELLETIER	Laurent	Centre d’Innovations Biologiques
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Biologie de la Reproduction - Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
RENVERSEZ	J. Charles	Département de biologie Intégrée - Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 Biologie
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC LA TRONCHE
SATRE	Véronique	Génétique Chromosomique - Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Pôle 14 Biologie
TAMISIER	Renaud	Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. Cardiorespiratoires Pôle 12 Rééducation et Physiologiste
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

REMERCIEMENTS

À notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Christophe Pison,

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Pour l'engagement que vous tenez au sein de cette faculté, et votre soutien sans faille au développement de la médecine générale. Pour la sympathie que vous avez portée à mon égard et qui est réciproque. Je vous exprime mes sincères remerciements et mon respect.

À notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Bruno de Goër,

Pour votre aide précieuse, votre disponibilité tout au long de ce travail. Pour la compétence et l'humanisme dont vous faites preuve avec chacun de vos patients et dont j'ai pu être le témoin. Pour m'avoir guidé tout au long de mon dernier stage d'internat, qui aura été pour moi une expérience inoubliable. Veuillez trouver ici le témoignage de mon amitié.

À nos Membres du Jury,

Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail. Pour l'intérêt que vous avez porté à cette thématique nouvelle. Veuillez accepter mes vifs remerciements.

Monsieur le Professeur Patrick Imbert,

Pour votre engagement à promouvoir la médecine générale. Pour m'avoir accompagné avec tant de sympathie et conseillé dans mes différents projets ces dernières années. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de ma gratitude.

Monsieur Bernard Vallerie, Maître de conférences en sciences de l'éducation,

Pour avoir amicalement accepté de participer à ce jury. Pour m'avoir apporté votre soutien et votre expertise concernant le sujet et la méthode. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect.

À ma famille,

Nadège, ma compagne, pour son amour et l'énergie dépensée à m'aider et me motiver dans ce long travail. Pour notre bonheur qui se prépare...

Mes parents, qui ont su me faire confiance, et cacher leurs angoisses quand mes étés étaient plus studieux que mes années scolaires... Merci à Pierre, mon père pour toute l'aide apportée de la retranscription à la finalisation de ce travail.

Mon grand-père, le Dr Raimond Fontan, qui me fait la grande joie et l'honneur de venir à ma soutenance de thèse.

À mon frère, ma sœur, leurs familles respectives qui sont aussi la mienne, et merci à David pour tous ses conseils méthodologiques. À mes oncles et tantes, cousins et cousines, ma grand-mère Annick qui n'a pas pu venir, Michelle et Alain qui me font aussi la joie d'assister à la soutenance. Et aussi à ma belle famille pour son soutien.

À ceux qui m'ont aidé durant cette thèse

L'association REVIH-STS dont Anne-Marie pour son aide documentaire.

L'ARTAG pour son investissement dans cette co-formation.

Brigitte, pour l'immense travail de relecture effectué, pour m'avoir rappelé certaines règles de grammaire depuis longtemps oubliées, et m'y avoir donné du plaisir !

Claude Ferrand, pour son accueil chaleureux. Pour la belle aventure des co-formations qu'il a contribué à initier avec ATD quart monde.

Et bien sûr,

À tous mes amis,

Notamment Sylvain, l'ami de toujours qui vient me voir devenir docteur.

À ceux avec qui m'ont accompagné pendant ces passionnantes études,

Les amis de la faculté Necker – Enfants Malades avec qui nous avons « grandi » dans la médecine.

Mes co-internes, les membres d'ARAVIS, et de l'ISNAR-IMG pour les bons moments passés, et le travail accompli.

Le père Jean Claude Deverre qui m'a tant accompagné.

Les soignants avec qui j'ai travaillé durant ces quatre dernières années.

Et enfin, les médecins et ceux qui, en m'encadrant, ont su me donner le goût de ce métier unique et merveilleux...

TABLE DES MATIERES

Introduction	12
I Les co-formations	12
A- Historique.....	12
B- Principes	13
II Les gens du voyage ou « tsiganes ».....	14
A- Terminologie et histoire	14
B- Mode de vie des gens du voyage.....	15
C- L'état de santé des gens du voyage	15
III La co-formation « santé et gens du voyage ».....	16
Matériels et méthode	19
I Type d'étude	19
II Population et échantillonnage.....	19
III Réalisation des entretiens et recueil des données.....	20
IV Méthodologie de la recherche bibliographique.....	22
Résultats	23
I Données générales	23
II Les changements de représentations chez les soignants.....	23
A- Les gens du voyage et la santé, vus par les soignants.....	23
B- La vie de groupe des gens du voyage, vue par les soignants	29
C- Les gens du voyage dans la société, vus par les soignants.....	37
III Les changements de pratique des soignants	43
Le cas particulier de la pédiatrie à l'hôpital	46
Discussion	49
I A propos de ce travail	49
Limites et biais de la méthode.....	50
II À propos de nos résultats.....	52
A- Le groupe	52
B- La violence et la pression	54
C- L'immédiateté, les horaires	55
D- Les demandes jugées non justifiées	56
E- Ce qui n'était pas prévu	56
III A propos des co-formations	57

A- La co-formation comme outil pédagogique	57
B- La co-formation comme outil de recherche	59
C- La co-formation du point de vue des personnes en situation de précarité	59
Conclusion.....	61
Bibliographie	63
Annexes	64
Première lettre aux participants	65
Grille d'entretiens de la première phase de l'étude	67
Lettre adressée aux participants pour la seconde phase de l'étude	68
Déroulement des trois premières journées de co-formation :.....	69
Grille d'entretiens pour la seconde phase de l'étude.....	70
Verbatim.....	71

INTRODUCTION

En 1998, la loi de lutte contre les exclusions engageait professionnels et bénévoles impliqués dans ce combat à se former « à la connaissance du vécu des personnes et des familles très démunies et à la pratique du partenariat avec elles » (1). C'est dans cet esprit de partenariat et de connaissance mutuelle que le mouvement ATD quart monde a développé la méthode de co-formation. Celle-ci part du principe que « le préalable, dans la lutte contre la misère et l'exclusion, est de reconnaître les personnes en situation de pauvreté comme des acteurs à part entière » (2).

I Les co-formations

La co-formation est un outil pédagogique développé depuis une dizaine d'années par le mouvement ATD quart monde dans le cadre de la lutte contre l'exclusion. Elle a fait l'objet de trois livres de référence : *Le croisement des savoirs* (2), *Le croisement des pratiques* (3) et *Le croisement des pouvoirs* (4). Cette formation part du principe que pour répondre de manière adaptée aux problématiques liées à la précarité, il faut croiser les savoirs issus de la science, de l'expérience des professionnels et du vécu des patients.

A- Historique

Ce projet est issu de la démarche du père Joseph Wresinski, fondateur de l'association « aide à toute détresse » devenue le mouvement ATD quart monde (3). Ayant vécu dans son enfance l'humiliation de la misère, il a eu le sentiment de retrouver les siens dans le « camp des sans logis » à Noisy-le-Grand en 1957. Il a fait le choix de partager leur vie avant de créer avec des amis engagés « Aide à toute détresse ». ATD quart monde fonde ensuite son identité sur la connaissance de la pauvreté, une vie militante partagée avec les très pauvres, la réflexion, la recherche et la formation. L'idée permanente est de faire une place à la connaissance que les très pauvres et les exclus eux-mêmes ont de leur condition et du monde qui la leur impose.

ATD quart monde a pour cela mis en place le programme quart monde université (mars 1996 – mars 1998) tentant de répondre à la question suivante : « De quelle connaissance avons-nous besoin pour lutter efficacement contre la misère ? » Ce programme a rassemblé deux groupes d'acteurs : des chercheurs de plusieurs disciplines et des membres du mouvement ATD quart monde (personnes ayant vécu la grande pauvreté et volontaires permanents). Les résultats de ce premier programme font l'objet du livre : *Le croisement des savoirs. Quand le quart monde et l'université pensent ensemble*.

Ce programme a été suivi de mai 2000 à décembre 2001 du programme quart monde partenaire dont la question principale a été : « Que faut-il faire et quelles conditions créer pour

se former ensemble à agir en partenariat et éliminer la misère ? » Ce programme-là a réuni un groupe d'acteurs militants du refus de la misère et un groupe de professionnels mandatés par leurs institutions, travaillant dans le domaine des droits fondamentaux (éducation, santé publique, justice...). Les institutions se sont réunies dans un conseil d'orientation afin d'étudier les possibilités d'adapter ces enseignements à leur propre contexte de formation initiale et continue.

Durant le programme quart monde partenaire, les acteurs ont d'abord identifié les conditions favorisant l'interaction positive des savoirs, considérant que, pour se former mutuellement, certaines conditions sont nécessaires. Ils ont ensuite expérimenté ce qui venait d'être créé : la co-formation.

B- Principes

La co-formation croise donc trois savoirs : celui issu des connaissances scientifiques, celui issu de l'expérience du professionnel (ces deux savoirs étant reconnus et organisés) et celui issu de l'expérience de vie (3).

Concrètement, durant une co-formation, les professionnels (de santé, sociaux...) et les usagers se forment mutuellement pendant plusieurs jours:

- en travaillant sur leurs représentations réciproques,
- en analysant ensemble des situations concrètes (écrites lors de la co-formation) à partir de divers angles d'approche ou différentes logiques (professionnelle, de l'institution, de la personne en situation de précarité),
- et en extrayant ensemble des points-clés qui posent problème, certains thèmes, et en les travaillant.

Une charte a été élaborée à ce sujet. Elle place quatre pré-requis indispensables au croisement des savoirs (6) :

- avoir conscience d'un changement nécessaire,
- considérer chacun comme un détenteur de savoirs,
- ne pas être seul,
- se placer ensemble dans une position de recherche.

À ces quatre pré-requis s'associent cinq conditions de mise en œuvre :

- la présence effective des personnes en situation de pauvreté,
- créer les conditions de l'autonomie des savoirs en vue de leur mise en réciprocité,
- établir un espace de confiance et de sécurité,
- garantir des conditions d'échange et de rigueur,
- mettre en œuvre une méthodologie du croisement des savoirs et des pratiques.

La méthode de co-formation débutée dans le champ social a été appliquée au domaine de la santé dans le bassin chambérien par les acteurs du réseau santé précarité. Les trois premières co-formations : « expérience de la misère et professionnels de santé », « vie dans la

rue, grande précarité et professionnels de la diététique » et « exil, asile et professionnels de la santé » ont rencontré un grand succès chez les participants à la formation. La quatrième est celle que nous allons aborder durant cette thèse : « santé et gens du voyage. »

II Les gens du voyage ou « tsiganes »

A- Terminologie et histoire

Le terme « tsigane » désigne l'ensemble des groupes venus du nord-ouest de l'Inde et partageant un socle culturel commun (6). Sur le plan international, le terme de « Rom » est celui majoritairement utilisé. Il provient du « romani », langue inspirée du sanskrit qui signifie « homme ». Ce terme peut porter à confusion, car il désigne aussi une communauté parmi les voyageurs, celle originaire de l'est de l'Europe. Il existe un troisième terme : celui de « gens du voyage » qui est le terme administratif en France. Il est parfois détourné dans le terme « voyageurs ». Ce sont ces deux derniers termes qui seront utilisés durant cette thèse. Les voyageurs sont composés de cinq sous-groupes selon une appartenance culturelle et identitaire : les Manouches, les Gitans, les Sintés, les Yéniches et les Roms.

Afin de nommer les personnes qui ne sont pas de leur communauté, les voyageurs utilisent le terme de « gadjo » au singulier et de « gadje » au pluriel. Ces termes seront utilisés durant le travail.

Les gens du voyage ne forment pas une communauté homogène. Ils ont quitté l'Inde vers le 10^{ème} siècle et se sont alors imprégnés de la culture des sociétés qu'ils ont rencontrées durant leurs migrations. On les retrouve au moyen âge en Grèce et dans l'actuelle Turquie, au 14^{ème} siècle en Roumanie, Serbie et Croatie, puis, à partir de 1420, ils se dirigent dans toute l'Europe avec des lettres de recommandation de l'empereur de Bohême, d'où leur nom inapproprié de « Bohémiens ».

L'histoire des gens du voyage est ponctuée de vagues de migration ou de sédentarisation forcée. Ils ont souvent fait l'objet de discriminations importantes, voire de persécutions, notamment durant la seconde guerre mondiale pendant laquelle 500 000 d'entre eux ont été internés ou déportés.

En France, il existe de longue date quatre communautés : les Manouches, les Gitans, les Yéniches et les Roms. Ils seraient entre 300 000 et 500 000, de nationalité française depuis plusieurs générations. Ce chiffre est très difficile à établir car les personnes se revendiquant du voyage, mais habitant en HLM, ne sont pas recensées. De plus, il n'est pas possible en France de faire des études de population sur des considérations ethniques.

Plus récemment, avec l'entrée de la Roumanie et la Bulgarie dans la communauté européenne, on a observé une vague de migrations venant de ces pays concernant des Roms.

Ces derniers ont été sédentarisés de force durant l'époque communiste, avec en contrepartie une meilleure scolarisation et un meilleur accès à l'emploi. À la chute du régime communiste, ils se sont retrouvés évincés du système économique, et souvent victimes d'attaques xénophobes. Ils ont migré massivement vers les pays d'Europe Occidentale.

B- Mode de vie des gens du voyage

Le mode de vie des voyageurs reste fondé sur l'alternance entre nomadisme et sédentarisation. Si certains peuvent vivre de manière totalement sédentarisée, d'autres peuvent voyager une partie de l'année ou plus de dix mois par an. Mais chaque voyageur conserve un point d'accroche territorial (6).

Nomadisme et mode de production économique sont intimement liés. L'économie des voyageurs est fondée sur l'échange de biens et le négoce. Ils exercent des activités diverses, vannerie, récupération de matériaux, activités agricoles saisonnières, vente sur les marchés, jardinier, musicien...

Les revenus des gens du voyage sont hétérogènes, certains gagnent correctement leur vie par leur travail, d'autres vivent dans une grande misère.

C- L'état de santé des gens du voyage

L'état de santé des gens du voyage n'est pas en rapport avec le niveau de qualité des soins que l'on connaît en France. Encore une fois, peu de statistiques permettent de le montrer pour la raison évoquée précédemment de ne pas faire d'études sur des critères ethniques. Plusieurs marqueurs tendent à le montrer (6): l'espérance de vie qui est estimée entre 50 et 60 ans (20 ans de moins que la population générale), la prévalence des affections cardio-vasculaires, des problèmes nutritionnels, des problèmes dentaires, des maladies liées à la consanguinité, du saturnisme... Aucune bibliographie ne fait état des difficultés ressenties par les soignants pour prendre en charge les voyageurs, ce qui semble pourtant être un lieu commun.

L'accès à la protection et à l'aide sociale s'effectue en France à partir d'un double ancrage : l'activité professionnelle (déclarée) et la territorialité. Ceci a bien sûr constitué un frein important pour les voyageurs, nomades, dont les activités ne sont pas toujours déclarées. La situation s'améliore, notamment grâce à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et sa complémentaire (CMUc), et la loi de modernisation sociale de 2002. Néanmoins, plusieurs facteurs concourent à une sous-utilisation des aides sociales : la vocation sociale et protectrice du groupe (les personnes handicapées et malades sont prises en charge par le groupe), l'illettrisme, la culture du voyage...

Si l'itinérance et des conditions liées à la précarité limitent la qualité des soins, les représentations de la santé ont une place probablement tout aussi importante dans cet état de fait. Par ailleurs, des professionnels de santé du bassin chambérien ont constaté des difficultés de prise en charge des gens du voyage, liées notamment aux conditions de vie et aux incompréhensions réciproques. C'est pour ces raisons qu'a été mise en place la co-formation « santé et gens du voyage ».

III La co-formation « santé et gens du voyage »

C'est afin de prendre ce problème en compte que REVIH-STS et le réseau santé précarité ont organisé une quatrième co-formation : « santé et gens du voyage » en partenariat avec l'ARTAG (Association Régionale des Tsiganes et de leurs Amis Gadjé) et la SASSON (association chambérienne s'occupant de l'exclusion qui bénéficie d'un service auprès des gens du voyage). (7)

Le réseau santé précarité a travaillé grâce à la logistique de REVIH-STS (Réseau Ville Hôpital VIH Hépatites – Santé Toxicomanies Savoie). Cette association avait pour but initial d'aider les patients porteurs du VIH à accéder aux soins. Son action a progressivement évolué et se porte maintenant sur les inégalités d'accès aux soins.

L'idée initiale a été d'utiliser la méthode de co-formation par une association n'ayant pas l'expérience des voyageurs, mais avec l'aide d'une association de voyageurs : l'ARTAG. Les médecins connaissaient en effet mal le monde des voyageurs, et pouvaient « à l'occasion » rencontrer des problèmes avec eux.

L'ARTAG est une association lyonnaise d'aide à la communauté des gens du voyage. Ses secteurs d'activité sont nombreux : défense des droits, accompagnement et conception de projets d'habitat, appui à la création et au développement d'activités économiques indépendantes... Son conseil d'administration est composé pour moitié de voyageurs, et pour moitié de gadjé. Le président est statutairement un voyageur.

Cette co-formation a réuni pendant trois jours soignants et gens du voyage afin de se former mutuellement au soin. À la demande des participants, une quatrième journée a eu lieu huit mois plus tard, dont nous ne tenons pas compte dans cette étude.

L'organisation de ces quatre jours a été la suivante :

Journée 1 :

- Présentation générale de la co-formation et de sa méthode aux participants.
- Travail en groupe d'acteurs (soignants et voyageurs séparés) sur leurs représentations par **photo langage**.
- Mise en commun générale des représentations évoquées le matin.
- Écriture en groupe d'acteurs de **récits d'expérience** servant de base au travail du lendemain.

Journée 2 :

● **Analyse des récits** par groupes mixtes selon différentes logiques : institutionnelles, professionnelles et de la personne.

- Analyse des récits par groupes mixtes selon la nature des relations entre les personnes.
- Analyse des récits par groupes mixtes selon les initiatives et les prises de risque de chaque protagoniste du récit.
- Mise en commun générale à chaque analyse des résultats retrouvés dans les groupes.
- Recherche des conditions qui permettent ou empêchent d’être acteurs ensemble.

Journée 3 :

● Travail en groupes mixtes sur les thèmes décidés suite aux deux premières journées comme étant des problèmes particuliers à traiter :

- la peur,
- le groupe,
- le rapport au temps,
- le référent.

● Restitution des trois premières journées devant les représentants des institutions ayant participé à la formation, avec l’aide d’acteurs de théâtre d’improvisation résumant de manière humoristique ce qui s’est dit durant ces trois journées,

- Évaluation, conclusion et perspectives.

Ces trois premières journées ont été filmées afin de produire un document servant de base de discussion et de débats sur la santé des gens du voyage.

Journée 4 :

● Travail en ateliers par groupes mixtes, selon des thèmes issus des trois premières journées:

- la mort,
- les conditions de vie et leurs répercussions sur la santé,
- la maternité et les soins en gynécologie,
- l’enfant et les soins.

- Mise en commun générale des échanges de la matinée.
- Échange de connaissances en plénière : chaque participant a pu demander à aborder un sujet qui n’avait pas été suffisamment traité.
- Le soir a eu lieu la projection du film des trois premiers jours, suivi d’un débat public.

L’évaluation à chaud de la co-formation a été presque unanime : 22 participants sur 24 ont demandé une journée supplémentaire à la fin de la troisième. La qualité d’écoute et d’échange ont été mis en avant par les participants. La note globale attribuée est de 8.3/10.

Cette évaluation était bien sûr insuffisante pour affirmer le caractère bénéfique de cette formation. Ce sujet étant nouveau et riche, il a semblé pertinent de réaliser un premier travail pilote sur ce mode de formation. Nous avons donc réalisé une étude concernant les

changements de représentations et de pratique chez les soignants suite à la co-formation
« santé et gens du voyage ».

MATERIELS ET METHODE

L'objectif principal de cette étude est de faire émerger les changements de représentations concernant les voyageurs, chez les soignants, suite à la co-formation. L'objectif secondaire est de rechercher des changements de pratique des soignants en découlant.

I Type d'étude

Il se fonde sur une étude qualitative descriptive réalisée en deux parties : une première partie d'entretiens exploratoires sur un nombre réduit de participants, destinée à explorer les changements des représentations et des pratiques, et le lien entre ces résultats et la méthode nouvelle de formation. Cette première partie a servi de matériel de base pour élaborer une grille d'entretiens semi structurés. La seconde partie a recentré la question sur le domaine le plus pertinent : les changements de représentations, tout en gardant les changements de pratiques en objectif secondaire.

L'ensemble des entretiens a été enregistré puis retranscrit littéralement.

Nous nous sommes appuyés pour cette méthodologie sur le livre *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (8) et l'expérience du docteur Patrick Imbert, professeur associé de médecine générale à la faculté de Grenoble.

La recherche qualitative est depuis longtemps utilisée dans le domaine des sciences humaines et sociales. On situe les débuts de la recherche qualitative aux États-Unis à la fin du 19^{ème} siècle, dans un contexte de critique sociale, les chercheurs s'intéressant aux questions de pauvreté, d'immigration, de marginalité et de criminalité (9). Cette approche est utilisée depuis les années 1990 par les chercheurs du domaine médical.

Elle apporte des informations préalables à celles issues des travaux de recherche quantitatifs. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer les liens entre la « vraie vie » des cliniciens et la science « dure » (10).

L'enquête par entretien semi-dirigé est menée sur la base d'une structure souple consistant en des questions ouvertes définissant des domaines à explorer. Il est possible durant les entretiens de s'écarter du sujet original pour poursuivre une idée plus en détail (11). Les questions peuvent être amenées à varier au long de l'entretien sans faire perdre de cohérence à l'étude.

II Population et échantillonnage

La population étudiée a consisté en l'ensemble des participants soignants ayant participé aux trois premières journées de la co-formation « santé et gens du voyage ». Ont été exclus les organisateurs, les animateurs de cette formation et une participante ayant effectué à la suite de cette co-formation son travail de thèse de médecine sur le sujet de la santé gynécologique des

voyageuses. La participation à la quatrième journée de co-formation, non prévue à l'origine, n'a pas été prise en compte.

Concernant l'échantillonnage, il était théoriquement possible d'avoir accès à l'ensemble des 24 participants. Cette population était particulièrement hétérogène. Elle était composée de 7 médecins, 11 infirmiers dont 3 d'exercice psychiatrique, 1 assistante socio éducative, 2 psychologues, 1 auxiliaire puéricultrice, 1 sage-femme et 1 secrétaire d'accueil. Ils exerçaient dans différents lieux : la PMI, la PASS (permanence d'accès aux soins de santé), le Centre Hospitalier Spécialisé (hôpital psychiatrique), les urgences pédiatriques, les urgences générales, la maternité, les services hospitaliers, les prisons, les lieux d'accueil pour toxicomanes, la médecine libérale. Il existait une caractéristique importante à cette population : le fait de connaître personnellement ou professionnellement l'interviewer, ce qui concernait un peu plus de la moitié des participants. Ceci a pu avoir une influence qui sera abordée dans la discussion.

Le choix des interviewés s'est déroulé de manière non aléatoire, afin de recueillir des informations provenant de personnes ayant des profils professionnels les plus différents possibles.

III Réalisation des entretiens et recueil des données

Le contexte de l'interview affecte le contenu de l'entretien (10).

Le lieu : il nous a paru important que l'interview se fasse sur le terrain d'exercice du soignant. En effet, c'est principalement sur les conséquences de la co-formation sur la pratique de soins que l'on veut travailler. Il est à noter que ceci n'a pas été possible pour trois participants. Deux entretiens se sont déroulés à leur domicile, et un au domicile de l'interviewer.

Le temps : il n'est pas possible de prévoir le temps que va durer un entretien. Mais il ne fallait pas autant que possible que ceux-ci soient interrompus. Nous avons donc annoncé une durée d'entretien très variable, en demandant de réserver une heure.

Les acteurs : Tous les entretiens ont été réalisés en individuel par le même interviewer. Ceci a été décidé afin de permettre à chacun de livrer son vécu de cette formation. Il a été proposé spontanément par les interviewés de venir à plusieurs (« ce serait plus simple »). La méthodologie ayant été choisie avant le recrutement, cette demande a toujours été refusée avec des explications.

L'enregistrement de l'entretien a été réalisé par enregistreur numérique. Les retranscriptions ont été réalisées par trois personnes différentes.

Première phase

La première phase de l'étude explore différents aspects de la formation : les changements de représentations, les changements de pratiques et les spécificités de la co-formation les permettant.

Cette phase a servi de test, mais ses résultats ont été utilisés.

Tous les participants à ces trois journées ont reçu une lettre signée au nom du docteur de Goër indiquant l'objectif de la thèse et la méthode (dont l'enregistrement et la retranscription).

Les premiers participants ont été contactés, puis interrogés sur leur lieu de travail.

L'entretien a été précédé de consignes rappelant le but de la thèse, la méthode et la phase actuelle de l'étude.

Cette phase nous a permis de faire le point sur les champs abordés par différentes professions, exerçant dans différents lieux. Nous avons pu en tirer :

- une grille d'entretiens plus détaillée, précisant les champs de représentation à explorer,
- une lettre envoyée aux soignants participant potentiellement à la seconde phase, celle-ci préparant les interviewés à cet entretien grâce à un rappel du déroulement des trois journées,
- la préparation avant l'entretien, vérifiant que l'interviewé se rappelait bien des différentes séquences de la co-formation, ceci permettant de le remettre dans la situation,
- la levée partielle de l'anonymat pour les interviews suivantes, sauf en cas de demande de leur part. C'est-à-dire que leur nom serait masqué, mais que toute personne lisant le verbatim reconnaîtra aisément l'interviewé.

Deuxième phase

Les participants potentiels à la deuxième phase ont reçu une lettre comportant : à nouveau les objectifs et la méthode de la thèse, les critères d'inclusion, les grands thèmes abordés durant l'entretien et un rappel du déroulement des trois journées. Ceci a été effectué afin que le lien soit plus aisé à faire entre les changements de représentation et les moments clés de la co-formation les ayant permis.

Le choix des participants s'est déroulé de la même manière arbitraire que dans la première phase, en sélectionnant les interviewés de façon à ce qu'ils aient des domaines d'activité les plus variés possibles.

Méthode d'analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit littéralement. Les propos n'ont pas été reformulés dans le verbatim. Seules ont été retirées certaines onomatopées qui ponctuent les phrases afin de rendre la retranscription plus lisible. Dans la thèse, certaines phrases ont été remaniées afin de les rendre plus lisibles. Certaines didascalies signifient les rires accompagnant certaines paroles afin que celles-ci ne soient pas mal interprétées.

L'analyse est donc purement thématique, ce qui permet d'explorer les champs des changements et de les mettre en relief les uns par rapport aux autres. Il s'agit de rendre compte, à partir de citations des entretiens, de l'analyse thématique réalisée.

IV Méthodologie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique dans le cadre de ce travail s'est divisée en trois domaines :

Concernant la méthodologie qualitative, nous avons recherché les mots-clés « recherche qualitative » en français et « qualitative research » en anglais avec les moteurs de recherche *Pubmed* et *Google Scholar*. De plus, nous avons utilisé comme livre de référence : *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (8).

Concernant la santé des gens du voyage, la recherche a été effectuée en français, à l'aide du moteur de recherche : *Google Scholar*. Puis, la recherche n'étant pas satisfaisante, nous nous sommes orientés sur la base de données de la FNASAT (Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les Gens du voyage). Un document exhaustif récapitulatif de ce qui avait été publié concernant la santé des gens du voyage venait d'être produit. C'est ce document qui nous a servi de base pour introduire les notions concernant les tsiganes (6).

Concernant les co-formations, l'expérience dans le domaine de la santé étant faible, la bibliographie a été recherchée « par réseau ». Les trois livres faisant référence à la méthodologie : *le croisement des savoirs*, *le croisement des pratiques* (réunis secondairement dans *le croisement des savoirs et des pratiques*) et *le croisement des pouvoirs* ont été utilisés. Les articles dans le cadre de la santé ont été retrouvés par le co-auteur de l'ensemble : le Dr de Goër, directeur de thèse. Néanmoins, le parti pris étant d'analyser les co-formations sans avis préalable, la bibliographie a été peu utilisée au cours de ce travail.

RESULTATS

I Données générales

Quinze entretiens ont été effectués avant d'arriver à une saturation des données. Leur durée a varié de 17 minutes pour le plus court à 79 minutes. L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur le lieu de travail sauf trois en raison d'une impossibilité (travail en prison, changement du lieu d'exercice, absence de local pour un entretien). Un entretien a été retiré de l'étude, la participante n'ayant pas donné son accord finalement pour utilisation.

Il a volontairement été décidé de ne pas détailler les données concernant les interviewés, leur identification étant alors trop aisée. De même, il n'a pas été réalisé d'analyse par entretien.

II Les changements de représentations chez les soignants

Les résultats sont souvent exprimés sous forme d'affirmations, qu'il ne faut pas prendre comme une vérité, mais comme une représentation qui a changé chez au moins un soignant suite à la co-formation. Durant les entretiens, les interviewés formulent en effet plus des représentations que des changements de représentations.

Nous avons gardé les représentations évoquées à la condition qu'il soit évident qu'elles aient été modifiées suite à la co-formation. Tout ce qui n'a pas changé n'apparaît pas. La grille d'entretien comportait trois thèmes principaux : la santé, la vie de groupe et la place des gens du voyage dans la société. Ce sont eux qui servent à classer les résultats.

A- Les gens du voyage et la santé, vus par les soignants

La maladie, c'est l'arrêt du voyage

Un des premiers points notés par les participants est de réaliser que l'apparition d'une maladie, et surtout un passage à l'hôpital, signifient l'interruption du voyage.

E. 10. : « *Je me souviens qu'il y avait un monsieur qui avait dit : « Notre plus grande richesse ! Si on a la santé, on a tout ! Ça nous permet de voyager, ça nous permet de vivre tranquille. » »*

E. 06. : « *Sur l'angoisse de la maladie, j'ai compris l'importance que c'était pour eux la maladie, parce que c'est l'arrêt du voyage.»*

E. 11. : « *La maladie qui fait peur : ça veut dire l'arrêt du voyage pour eux... »*

Si le voyage s'interrompt pour la personne, on comprend aussi que cela concerne l'ensemble de la communauté qui attend le voyageur malade.

E. 14. : « *Elles disaient : « Mais nous, il y a quelqu'un qui est à l'hôpital, ça concerne tout le monde quoi ! ». Ça concerne pas juste les proches... ».*

Deux raisons principales l'expliquent :

- premièrement, un problème pratique : certains voyageurs doivent changer de place régulièrement pour des raisons économiques (marchés...),

E. 12. : « *Ça correspondait pour les gens du voyage, les problèmes de santé, à ce que les gens ne peuvent plus voyager (...). Si les gens ne peuvent plus voyager, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent peut-être plus faire les marchés. Et du coup, de la santé découlent plein de choses au niveau pratique et financier. »*

- deuxièmement, un problème existentiel : leur identité tient au voyage, ne plus voyager la leur fait perdre.

E. 09. : « *Ça c'est une dame qui l'a exprimé par rapport à la santé. Qui a dit : « Si on s'arrête, si on est obligé de s'arrêter pour l'hospitalisation, c'est la fin du voyage ! » Ça, ça leur va pas, parce que... Alors là c'est pas la mort de leur communauté, mais c'est une perte d'identité.»*

E. 04. : « *Ce que signifiait, la maladie, avec tout ce qui était derrière, donc la perte du mode de vie, hein, l'arrêt du voyage. »*

Ceci reste valable même pour les voyageurs sédentarisés, pour qui la « possibilité de voyager » doit demeurer, comme ceci est exprimé indirectement.

E. 05. : « *Il y a un truc que j'ai compris, c'est que la maladie pour eux, si on considère que la notion du voyage est très importante pour eux, ou tout du moins le potentiel de voyage, la maladie, ça les arrête. »*

L'angoisse

Un deuxième élément est apparu d'une importance majeure pour les soignants : l'angoisse des gens du voyage concernant leur santé, entre autres, est majeure et parfois dévorante.

E. 14. : « *Il y a une angoisse pas possible par rapport à la maladie. »*

E. 14. : « *C'est ça, on en a beaucoup parlé, de cette peur qu'ils ont par rapport à la maladie, et que dans le coup la prison au moins c'est quelque chose qui n'est pas dangereux... »*

E. 09. : « *Et ils le disent, ils ont peur de la maladie... »*

E. 15. : « *Du point de vue santé qui fait qu'ils sont souvent très très très inquiets. »*

E. 06. : « *Qu'il pouvait y avoir une angoisse dévorante très rapidement.* »

E. 12. : « *Qu'ils étaient très anxieux, la santé, c'était particulièrement important pour eux.* »

Si beaucoup de soignants l'avaient plus ou moins perçu dans leur pratique, peu avaient compris à quel point cela influençait le comportement des voyageurs.

E. 10. : « *Je pensais pas qu'ils étaient si inquiets.* »

E. 15. : « *Sur le fait de la pression qu'ils nous mettent à l'accueil, c'est que pour eux, tous les problèmes de santé sont vraiment très graves...* »

Le phénomène de groupe aurait alors un effet amplificateur, l'angoisse de chacun alimentant celle des autres.

E. 09. : « *Après, entre eux... Il y a un phénomène communautaire qui fait que le stress, ils le montent entre eux.* »

E. 06. : Concernant l'angoisse : « *Mais chez eux ça prend une proportion énorme parce qu'il y a les téléphones, parce qu'il y a ce réflexe communautaire, parce qu'il faut rassembler.* »

Les soignants ont découvert que cette angoisse n'est pas toujours proportionnelle à la gravité du symptôme pour lequel ils consultent, et que la peur de la mort est très présente derrière.

E. 07. : « *Et puis ils ont peur, toujours le pire, ils empirent toujours de peur qu'il y ait un décès.* »

E. 12. : « *C'est toujours des morts violentes, des morts jeunes, des grosses pathologies... Du coup c'est vrai, pendant la co-formation, ils nous ont expliqué : tout était au même niveau sur le plan médical.* »

On peut noter que cette angoisse permanente ne concerne pas que la santé, mais qu'elle est généralisée dans la vie des voyageurs.

E. 13. : « *Ça met en relief à quel point l'angoisse est présente au quotidien pour tout pour tout pour tout, pas que pour la santé (...). La peur du monde médical, la peur de la maladie, la peur de l'autre, du gadjé, du non voyageur. Méconnaissance.* »

La mort

Beaucoup de soignants ont réalisé à quel point la peur de la mort accompagnait les voyageurs au quotidien, et principalement concernant les problèmes de santé.

E. 12. : « *J'ai bien compris qu'ils avaient une grosse peur de la mort.* »

Ceci a été expliqué par le fait que la mort est plus présente, et souvent chez des gens jeunes dans cette communauté. Une participante à la co-formation qui n'était pas si âgée visiblement a même perdu son gendre pendant la co-formation.

E. 12. : *« Parce que c'est vrai qu'ils ont tous des histoires de famille, de vie, qui sont... C'est toujours des morts violentes, des morts jeunes, des grosses pathologies... Du coup c'est vrai, pendant la co-formation, ils nous ont expliqué : tout était au même niveau sur le plan médical. Ils sont aussi marqués parce que la sœur elle a fait ça, le mari... D'ailleurs les gens étaient jeunes... Il y en a une qui a perdu son gendre durant la co-formation, le gendre il devait être tout jeune ! »*

Si la mort elle-même, ou sa perspective, est vécue de manière très anxiogène, l'accompagnement se ferait de manière plus naturelle que dans notre société.

E. 06. : *« Leur rapport par rapport à la mort, j'ai encore pas très bien compris je trouve que c'est un peu ambivalent. Je me disais à la fois ils ont une terreur terrible de ça, dès qu'ils ont un truc, un petit truc, ils disent : « je vais mourir », et à la fois ça les angoisse à fond et en même temps, j'ai l'impression que quand la mort arrive, quand c'est... j'ai l'impression qu'ils sont vraiment dans l'accompagnement. »*

La mort ensuite relève du sacré. Ceci est resté en mémoire pour les soignants se référant à des exemples précis d'histoires douloureuses ayant pour point commun « qu'on ne touche pas à un mort. » Cette différence de perception est telle que les voyageurs sont prêts à commettre des actes délictueux pour préserver leurs morts.

E. 09. : *« À partir du moment où quelqu'un est mort, je le savais pas, ça je l'ai appris à cette co-formation, et ça je pense que ça peut... on ne touche pas à un mort... C'est à eux, et on ne peut plus y toucher. C'est sacré, sanctuarisé (...). Mais une dame me disait vraiment ça : on ne touche pas à un mort. Je disais : « même si ça vous apprend des choses, qui vous permettraient de prévenir la mort chez quelqu'un d'autre ? » « Ah non ! On ne touche pas ! » C'est sacré. »*

E. 15. : *« Le problème du fait que pour eux la personne décédée leur appartient, le corps de la personne décédée : ils refusent le dépôt en chambre mortuaire. Ils expliquaient que c'est arrivé qu'ils viennent « voler les cadavres » pour les reprendre parce que pour eux, quelqu'un qui décède doit mourir dans sa caravane. Il doit finir chez lui. »*

Ce qui est grave, ce qui est urgent

Si beaucoup de soignants avaient pressenti cela, ils ont à l'occasion de la co-formation réalisé à quel point les voyageurs ne font pas le tri entre ce qui est grave, ce qui est urgent et

ce qui ne l'est pas. Ceci fait bien sûr écho aux commentaires précédents sur l'angoisse et sur la mort.

E. 10. : « *Ce qu'ils nous ont dit c'est que la santé c'est tout pour eux, et ils font pas la différence entre l'urgence, ou un petit bobo... »* »

E. 12. : « *Tout était urgent pour eux. Pour les raisons que moi je t'ai citées avant. Et ils disaient bien que pour eux, une petite plaie ou un infarctus... »* »

E. 12. : « *Mais ce qu'ils expliquaient, c'est que qu'ils arrivent avec un enfant qui a fait une crise d'épilepsie, ou avec un enfant qui a une plaie au bout du doigt, pour eux, au niveau de la rapidité de la prise en charge, c'était pareil ! »* »

E. 12. : « *Pour eux, d'abord, quand il y avait du sang, forcément c'était grave. »* »

Des explications non comprises

Les gens du voyage ont un niveau d'éducation scolaire faible, beaucoup ne sont pas allés plus loin dans les études que les premières années du collège. Les soignants ont mieux perçu que leurs explications restent incomprises. Cela leur a été mis en évidence durant la formation : les gens du voyage ont besoin d'explications claires et simples. Et ils ne veulent pas que le médecin se réfugie derrière son vocabulaire.

E. 14. : « *Ils nous disaient : « Faut employer des mots simples, faut pas nous embrouiller avec des trucs qu'on comprend pas, faut être vraiment authentique. » »* »

E. 10. : « *Ils nous ont dit : « Souvent on comprend pas ce que vous nous expliquez, donc on vient parce que vous nous dites pas. » »* »

L'incompréhension qui découle des consultations n'est pas sans conséquence sur les rapports qui peuvent exister entre soignants et soignés, sur l'angoisse qui peut découler d'une incompréhension.

E. 10. : « *Ils nous ont dit tout ça : « (...), vous nous expliquez pas, donc on a peur ! » »* »

E. 06. : « *Moi je pensais que quand ils venaient, au contraire c'est parce qu'ils n'avaient pas confiance en nous et qu'ils avaient besoin d'être très nombreux pour poser leurs questions, parce qu'ils n'avaient pas confiance dans nos réponses, qu'ils nous redemandaient quinze fois les choses que au contraire. Et en fait je comprends que c'était plus parce qu'ils ne comprenaient pas nous ce qu'on leur disait. »* »

Le secret médical

Les soignants ont réalisé que la notion de secret médical n'est pas la même pour eux, et pour les voyageurs :

E. 12. : « *Que du coup, le secret médical, on n'a pas tout à fait la même dimension que nous.* »

Pour les voyageurs, l'individu n'est pas forcément le seul dépositaire, ou visiblement même, le principal dépositaire de la santé.

E. 13. : « *C'est-à-dire que si une personne est malade gravement, il faut pas lui dire en face. Il faut le dire à quelqu'un de référence du clan qui gèrera l'information. Je revois très bien XX ou sa sœur nous dire : « Ah non, non ! Il faut pas nous le dire, si nous on a un cancer, vous le dites à mon père, ma mère, ma sœur mais pas à moi. » »*

E. 13. : À propos de la personne référente : « *Et que quelque chose d'important, un diagnostic grave il faut s'appuyer sur cette personne. Ce qui m'a beaucoup étonné aussi, c'est le refus d'un diagnostic grave.* »

Et les gens du voyage ne comprennent pas la notion du secret médical, destinée à protéger un individu.

E. 14. : « *Alors ce qui les agaçait c'est l'histoire du secret médical. Ils disaient « Secret, secret de rien du tout ! Nous on veut savoir ! » »*

La pudeur

Le rapport au corps montre plus de pudeur chez les voyageurs que chez les gadjé. Ceci a bien été expliqué durant la co-formation, que le fait même de se déshabiller peut être mal vécu.

E. 06. : « *Où j'ai appris... Où elles ont vraiment insisté sur le rapport au corps, le fait que pour elles c'est très difficile de se déshabiller... de leur pudeur devant un médecin.* »

Les soins en gynécologie, la sexualité

Enfin, la sexualité reste un tabou très important dans la communauté. Et même si les femmes en sont dépositaires, les choix reviennent aux hommes.

E. 06. : « *La contraception en gros c'était si l'homme voulait c'était d'accord si l'homme ne voulait pas c'était non.* »

E. 13. : « *J'ai compris que c'était un tabou énorme, que la sexualité, c'est vraiment le domaine des femmes.* »

B- La vie de groupe des gens du voyage, vue par les soignants

Le référent

C'est la principale notion qui est sortie de la co-formation, citée par presque tous les soignants. Pour pouvoir fonctionner avec un groupe de voyageurs, il faut identifier un référent, de chaque côté, soignants et voyageurs, pour que les discussions se passent entre deux personnes, et que l'information diffuse correctement.

E. 15. : « *Le système de référent, avoir toujours la même personne qui va toujours parler à la même personne du côté des voyageurs. Et je pense que c'est vraiment un truc très important.* »

E. 12. : « *Ce que j'ai compris, c'est que eux avaient un référent.* »

E. 04. : « *Ce qui était primordial à mon avis pour nous soignants c'était pareil, on disait qu'il fallait s'adresser à une personne référente, que nous on soit aussi une personne référente.* »

E. 02. : « *Qu'ils ont un fonctionnement différent du nôtre et qu'on a besoin nous-mêmes de clarifier nos transmissions en essayant de désigner ou de les aider à désigner eux-mêmes un référent pour que les échanges se passent bien.* »

E. 11. : « *Et après trouver un référent pour mieux gérer ces groupes...* »

Prendre un référent permet de ne plus se sentir envahi par un groupe entier.

E. 06. : « *Ça je pense que c'est vachement bien, de savoir qu'en fait, il faut prendre un référent, un ou deux référents, c'est eux qui après retranscrivent au groupe, qu'il ne faut pas avoir peur du groupe en entier. Je ne le prendrai plus, enfin je l'espère, que je ne le prendrai plus comme une agression.* »

Ceci pouvait avoir été pressenti, ou était connu pour certains soignants, mais la co-formation a fait émerger l'idée que le dialogue n'était pas possible sans référent.

E. 09. : « *Et je crois que j'ai eu une recette, moi la recette principale, qui confirmait un peu ce qu'on pouvait sentir en tant que soignant aux urgences quand on fait une garde, c'est qu'en fait, il faut une personne de confiance.* »

Les soignants ont maintenant l'image, qu'en matière de santé, c'est généralement la femme la plus ancienne qui prend cette place de référent chez les voyageurs.

E. 09. : « *Et voilà, donc, avoir une référente, souvent femme, et souvent la plus ancienne car elle a souvent l'autorité sur les autres.* »

E. 06. : « *J'ai compris qu'il y avait un qui était un peu le chef entre guillemets, ça c'était intéressant, enfin le chef, la personne relais quoi qu'il y en avait un qu'il fallait c'était souvent le plus âgé, ça pouvait être une femme. »*

E. 13. : « *J'ai mieux compris qu'il y a une personne référente, qui est souvent une personne un peu âgée, qui est une femme... pour la santé. »*

Néanmoins, la question du choix du référent doit se poser pour chaque groupe.

E. 14. : « *Des à priori qui ont sauté comme : « C'est toujours le plus vieux qui est le chef ». Ça c'est vrai que dans le coup c'est vraiment, ils nous disaient : « Ben non, pas nécessairement ! » »*

L'individu et le groupe

Une notion clé est sortie de la co-formation pour les soignants : chez les voyageurs, l'individu s'efface très souvent derrière le groupe. De plus, ce qui concerne l'individu concerne le groupe.

E. 12. : « *Dans le groupe, l'individu il existe sans forcément exister. Parce qu'il y a le groupe autour. »*

E. 11. : « *Et on ne parle pas de la personne, c'est tout le groupe, tout le groupe vient quand il y a quelqu'un qui est malade ... »*

E. 15. : « *Pour eux, quand un membre est malade, c'est l'ensemble de la communauté qui est malade. Ils le considèrent vraiment comme ça. »*

Alors que les soignants percevaient le groupe comme un outil de pression et une marque d'irrespect, ils ont réalisé qu'il était pour les voyageurs un mode de fonctionnement normal, sans intentionnalité évidente de s'en servir.

E. 10. : « *Moi je me disais : « C'est pas respectueux déjà pour l'équipe soignante, pour les autres patients ». Mais en fait, c'est vraiment dans leur culture, dans leur manière de fonctionner : ils se déplacent en groupe, ils viennent en groupe aux urgences et en consultation ! »*

E. 06. : « *Sur le groupe par exemple, sur le réflexe communautaire, moi je le prenais comme « il faut y aller ensemble parce qu'il faut qu'on soit entendus, il faut qu'on soit traités et tout ça et aussi il faut qu'on mette la pression pour que ça aille vite » parce qu'ils ne voulaient pas attendre, parce qu'il y avait une intolérance à la frustration (...). Et la réponse c'est que c'est vraiment de me dire en fait que c'est un réflexe communautaire. »*

Les soignants ayant participé à la co-formation retrouvent une solidarité très grande chez les voyageurs, parfois implicitement comparée à notre société.

E. 01. : « *Ils sont très très soudés hein ils s'aident énormément.* »

E. 02. : « *Pourquoi ils viennent à plusieurs, c'est vrai que c'est quelque chose qui est bien ressorti de cette co-formation, la nécessité de se soutenir, et que c'était pas forcément systématiquement pour faire bloc contre le corps médical, mais plutôt parce qu'il y a un grand élan de solidarité entre eux.* »

L'enfant roi

Le fait que l'enfant soit roi chez les voyageurs n'a pas été un changement de représentation pour les soignants.

E. 14. : « *L'enfant qui est vraiment... Qui est roi, qui a tous les droits...* »

E. 15. : « *Il y a aussi beaucoup chez les gens du voyage l'enfant roi, c'est très présent, qui a le droit de faire tout ce qu'il veut, et pas énormément de règles pour les enfants...* »

E. 02. : « *Pour eux l'enfant est roi et c'est vraiment ce qui était le plus important pour eux.* »

Mais cette notion a été relativisée durant la co-formation, l'enfant serait juste la plus grande richesse, en comparaison aux gadjé pour qui l'argent serait la plus grande richesse.

E. 01. : « *Que l'enfant c'était pas un enfant-roi comme nous on le soupçonnait mais enfin pour eux l'enfant c'est leur plus grande richesse, c'est pas l'argent c'est pas comme nous c'est l'enfant c'est la richesse de la famille.* »

Par contre, les femmes voyageuses ne semblent pas prêtes à remettre en cause leur mode d'éducation.

E. 14. : « *Alors ça ils ont eu du mal, quand on a essayé de toucher, en discutant comme ça avec les filles à cette, ce manque de limites que les enfants ont, que ça pouvait avoir des conséquences sur leur personnalité, ça c'est plus difficile à entendre de leur part (...) c'était nous qui avions décrété qu'il fallait des règles et puis que eux leurs limites ils les mettaient pas de la même façon.* »

Enfin, il semble bien que pour les soignants, l'enfant roi soit aussi prisonnier de son peuple.

E. 03. : « *L'enfant qui serait avec tous les soins de tous, mais du coup qui serait aussi livré à cette instance bienveillante soignante qui lui laisse... enfin qui lui met le fil à la patte.* »

La place de chacun dans le groupe

On a noté précédemment que le référent santé pour un groupe venant en consultation était souvent la femme la plus âgée. Concernant l'organisation globale du groupe, les avis divergent et il semble que chacun ait regardé vivre les voyageurs durant la formation selon son propre ressenti. Il en ressort cependant que la santé est avant tout une histoire de femmes.

E. 09. : « *Un certain nombre de points de fonctionnement, que ça j'avais pas, c'est ça qui est important, c'est que la santé, c'est l'affaire des femmes. Qu'un homme de quarante ans, ça reste un enfant, qui confie sa santé à une femme.* »

E. 10. : « *C'est ce qu'on avait appris, d'ailleurs, durant la formation, c'est qu'ils se répartissent dans leur groupe, les tâches. Les mères et grands-mères au niveau de la santé et de l'éducation.* »

E. 07. : « *La fille elle ne commande rien, son mari n'a aucun pouvoir. C'est la mère ou la belle-mère qui a le pouvoir sur la fille qui accouche.* »

E. 07. : « *C'est toujours une femme qui va être responsable de l'accouchée, et non pas son mari. Son mari peut être là, mais il ne dira rien il va sortir, il aura la pudeur de sortir à chaque examen mais la mère elle sera toujours omniprésente.* »

Concernant le reste du fonctionnement du groupe, ce sont principalement les hommes gadjé qui voient chez les voyageurs une société matriarcale.

E. 09. : « *C'est les femmes qui ont la parole dans le groupe quand même, c'est les femmes qui existent et qui disent leur ressenti par rapport à la santé. On a l'impression que les hommes se laissent guider par les femmes et redeviennent des petits enfants.* »

E. 15. : « *On a appris que c'est surtout un système matriarcal, c'est la dame la plus ancienne qui chapeaute un peu tout.* »

E. 03. : « *Enfin il y avait quelque chose de très fort aussi au niveau du pouvoir des mères et d'une mère groupale* », « *l'omniprésence d'une représentation maternelle quoi, d'une mère qui serait toute puissante, toute bienveillante mais en même temps assez terrifiante.* »

E. 01. : « *Parce que la grand-mère enfin gère la famille c'est elle qui s'occupe de la famille, elle prend en charge les soucis de la fille, de la belle fille.* »

Et les femmes gadjé observent une société patriarcale chez les voyageurs, notamment en ce qui concerne la sexualité.

E. 06. : « *C'est encore une société super patriarcale. C'est encore l'homme qui décide* »

E. 06. : « *C'était étonnant de voir des femmes qui étaient jeunes je trouvais qui avaient l'air d'être plutôt libérées, plutôt qui étaient pas sous un tchador ou quelque chose comme ça et qui avaient quand même des propos : « le plaisir c'est pour l'homme, la contraception du coup c'est pour l'homme. » »*

E. 13. : « *J'ai compris que c'était un tabou énorme, que la sexualité, c'est vraiment le domaine des femmes, enfin le domaine non, c'est les femmes qui gèrent les conséquences elles sont très démunies face aux hommes. C'est les hommes qui décident.* »

Le rapport au temps des gens du voyage

Les soignants ont découvert que les voyageurs ont un rapport au temps différent de celui des gadjé. On retrouve cette notion dans ce qui est urgent dans le rapport à la santé, mais elle est en fait plus générale.

E. 11. : « *J'ai retrouvé les roms dans l'histoire des heures, l'immédiateté, le groupe.* »

E. 11. : « *Euh, parmi les gens du voyage : l'immédiateté, ils ont parlé de ça... les horaires, et puis les priorités qui changent. On a un rendez vous bien sûr à la PMI mais si j'ai un de ma famille qui me demande de l'aide pour autre chose à l'autre bout de la France, et bien il passera en priorité.* »

E. 14. : « *Autant les voyageurs sont vachement dans l'immédiateté. C'est vrai que ça ils l'ont bien dit : « demain ça existe pas, c'est là maintenant.* » »

Cette notion d'immédiateté implique que d'autres valeurs doivent être mises en avant pour que la vie en groupe reste possible.

E. 14. : « *Alors qu'eux non, c'est là, maintenant ! Donc forcément avec beaucoup de valeurs au niveau respect, au niveau humain, mais dans un truc beaucoup plus instantané.* »

Globalement, leur vie n'est pas régie selon les mêmes rythmes que les soignants.

E. 10. : « *Ils ont leur manière de vivre sans rythme, on retrouve pas les horaires comme nous, et puis surtout, en groupe quoi !* »

Le rapport à l'espace des gens du voyage

La vie en caravane était perçue par les soignants, mais pas forcément avec tout ce que cela implique. La promiscuité importante liée à ce mode de vie n'est pas sans conséquences sur le quotidien des voyageurs, et sur leurs comportements en société.

E. 10. : « *Ils disaient qu'ils passaient beaucoup de leur temps dans les caravanes et c'est un espace très réduit, ça ils l'ont bien dit. Et qu'ils étaient souvent beaucoup, et que même si c'était un choix de vie, c'était fatigant, qu'ils avaient pas leur intimité à eux comme nous (...) c'est pour ça qu'ils nous expliquent qu'il y a des conflits.* »

De plus, il y a un rapport complexe pour les enfants entre un espace très clos mais sécurisé (la caravane), un espace très ouvert, mais beaucoup moins sécurisé (le terrain d'accueil) et les salles d'attente de soins, plus vastes et sécurisées. Encore une fois, le rapport est fait entre les comportements dans ces trois différents espaces.

E. 15. : « *Ils sont plus (les enfants) habitués à jouer en extérieur, et les gens du voyage vivent en caravane, donc à partir du moment où ils rentrent, ils ont des espaces un peu fermés. Donc dès qu'ils peuvent sortir, ne serait-ce que sur le terrain, les enfants ont tendance à vouloir courir dans tous les sens.* »

E. 03. : « *Il faut que les enfants soient dans le champ de vision, quelque chose comme ça. Et à l'inverse, je pense qu'il y a aussi des campements où au contraire tout l'espace est un terrain d'aventure. Et c'est... c'est un espace d'exploration ce qui m'avait frappé : c'était une histoire autour de la salle d'attente en consultation, en dispensaire, et comment ça créait justement des difficultés parce que, ce qui était décrit, c'était que les enfants tellement confinés dans l'espace des caravanes, du coup, là, ils se retrouvaient dans une salle d'attente, et du coup leur espace s'élargissait quoi enfin et ils envahissaient tout.* »

La famille, élargie...

Le groupe a une importance considérable chez les voyageurs, il est souvent associé à la famille. Mais la notion de famille est large, et on peut être hors famille, mais considéré comme appartenant.

E. 10. : « *Qu'ils sont très soudés, tous, ils sont très solidaires entre eux, entre familles. Et même, c'est ça qui m'avait étonné, même une personne qui fait pas forcément partie de la famille, ils vont l'accueillir dans le groupe en fait.* »

E. 10. : « *Eux ils ont vraiment cette valeur là avec la famille... Enfin eux c'est plus élargi en fait. Ça comprend plus de personnes et ça peut dépasser la famille. C'est vraiment des gens qui vont être avec eux tout le temps sans faire vraiment partie de leur famille.* »

E. 15. : « *On a réussi à comprendre que pour les gens du voyage, tous ceux qui font partie d'un camp, c'est la famille. Il y a pas de distinction.* »

E. 12. : « *La notion de famille est tellement élargie par rapport à la nôtre.* »

E. 14. : « *Sur cette sensibilité qui est peut-être un peu supérieure chez les voyageurs parce qu'il y a cette espèce de famille qui est très forte au niveau affectif.* »

On retrouve ceci à l'hôpital, ou implicitement, on voit que ce ne sont pas que les parents au premier degré qui vont voir un malade, mais tout le groupe.

E. 14. : « *Elles disaient : « Mais nous, il y a quelqu'un qui est à l'hôpital, ça concerne tout le monde quoi ! » Ça concerne pas juste les proches.* »

Le tempérament des voyageurs

Les voyageurs ont « le sang chaud ». Ceci n'est pas une nouveauté pour les soignants, mais a pu être confirmé lors de la co-formation. Soit par ce qui y a été dit, soit par ce qui y a été observé.

E. 10. : « *Ils sont vite en conflit, ils rentrent vite en conflit, même entre eux d'ailleurs, ils nous disaient qu'il y avait beaucoup de violence quand même au sein du groupe.* »

E. 10. : « *Eux ils ont le sang chaud, ils partent vite !* »

E. 10. : « *Qu'entre eux, il y avait parfois beaucoup de violence, parce qu'il y avait des conditions difficiles, des fois de l'alcool, tout ça et que, ils avaient le sang chaud, quand même.* »

E. 14. : « *Et c'est vrai que je me disais que eux ils l'exigent de manière un petit peu ferme, mais c'est vrai qu'ils ont raison.* »

Ce caractère s'accompagne d'une spontanéité dont les soignants parlent avec sympathie.

E. 10. : « *Ils sont quand même plus ouverts, on va dire qu'ils ont moins de retenue. Parce qu'ils parlent quand même franchement.* »

E. 11. : « *Oui, beaucoup d'honnêteté des gens, quand il y a quelque chose qui ne leur plaisait pas, ils l'ont bien dit.* »

Mais pourtant, des difficultés à montrer leurs émotions qui masquent leurs angoisses, et qui ne sont pas sans conséquence au niveau des personnes à qui ils s'adressent.

E. 15. : « *Je trouve qu'ils montrent pas bien leur inquiétude, ils ont plutôt tendance à montrer la force, à dire « on est là, on est présent » que d'arriver à dire « on est inquiet. » »*

Ce qui est montré a une grande valeur pour les gens du voyage, notamment pour les hommes qui doivent afficher leur réussite.

E. 13. : « *C'est intéressant de mieux savoir que porter des bijoux en or c'est important pour les hommes (...) c'est la valeur de la personne, le reflet de ce qu'elle a réussi à amasser. C'est ce que j'ai compris.* »

Mais, le tempérament des voyageurs présents a aussi montré des personnes épanouies, avec de l'humour, et attachantes : des « liens » se sont tissés.

E. 05. : « *Enfin dans la co-formation, on voyait des femmes très épanouies, autonomes.* »

E. 10. : « *Ils avaient beaucoup d'humour...* »

E. 09. : « *Globalement, c'était hyper intéressant et très affectueux, très liant, je les ai trouvés très liants. Et tu sais, là où il y a la médecine du travail actuellement, avant, il y avait une ancienne cafétéria, après un repas, c'était le deuxième jour, il me semble, après le repas au self, on s'est retrouvé là, on a rigolé, on a plaisanté... Vraiment, c'était un bon moment, et je crois qu'on lie avec eux, plus rapidement qu'avec des français... »*

E. 01. : « *Et puis ils sont tellement heureux, ce sont des gens heureux, heureux de vivre malgré leur difficultés, on a beaucoup à apprendre en fait, un peu d'humilité ça fait du bien. »*

E. 12. : « *En groupes mixtes, on était dans un groupe où il y avait que deux personnes des gens du voyage alors qu'on était cinq ou six gadjé. Du coup forcément, il y avait un peu plus de lien... Pour moi. »*

Voyageurs dans l'âme

Le voyage fait partie intégrante de leur vie. Ceci peut paraître évident, mais cela reste vrai quand ils arrêtent de voyager.

E. 10. : « *Leur manière de vivre en général, voyageur ou pas. Mais toujours « voyageur dans l'âme » comme ils disent.»*

E. 09. : « *C'est pas possible la fin du voyage, s'arrêter quelque part, c'est pas possible pour eux. Pourtant ils sont arrêtés quand même, ils sont sur leur terrain, mais ils sont arrêtés, ils ont leur caravane mais ils sont sur des terrains fixes... »*, « *Ils ont du mal à s'arrêter, dans leur tête, ils ont du mal à s'arrêter. »*

E. 09. : « *Même s'ils sont très voyage : X, le deuxième jour où il est venu, il revenait, le week-end d'avant, il était à Toulouse ! Pourquoi ? Pour aller voir des copains, avec sa caravane. »*

Mais la co-formation a permis de cerner que les voyageurs sédentarisés n'ont pas les mêmes problèmes que ceux qui voyagent.

E. 06. : « *Déjà j'avais assez mal cerné le fait qu'il y avait des voyageurs qui étaient sédentarisés, des voyageurs sédentaires, sédentarisés pourquoi, pour la maladie ou pour autre chose. Moi je pensais que forcément il y avait une vie nomade enfin voilà, enfin presque voilà. J'ai trouvé intéressant qu'ils nous disent justement les gars qui sont sédentarisés par rapport aux gens qui sont nomades leur regard, le fait d'avoir perdu le sens du voyage. »*

La co-formation a aussi un peu ravivé l'imaginaire que l'on attribue aux voyageurs.

E. 02. : « *Ça l'a peut-être ravivé chez moi, cet aspect on garde la caravane quand même pour pouvoir partir. »*

E. 13. : « *Le besoin d'être un petit peu en rond, d'avoir un centre au milieu. »*

E. 13. : « *Ça me fait un peu plus comprendre, qu'ils sont tant attachés à ce mode de vie, du voyage. Et si notre monde pouvait être un peu plus souple et s'adapter à ça, ce serait sûrement bien.* »

C- Les gens du voyage dans la société, vus par les soignants

La perception de l'hôpital

Comment les voyageurs perçoivent-ils l'hôpital ? : « Je préfère voir mon fils aller en prison qu'à l'hôpital ! » Le constat est sans appel, et les soignants ne s'attendaient pas à ça.

E. 09. : « *Quand il y en a une qui dit : « Je préfère voir mon fils en prison qu'à l'hôpital ! », c'est étonnant, d'entendre dire ça ! »*

E. 13. : « *Il y a une des personnes du voyage, X je crois, qui a dit : « il faut comprendre que pour nous, aller à l'hôpital, c'est pire que d'aller en prison ! » et moi ça m'a... »*

Deux raisons semblent exister : d'une part, l'hôpital est le signe d'une gravité potentielle de la maladie.

E. 14. : « *C'est ça, on en a beaucoup parlé, de cette peur qu'ils ont par rapport à la maladie, et que dans le coup la prison au moins c'est quelque chose qui n'est pas dangereux... Non c'est pas vrai, pour eux, c'est moins dangereux que d'être à l'hôpital.* »

D'autre part, l'hôpital est une institution vécue comme coercitive.

E. 13. : « *Cette méfiance, cette peur de l'institution de santé qui est le principal lieu de santé qu'ils fréquentaient en tout cas pour les gens qui se déplacent, que ça fasse peur à ce point là ! »*

L'explication est résumée par une soignante, qui explique ce qu'elle a perçu de la vision de l'hôpital pour les voyageurs.

E. 13. : Concernant l'hôpital : « *c'est le lieu où on meurt, c'est le lieu où on est mal reçu, on ne comprend pas ce qui se passe, on n'a pas d'information... On apprend des choses graves, c'est pas un lieu de compassion, c'est pas un lieu de soins, c'est pas un lieu où on guérit... Pas du tout... »*

Il reste l'exception du service de maternité, où l'acceptation des soins est meilleure, en raison de l'arrivée de l'enfant.

E. 07. : « *Venir à l'hôpital pour eux c'est la prison. Mais venir accoucher, c'est pas une prison parce qu'il va y avoir un enfant.* »

La perception des soignants

Les soignants sont lents. C'est la première image retenue lors de cette co-formation, montrant bien que le rapport au temps n'est pas le même.

E. 05. : « *Qu'est-ce qu'elle avait choisi pour représenter les soignants ? C'était l'escargot. Pourquoi l'escargot ? Parce qu'il est mou, parce qu'il est lent, qu'il se cache facilement... C'est l'image dont je me souviens.* »

E. 10. : « *Ils le disent bien, qu'on est trop lents.* »

La mauvaise perception que les voyageurs peuvent avoir de l'hôpital est plus due à la qualité de l'accueil qu'à la qualité des soins.

E. 15. : Concernant la manière dont ils perçoivent les soignants : « *J'ai retenu en gros une image assez négative. Non, c'est partagé en fait. Ils sont contents du service rendu quand même, mais pas satisfaits de la manière dont c'est fait.* »

Mais l'image n'est pas complètement négative, ils ont une vision positive du rôle de soignant et une grande confiance dans leur savoir, ce qui contraste avec ce qu'imaginaient les soignants.

E. 06. : « *Ils avaient dit qu'on était (les soignants) comme une fleur qui s'ouvrait, mais il y avait quand même un petit escargot parce qu'on était super lents à leur apporter des réponses (...). Moi je pensais que quand ils venaient, au contraire, c'est parce qu'ils n'avaient pas confiance en nous. Et qu'ils avaient besoin d'être très nombreux pour poser leurs questions, parce qu'ils n'avaient pas confiance dans nos réponses.* »

La confiance des voyageurs peut s'acquérir, avec du temps. Mais, une fois acquise, elle est solide.

E. 13. : « *La parole du médecin, c'est-à-dire qu'ils font pas... C'est long pour que la confiance s'installe, mais quand elle est installée, c'est pour de bon.* »

E. 07. : « *Ils ont confiance à un endroit, à un médecin, ils feront peut-être 50 km pour aller le voir, s'ils n'ont pas confiance, ils ne viendront pas.* »

Les voyageurs et les formalités administratives...

Les formalités administratives, en ce qui concerne la santé, sont mal vécues par les gens du voyage. Les soignants ont découvert qu'elles sont considérées en fait comme inutiles. C'est pourtant la première phase de l'accueil hospitalier. Ce sont les personnes travaillant en pédiatrie qui le soulignent.

E. 10. : *« Moi je pensais que ça les agaçait mais plus parce que leur identité, quelque fois, elle est pas très claire. Moi je pensais que c'était vraiment ça. Alors qu'eux, c'était plus parce qu'on perdait du temps avec des papiers et que ça servait à rien. »*

E. 01. : *« Parce que ils estiment, et à juste titre, que c'est pas important pour eux parce que l'importance première, et ils ont quelque part raison, c'est la santé de l'enfant. Je parle de la pédiatrie, parce que la pédiatrie en fait, c'est la santé de l'enfant. Le papier peut attendre et quelque part ils ont raison. »*

L'auto exclusion des gens du voyage

Les gens du voyage se sentent exclus et rejetés. Ils ont souvent le sentiment d'avoir un traitement à part dans la société.

E. 11. : *« Je les ai trouvé un petit peu à part, qu'ils n'étaient pas, qu'ils ne se sentaient pas inclus... euh, pas comme nous, et oui, mis un peu à l'écart »*

E. 10. : *« On leur a fait comprendre qu'ils se sentaient trop discriminés, et que nous c'était pour eux comme pour d'autres gens : c'était pareil. »*

E. 13. : *« Enfin chaque fois, ils nous ont raconté des histoires affreuses, de la manière dont ils étaient reçus, non informés, (à l'hôpital) tout ça, mais en fait, c'était beaucoup d'histoires que nos patients nous racontent aussi. Mais eux le racontent comme si ça ne leur arrivait qu'à eux (...). Ils se sentent victimes d'une attitude unique envers eux, et ils pensent pas que l'attente aux urgences pendant quatre heures ou six heures, ça arrive à tout le monde... »*

E. 15. : *« Ils ont la grande sensation d'être incompris. »*

E. 09. : *« Ils rentrent vite dans leur coquille et leur victimisation. C'est difficile... »*

Mais, ils ont tendance à s'exclure eux-mêmes.

E. 09. : *« Notamment le fait qu'ils s'excluent eux-mêmes, ils ont quand même une tendance à s'exclure, c'est étonnant la façon dont ils, ils se trouvent mal aimés. »*

Et cette exclusion, liée au voyage, ferait partir intégrante de leur histoire, et serait un mode de survie. Voyager c'est s'exclure, arrêter le voyage, c'est mourir.

E. 09. : « *Leur exclusion, c'est aussi un peu leur identité puisque dans l'histoire qu'on nous a raconté, tu sais les roms, tout ça... C'est un peu ça quelque part... C'est des gens du voyage, des gens qui n'ont jamais été intégrés parce que la fin du voyage, c'est la mort pour eux ils le disaient eux-même. Et le voyage, c'est aussi un peu s'exclure entre guillemets.* »

En contrepoint, une soignante a trouvé les voyageurs unis au groupe, alors qu'elle les imaginait s'exclure de la co-formation.

E. 11. : « *On était différents, mais quand même ensemble. Oui. Alors que je pensais qu'ils étaient très, comme moi aussi, euh... qu'ils se mettaient très à distance.* »

La persécution

Leur exclusion ne vient pas uniquement de leur fait. Les soignants pensent maintenant que ce sentiment est parfois légitime.

E. 13. : « *C'est un monde qui a pas tellement envie de, qui se sent persécuté, et avec raison dans certains cas* »

Mais elle peut venir aussi de leur fait, quelquefois, notamment en raison de la violence de leur communauté.

E. 10. : « *Eux en même temps ils comprennent qu'on ait peur, et en même temps, non parce qu'ils se considèrent pas comme violents, ou comme méchants envers nous.* »

Enfin, il existerait dans leur mémoire collective, les restes de la persécution subie durant la seconde guerre mondiale, qui expliquerait le réflexe communautaire de vie en groupe, pour se protéger.

E. 03. : « *Et une des représentations dans le photo-langage qui était récurrente (...), c'est une autour de la voie ferrée. C'est-à-dire comment la question de la persécution pendant la seconde guerre mondiale, c'est sans doute pas de l'ampleur de la persécution des juifs, mais quand même... Et comment la menace effective et lourde de conséquences qui a pesé sur ces gens-là reste très présente dans les mémoires. Et aussi la menace, enfin le sentiment d'exclusion, d'être les intrus, (...) comment ça va se focaliser et comment donc du coup pour se garder, pour se protéger de tout ceci, le groupe... enfin il y a des effets de cohésion interne dans le groupe et donc notamment voilà on rejoint sur ce qu'on disait tout à l'heure sur le débarquement à l'hôpital : je crois que c'est aussi cette communauté qui a besoin de se serrer les coudes par rapport à une agression toujours aussi potentielle venant de l'extérieur.* »

La comparaison aux gadjé

Les gens du voyage représentent une communauté qui vit au côté d'une autre. Les soignants perçoivent maintenant qu'ils ont tendance à se comparer.

E. 10. : « *C'est vrai qu'ils se comparent un petit peu à nous, et des fois, ils ont une bonne image de nous.* »

Leur image n'est quand même pas toujours bonne, nous présentant nous, gadjé, comme des personnes se trompant sur le sens de la vie.

E. 14. : Concernant la manière dont ils nous perçoivent : « *des gens qui s'emmerdent la vie avec des conneries (...) qui sont un peu soumis (...) moi j'avais plus l'impression qu'ils nous méprisaient. J'avais beaucoup plus cette impression là, mais pas qu'ils se disaient « ils sont à côté quoi ! » »*

Leur manière d'éduquer les enfants, et les valeurs qu'ils leur apportent, ne sont pas les mêmes.

E. 14. : « *Alors elle me dit : « Mais tu vois, pour moi ça me paraît fou que tu t'inquiètes pour ça ! Ta fille elle est heureuse comme ça ? Et alors si elle est pas bonne à l'école, qu'est-ce que ça peut faire ? T'es bête ! » »*

Et les voyageuses ont l'image des femmes gadjé mettant leurs enfants au second plan.

E. 02. : « *je me suis rendue compte à travers les gens du voyage qui étaient présents, qu'ils avaient une image de nous, gadjé, qui me paraissait erronée, de la même façon que nous on peut en avoir une fausse d'eux, notamment en ce qui concerne le rôle de la femme et de la mère dans la société, à savoir que pour les femmes notamment qui étaient présentes, elles ont clairement signifié que les femmes gadjé, pour elles ce qui était le plus important c'était leur travail, et que l'enfant passait en dernier.* »

Cette remarque s'illustre concrètement par une anecdote :

E. 12. : « *Mais à la fin d'une journée de co-formation, je suis allé chercher ma fille à la crèche, qui est juste en-dessous de l'école d'infirmière. Et en fait quand je suis repassée, elles étaient toutes en train de fumer avant de partir, donc elles m'ont vues : « Ah, comment ça va ? Oh votre petite, elle est belle ! Mais comment vous faites ? (pour être à la formation alors qu'elle a une petite fille) » Je leur dis : « Elle sort de la crèche » « Oh la la ! Vous la mettez à la crèche, la pauvre ! Mais vous la gardez pas ? On sait, vous travaillez, mais nous ça nous fait mal au cœur pour les enfants ! » »*

Leur regard sur notre société pointe aussi l'individualisme.

E. 10. : « *Ça ils nous l'ont beaucoup dit alors que nous ils nous trouvent très... Plus perso : on pense beaucoup à nous alors que eux ils réfléchissent pour eux tous, pour leur communauté.* »

Leur regard sur leur société n'est pas toujours gai, mais la perception des soignants après la co-formation varie entre des voyageurs tristes ou heureux.

E. 01. : « *Mais là ça a été riche parce que on touche le côté humain, et puis ils sont tellement heureux, ce sont des gens heureux, heureux de vivre malgré leur difficultés.* »

E. 05. : « *Tout du moins que eux considèrent leur vie comme une vie de merde, je pensais pas. Je pensais qu'ils étaient plus fiers que ça. C'est pas une question de fierté, je n'en sais rien... Je pensais qu'ils étaient plus heureux que ça, on va dire.*»

Le manque d'éducation scolaire peut les gêner au contact des gadjé.

E. 14. : « *Ils avaient une certaine honte de pas connaître bien le français au niveau de l'écrit (...) et ils se sentaient vachement gênés par ça.* » « *... Elles osaient le dire mais en même temps, elles étaient énormément gênées de ça.* »

Les voyageurs de la co-formation avaient une envie d'ouverture envers les soignants présents, et beaucoup de soignants ont conclu qu'on n'était pas si différents.

E. 14. : « *C'était des gens qui avaient à cœur de se faire... Pas de se faire aimer, mais de se faire reconnaître.* »

E. 06. : « *En fait on s'aperçoit que c'est pareil on est pareils, on n'a pas la même façon de vivre forcément, mais on a quand même beaucoup, beaucoup de choses qui sont en commun on a des rites différents mais on a les mêmes pensées.* »

E. 09. : « *Pour ça, moi, j'ai trouvé ça sympa... Ça m'a fait découvrir des gens comme toi et moi si tu veux... Donc ça, ça met en confiance.* »

E. 06. : « *En fait ça m'a surtout dit Je me suis surtout dit qu'on n'était pas franchement différents.* »

E. 11. : « *On a surtout échangé, et on a vu qu'on était pareil...* »

Peuvent-ils changer ?

Pour les soignants, oui et non. Ils restent sur leurs positions concernant certains de leurs comportements, par exemple par rapport aux soins.

E. 10. : « *Après eux, ils campaient quand même beaucoup sur leur position du fait que de toute façon, ils arriveront quand même à plusieurs quand ils estimeront qu'il y en aura besoin. Ils feront l'effort peut-être de donner plus d'informations au niveau des papiers. Ils ont compris que c'était important pour nous.* »

E. 12. : *« J'avais l'impression que finalement, par rapport à notre système, globalement ils avaient l'air de dire que eux ils pouvaient pas faire de concession. »*

Et concernant l'éducation des enfants, il semble être encore moins question de changer.

E. 14. : *« Alors ça ils ont eu du mal, quand on a essayé de toucher, en discutant comme ça avec les filles à cette, ce manque de limites que les enfants ont, que ça pouvait avoir des conséquences sur leur personnalité. Ça c'est plus difficile à entendre de leur part (...) c'était nous qui avons décrété qu'il fallait des règles et puis que eux leurs limites ils les mettaient pas de la même façon. »*

Mais les choses changent, la tradition orale fait place à l'écriture, ce qui a des implications concernant le vécu de leur communauté.

E. 03. : *« c'est peut être un des effets partiels de la sédentarisation c'est certain, c'est à dire qu'il y a une dimension de transmission orale qui est très importante, mais que il y a aussi, chez un certain nombre de gens du voyage, tout un travail de, je pense autour de l'écriture, de peut être de l'histoire, d'inscrire les choses. »*

Et certains soignants pensent que des messages semblent être bien passés.

E. 13. : *« Mais j'ai quand même l'impression qu'au fur et à mesure de la formation, ça, ça a été de mieux en mieux compris. Que l'attitude de l'hôpital était pas persécutrice envers eux. »*

E. 15. : *« Et c'était intéressant de se dire qu'en ayant discuté avec eux, ils étaient de la banlieue lyonnaise, peut être en rentrant là bas, ils verront différemment l'hôpital, et peut être qu'à l'hôpital, ça se passera mieux par la suite pour eux, comme ça se passera mieux par la suite pour nous. »*

III Les changements de pratique des soignants

Même chez des personnes très intéressées par la co-formation, les pratiques n'ont pas forcément beaucoup changé.

E. 14. : *En répondant à la question d'un changement des pratiques professionnelles « Sur le plan personnel, après, au niveau application professionnelle non. C'est quelque chose que j'ai vécu à ce niveau là, qui était fort, mais qui m'a servi sur le plan personnel, c'est tout. »*

E. 07. : *« Je dirais oui et non, j'ai fait passer le message que, quand il y a des gens du voyage sédentaires ou voyageurs, il y a cette notion de référence à donner d'un côté et de l'autre mais autrement ça ne change pas nos pratiques professionnelles. »*

Prendre un référent

On perçoit quand même dans la réponse précédente que la notion de référent a été acquise, et paraît même évidente alors qu'elle ne l'était pas (sauf pour deux personnes) avant la co-formation. Cette notion est d'emblée utile aux urgences.

E. 09. : « *En tout cas je suis plus vigilant à chercher une personne de référence...* »

E. 15. : « *Oui je pense, je pense que ça enlève une certaine pression qu'il y avait avant, le fait qu'il y ait tout un groupe, on sait très bien que si on s'adresse à la bonne personne, c'est elle qui va détendre le jeu, c'est elle qui va faire baisser la pression.* »

Et cette notion de référent est toujours appliquée, aux urgences, mais pour une autre population, la population maghrébine.

E. 04. : « *Donc du coup on va dire que j'ai pris plutôt quelqu'un de référent quand j'ai à parler d'une chose avec la famille ou... Donc j'essaye d'avoir la même personne en face de moi à chaque fois. Donc, ça m'aide pour ça, et ça marche aussi pour cette population là.* »

Expliquer

Une soignante travaillant en prison témoigne, par exemple, que la co-formation a permis de mieux cibler l'information à donner : quand les gens du voyage posent des questions, c'est plus parce qu'ils ne comprennent pas que parce qu'ils ne font pas confiance. Il faut donc expliquer, avant de rassurer :

E. 06. : « *Et justement, je m'étais dit : « ils ont peur de nous, ils nous foutent la pression », qu'on n'est pas compétent ou le fait qu'ils soient voyageurs on ne va pas les prendre en charge. Enfin qu'ils ont ces idées-là sur nous. Et en fait, je me disais ils ont quand même un énorme respect sur notre travail voire même un truc beaucoup trop grand probablement d'ailleurs. Du coup je me dis, si quelqu'un vient me voir, si un voyageur vient me voir, je me dis pas : « il faut que je gagne sa confiance » (...) Non ces questions qu'il pose, c'est parce qu'il n'a pas compris, qu'il a du mal à comprendre. (...) Et je trouve que c'est pas mal parce que dans une relation tu te dis, ça enlève ça, alors du coup tu te dis : il faut vraiment que je lui explique, il faut vraiment qu'il arrive à comprendre.* »

Les explications peuvent être payantes et calmer des situations très délicates. Notamment quand le contexte tend la situation.

E. 12. : « C'est comme dans les soins, les gens nous posent une question, on répond par « non », en fait parfois on dit « non parce que... » Et on met des explications derrière et qu'en fait ça, ça fait baisser la pression. »

E. 15. a détaillé hors micro l'histoire s'étant déroulée aux urgences où le fait d'avoir tissé un lien avec la grand-mère lui avait été utile : il s'agissait d'un jeune homme mineur qui pour échapper à une garde à vue avait avalé un objet potentiellement tranchant. Le contexte de la garde à vue et l'anxiété liée au problème de santé immédiat ont inquiété les policiers qui voulaient « cacher » le patient de la famille venue en nombre à l'hôpital afin qu'elle ne vienne pas au bloc opératoire. L'ambiance aux urgences était particulièrement tendue entre policiers, nombreux voyageurs et soignants. Après avoir discuté avec la grand-mère, expliqué ce qui allait se passer et pourquoi les voyageurs ne pouvaient pas aller au bloc, le patient a pu y aller en saluant sa famille avant, qui n'a pas posé de problème.

Rassurer

Les explications simples sont importantes, mais les gens du voyage restent anxieux. Il est important de le prendre en compte et de les rassurer.

E. 15. : « C'est vraiment, aux urgences, c'est rassurer, rassurer, rassurer. »

E. 12. : « Et du coup, j'ai bien compris qu'ils avaient une grosse peur de la mort, et du coup, en leur disant : « Mais non rassurez vous, je ne suis pas inquiète, vous n'allez pas mourir... » »

On en a l'exemple ici dans le cadre de soins psychiatriques, où le fait de recevoir la famille, en expliquant et en rassurant, pacifie les relations :

E. 14. : « Et bien je les ai reçus, et on a discuté, tranquilles, je leur ai demandé... Je leur ai donné le numéro de téléphone, je leur ai dit : « Vous hésitez pas, vous appelez, vous prenez des nouvelles, là il est comme ça, comme ça, vous pouvez pas le voir... » Et puis je les ai questionnés, sur comment... Dans un échange tout à fait... Et ils étaient ravis ! Ils étaient ravis. »

S'adapter

Concernant les soins de puériculture, les voyageuses considèrent les gadjé comme ne s'occupant pas de leurs enfants. En se positionnant comme mère aussi, un médecin tente de gagner leur confiance.

E. 02. : « Ça me permet peut-être moi de mieux comprendre comment me positionner par rapport à elles, en sachant qu'elles ont peut-être cette image de moi en tête, de leur montrer que...d'insister peut-être encore plus sur la place que peut avoir un enfant même pour une femme comme moi. »

On ne peut pas forcément changer les patients, mais en comprenant d'où viennent les comportements et en s'adaptant, on évite de « parasiter » les motifs de consultation.

E. 13. : « *Et bien avant c'était un gros obstacle et je pensais que c'était lui qui fonctionnait comme ça. Et maintenant je comprends que c'est le groupe qui le faisait fonctionner comme ça. Ça me fait pas plus avancer la situation... (Rires) Sauf que je suis quand même, je suis moins déstabilisée parce que je comprends mieux, et du coup, je m'adapte mieux. Et j'essaie d'utiliser sa femme comme co-thérapeute.* »

E. 13. : « *La dernière fois qu'elle m'a appelé, je lui ai dit : « Prenez rendez-vous et puis on en parle », elle est dans un désir de grossesse avec une fausse couche récente. Alors dès qu'il y a quelque chose qui va pas, elle appelle, elle veut être rassurée. Mais par contre, venir aux rendez vous c'est difficile. Alors ça c'est un truc avant qui m'exaspérait, et maintenant je me dis : « elle viendra quand elle sera prête », je suis vachement plus cool et du coup, ça parasitera moins la consultation quand elle viendra.* »

A.P. : « *je suis peut-être plus à l'écoute de l'environnement du patient.* »

Le cas particulier de la pédiatrie à l'hôpital

Les services d'urgence pédiatrique et de pédiatrie sont quotidiennement sollicités par des voyageurs. L'angoisse ressentie par les voyageurs peut tendre les relations. Le service de pédiatrie a su s'adapter et ressent une amélioration par rapport à la période précédant la co-formation.

L'accueil

Comme on l'a vu précédemment, les gens du voyage ne comprennent pas l'importance des formalités administratives. Leur expliquer le but de ces formalités à l'arrivée permet de gagner leur confiance.

E. 01. : « *Et donc on a eu l'occasion de rencontrer ou d'avoir à l'accueil des gens du voyage. Et ça s'est bien passé parce qu'on a su les mettre en confiance, on a su leur donner en fait, leur faire comprendre quelle était la hiérarchie dans l'accueil comment il fallait...comment ça se passait, l'accueil passait par l'accueil administratif puis l'accueil médical. Pourquoi on faisait ça, en expliquant bien pourquoi on demande le nom et prénom, et puis pour voir s'il y a des antécédents en fait. En les rassurant, en leur faisant comprendre le pourquoi des choses, ça se passait bien.* »

De plus, en répartissant les rôles dans la famille entre une personne s'occupant de l'accueil administratif, et une accompagnant le bébé pour le faire examiner, on pouvait gagner du temps qui, s'il n'est pas si précieux médicalement, permet d'améliorer les rapports durant la consultation.

E. 01. : « *Qu'on sait comment les accueillir : en leur expliquant pourquoi on leur demande juste le nom, le prénom et si possible l'adresse mais bon ça peut attendre. Ou on peut prendre par exemple la grand-mère, pour qu'elle nous donne des documents administratifs, et puis faire suivre le reste du groupe au niveau de l'accueil médical. Séparer le groupe pour qu'on puisse avoir nous les données administratives, donc ça va plus vite. Et orienter l'enfant avec la mère, le grand-père ou les autres éléments de la famille directement vers le médecin quoi. Ça nous permet d'activer les choses et de ne pas les faire attendre.* »

Si la secrétaire d'accueil doit scinder le groupe pour les formalités administratives, cela permet aux soignants de ne faire entrer avec l'enfant que deux accompagnants.

E. 10. : « *Et ça, je pense après qu'on fait l'effort de les accueillir en groupe, ou alors, on leur demande de faire venir une ou deux personnes. En plus, quand on leur demande, généralement, ça se passe bien. Après il y a toujours forcément beaucoup d'enfants, plus d'enfants dans les alentours, mais aux urgences dans le box de consultation, on demande qu'il ait qu'une personne qui accompagne, généralement ça se passe bien ! Il faut au moins qu'il y ait une personne, c'est souvent les mamans, ou les belles mamans des mamans. Les grands-mères en fait.* »

E. 10. : « *Donc voilà, de les accueillir vraiment en groupe, et de leur expliquer comment on va procéder, voilà.* »

Les soins

Les gens du voyage ne comprennent pas toujours les soins qui sont faits à l'enfant. Leur expliquer en même temps qu'on les fait permet de les rassurer.

E. 10. : « *Déjà de leur expliquer les soins mêmes ! Comment vont se dérouler les soins. De les rassurer parce qu'ils sont apparemment très inquiets, et voilà.* »

E. 10. : « *Et d'ailleurs après, quand on a eu l'occasion de faire d'autres soins, on s'est fait la réflexion, on s'est dit : « En leur expliquant, c'est vrai que ça va mieux ! » Ils sont tout de suite plus calmes.* »

E. 10. : « *Mais c'est parce que c'était frais la formation, et puis nous on se disait que peut-être... On faisait l'effort aussi de plus expliquer. Voilà, quand on les voyait arriver, on se disait : « il faut qu'on anticipe ! » en fait. Je pense qu'on se rend mieux compte... »*

L'hospitalisation

Rester enfermé dans une chambre d'hôpital est difficile pour les voyageurs qui sortent souvent à l'extérieur en emmenant l'enfant malade, alors que des soins doivent être faits. En

permettant aux voyageurs de sortir avec l'enfant, mais en expliquant les horaires à respecter, les relations pouvaient être pacifiées.

E. 10. : « *Après on arrivait à trouver des compromis, sur le terrain, en leur disant : « On vous laisse descendre, mais vous remontez pour telle heure, pour le soin » ça se passait bien même. »*

Ceci évitant des situations conflictuelles où le soin peut être mis à mal.

E. 10. : « *Pendant l'hospitalisation... Après je pense en particulier à une famille. On leur disait de revenir à telle heure, et là ça se passait bien ! Au lieu de leur dire, que non ils ne peuvent pas sortir, et que de toute façon, ils vont chercher à partir et à revenir. Je pense que eux, le fait de rester enfermé, ou dans une chambre, ou dans une salle pendant les soins, ils ont du mal quoi ! Il faut qu'ils bougent, il faut qu'ils parlent, les enfants, c'est pareil. »*

Le regard a changé

La co-formation a pu permettre de changer son regard. Par exemple E. 01 exprimait ses difficultés, et maintenant des sentiments positifs en voyant arriver aux urgences pédiatriques un groupe de gens du voyage.

E. 01. : En parlant des difficultés avant la co-formation : « *Quand une seule personne est face à ce groupe, il y a une différence, une différence de part le nombre et puis voilà, on se sent, on se sent un peu en difficulté immédiatement (...) Parce que c'est un contre tous. »*

E. 01. : En parlant de son sentiment en les voyant arriver après la co-formation : « *Ben je suis contente de les voir, je suis contente de les voir parce que voir tous ces gens qui arrivent pour une seule personne je me dis : « mais mon dieu, c'est vraiment très beau ! » Je suis contente de les voir parce que ça ne me fait pas peur parce que je saurai faire, je saurai les rassurer en tous les cas ! »*

DISCUSSION

I A propos de ce travail

Choix du sujet des co-formations

Le sujet principal originel, celui des co-formations est à la croisée des chemins de trois champs de la médecine : la pédagogie, la relation médecin-malade, et les soins envers les personnes en situation de précarité. Il fait l'objet d'une bibliographie maigre dans le cadre de la santé, en général issue des organisateurs de la co-formation. Deux livres de référence font état de la méthodologie et de l'origine des co-formations : *Le croisement des savoirs* (2) et *Le croisement des pratiques* (3). *Le croisement des pouvoirs* (4) est issu d'un travail rétrospectif sur les co-formations. S'il était essentiel d'utiliser ces livres en préalable à la thèse, il a été délibérément choisi de prendre un regard extérieur et neuf sur les co-formations, celles-ci n'ayant été étudiées que par des personnes impliquées dans la mise en œuvre.

Son intérêt réside donc dans le côté original du sujet, et dans son implication possible dans la formation initiale ou continue des soignants sur les thèmes de la précarité et de la relation médecin-malade.

Choix du sujet de la co-formation « santé et gens du voyage »

Quatre co-formations ont eu lieu dans le domaine de la santé, toutes sur le bassin chambérien. Afin d'étudier les co-formations, il nous a semblé être le plus pertinent de ne s'intéresser qu'à la dernière, à un an de sa première journée.

Choix de l'axe de travail

Les co-formations n'ont jamais été étudiées dans un travail de thèse de médecine. Ce mode de formation est récent et beaucoup d'axes de travail s'ouvraient à nous. Nous avons décidé, dans un premier temps, d'étudier cette formation dans le champ de la formation professionnelle, donc, du côté des soignants.

Étudier tous les aspects de la co-formation semblait impossible dans un travail de thèse. Nous avons dû choisir un axe d'approche, en gardant en tête que l'intérêt de cette étude devait être à la fois de montrer l'intérêt de cet axe, mais aussi de servir de point d'accroche pour d'autres études.

Quatre premiers entretiens exploratoires nous ont permis de voir que l'axe le plus riche était celui des représentations. Néanmoins, nous avons continué d'explorer par la suite les changements de pratiques et les intérêts propres de la co-formation pour deux raisons. La première est qu'en répondant à ces deux autres questions, des changements de représentation réapparaissent rendant l'étude plus riche. La seconde est de donner une portée à l'étude qui permettra de servir de base pour d'autres.

Choix de la méthodologie

L'enquête par entretiens semi directifs nous semblait de loin la meilleure solution, les entretiens devant garder pour une première étude un caractère très libre. En effet, aucun questionnaire n'aurait pu rendre compte de la diversité de ce que l'on pensait retrouver.

Difficultés rencontrées

Afin de garder une certaine liberté de parole dans les entretiens, nous nous sommes demandé s'il ne fallait pas que le Dr De Goër n'ait pas accès aux retranscriptions de ces entretiens. En effet celui-ci est à l'origine de cette co-formation et connaît la majorité des participants. Mais ces derniers ayant déclaré qu'ils ne voyaient pas d'inconvénients à ce que ces entretiens soient portés à sa connaissance, cette idée a été abandonnée, d'autant plus que le regard expérimenté du Dr De Goër dans l'analyse de ces données nous était précieux.

De même, l'interviewer connaissait la majorité des participants interrogés. Il nous semblait difficile malgré tout de faire intervenir une personne extérieure pour réaliser ces entretiens. La première phase exploratoire a tout de même concerné des personnes non connues de l'interviewer. Puis le recueil des données a concerné des participants connus et non connus. La sincérité de ces entretiens a semblé conservée.

Le public s'étant rendu en formation avait peut-être déjà une sensibilité incitant à apprécier ce type de formation atypique. L'orientation du travail n'a pas été vers une enquête de satisfaction, ce qui fait que les propos tenus comme « *il faut continuer les co-formations* » ne sont pas venus parasiter les résultats. On remarque d'ailleurs que certains soignants n'ont pas hésité à dire que cette formation n'avait pas modifié leurs pratiques.

Enfin, concernant le choix des interviewés, l'option du tirage au sort des participants aurait été absurde car il aurait pu nous faire passer à côté de données intéressantes. Il a donc été décidé de choisir les participants délibérément en essayant de diversifier au maximum selon les critères suivants : Profession, lieu d'exercice et lien avec l'interviewer. A noter que ce travail étant une thèse de médecine, tous les médecins ont été interviewés. Le recrutement des interviewés s'est arrêté quand nous avons obtenu une saturation des données.

Limites et biais de la méthode

La sélection de la population

La sélection de la population a été arbitraire. Ce biais est mieux accepté dans le cadre de la recherche qualitative que dans la recherche quantitative où ceci est totalement banni (8). Ceci

a été discuté auparavant et le risque principal, celui de perdre de l'information, est contrebalancé par le principe de la saturation des données.

Le refus d'être interviewé

Il est notable que malgré l'investissement demandé (une heure à réserver dans son emploi du temps), nous n'avons pas eu de refus explicite. Une personne ne nous a pas recontactés suite à une demande (ce qu'on pourrait considérer comme un refus), et trois personnes ont reporté un entretien. Le recueil des données a été effectué avant que nous ayons eu besoin de les ré-inclure. Ceci n'a pas été exploré durant les entretiens, on peut néanmoins supposer que le côté atypique de la formation a fait qu'une envie de témoigner pouvait être plus importante. La motivation initiale à faire cette co-formation et l'investissement personnel que cela a demandé expliquent probablement en partie l'envie de participer, mais les personnes ayant été inscrites d'office à la co-formation (par leur cadre ou supérieur) nous ont tout aussi bien accueilli.

Le refus d'être enregistré, retranscrit ou publié

Aucune personne n'a refusé d'être enregistré ou retranscrit. Trois personnes nous ont demandé à relire l'interview avant de la valider. Une de ces trois personnes ne nous a pas donné de réponse quand nous lui avons demandé l'autorisation d'utiliser son interview, je l'ai donc retiré de l'étude.

Les biais liés aux interviewés

Certains interviewés connaissaient bien le milieu des gens du voyage, certains l'ont découvert pendant la co-formation. Pour qu'une citation apparaisse, il fallait que le changement de représentation annoncé soit clairement en lien avec la co-formation. Ceci était vérifié en général par des questions du type : « Ça vous le saviez avant la co-formation ? », « Ça, vous l'auriez imaginé avant la co-formation ? »...

Les biais liés à l'interviewer

Malgré une recherche bibliographique limitée, l'interviewer a été amené à se faire une opinion concernant la vie des voyageurs et les co-formations. Ceci pousse à interpréter les résultats et les questions dans le sens de l'opinion forgée, mais est contrebalancé par le fait que ce sont les citations qui servent de base aux résultats, et qu'elles rappellent en permanence à ne pas s'écarter de ce qui a été dit.

Concernant les stratégies d'écoute et d'intervention, les entretiens ont été progressivement de moins en moins directs, afin de permettre au début au soignant de se mettre à l'aise dans la direction, puis de recueillir un maximum d'information, car les informations apparaissaient souvent par des questions détournées. De ce fait, de grandes parties des verbatim sont « hors sujet » et n'ont bien sûr pas été exploitées.

II À propos de nos résultats

Les résultats sont nombreux et variés. Concernant leur validité, il faut se rappeler que l'étude s'intéresse aux changements de représentations suite à la co-formation. Elle ne cherche pas une vérité sur les gens du voyage que l'on aurait trouvé à travers la co-formation.

Discuter point par point les changements de représentations, de pratiques puis les intérêts de la co-formation aurait été fastidieux, et peu intéressant.

Ce qui a paru être le plus pertinent pour cette discussion, est de partir des difficultés que des soignants rencontraient durant leur exercice et de voir comment la co-formation a pu apporter des réponses, en changeant les représentations, puis les pratiques.

Nous sommes donc reparti des entretiens à la recherche des difficultés que les soignants déclaraient concernant la prise en charge des gens du voyage. Quatre types de difficultés ont été annoncés : La gestion du groupe, la violence ou la « pression » que peuvent mettre les voyageurs vis à vis des équipes, l'immédiateté des gens du voyage et leurs demandes jugées injustifiées.

Pour chacun de ces groupes, nous nous sommes demandé quelles réponses ont été obtenues en termes de changement de représentation et quelles étaient les conséquences sur les pratiques :

A- Le groupe

C'est une des premières difficultés qui avait été mise en avant par les soignants :

E. 01. : « *Quand une seule personne est face à ce groupe, il y a une différence, une différence de part le nombre et puis voilà, on se sent, on se sent un peu en difficulté immédiatement.* »

Le référent

L'outil majeur, apporté par la co-formation, est de se rendre compte qu'il y a un référent chez les gens du voyage. De plus, certains ont annoncé qu'il fallait leur donner un référent du côté des soignants aussi. La discussion ne se déroule alors plus « seul contre tous » mais de un à un. Le choix du référent semble être en règle celui de la femme la plus âgée de la communauté, mais ceci a été relativisé lors d'un entretien. On pourrait supposer aussi, que dans un autre domaine, le choix du référent serait autre en raison de la répartition des tâches dans le groupe. Cette question du référent est délicate, on a l'impression d'avoir un outil plus qu'une représentation qui a changé. Néanmoins, ceci apparaît bien dans certains entretiens :

on n'a plus l'image d'un groupe massif et imposant, mais organisé avec un référent. Le lien entre représentation et pratique est en tout cas clair, et les répercussions semblent bonnes.

Le fonctionnement de groupe

Les explications du fonctionnement en groupe ont été nombreuses, les représentations les plus poussées ont fait le lien historique entre voyage et persécution, puis entre persécution et instinct de groupe afin de se protéger d'une menace extérieure. L'hôpital étant vécu comme une institution persécutrice, la venue en groupe peut s'expliquer ainsi. Connaître les raisons qui poussent un groupe à se comporter de la sorte permet de mieux gérer certaines situations.

Une deuxième explication de la venue en groupe à l'hôpital sont les conséquences de la maladie sur chaque membre du groupe : elle arrête le voyage pour tous. C'est donc toute la communauté qui vient à l'hôpital. On remarque que ceci est aussi valable pour les voyageurs sédentarisés pour qui la possibilité du voyage doit demeurer.

Les soignants ont mieux perçu que la notion d'individu était moins importante chez les voyageurs. Une venue en groupe ne relève pas d'une intentionnalité de montrer sa force, mais d'un registre de fonctionnement habituel. Même si les voyageurs ont reconnu qu'ils savaient utiliser leur venue en groupe comme un moyen de pression.

Les soignants ont une image plus précise et plus positive du groupe. On peut supposer même si cela n'a pas été dit clairement que la naïveté ne prévaut pas : les soignants par les remarques qu'ils ont faites aux voyageurs marquent bien que des comportements ne sont pas acceptables. Mais l'idée qu'un comportement n'est pas dû seulement à une intention de profiter, faire pression... permet de prendre du recul et de mieux savoir ce qu'on peut accepter de ce que l'on ne doit pas.

Le fonctionnement de groupe semble être mieux connu des soignants, et ces applications semblent avoir été utilisées, notamment en pédiatrie. La gestion du groupe semble être, pour les soignants interviewés, mieux appréhendée qu'avant la formation.

Ceci s'explique aussi par le fait que le rapport au groupe a été expérimenté durant la co-formation, les participants n'ont pas fait qu'en parler comme l'explique l'un des participants.

E. 03. : « Enfin on l'a bien vu, on parlait caricaturalement du débarquement du groupe aux urgences par exemple, et on a aussi expérimenté les effets de massivité du groupe pendant la formation elle-même ».

Un intérêt particulier de la co-formation semble émerger.

Sur le plan de la formation professionnelle, ce chapitre semble être un succès. La gestion du groupe était une difficulté pour les soignants. Ils ont trouvé des explications et ont pu avoir des pistes de prise en charge.

Un élément primordial à retenir est cette idée de référent. La bibliographie n'en montre pas de trace, et seuls deux soignants avaient intuitivement cette notion. Face à ce problème, la co-formation a permis de découvrir un objet nouveau. Ceci sera une piste ultérieure : utiliser la co-formation comme outil de recherche.

B- La violence et la pression

Certains soignants ont vécu des expériences marquantes dans lesquelles des gens du voyage s'étaient comportés violemment avec eux ou des collègues. Ceci a fait partie des motivations incitant à venir à cette formation.

E. 01. : « J'ai fait cette formation parce que nous avons, que ce soit dans le service de pédiatrie ou à la maternité, l'occasion d'accueillir des gens du voyage. Et nous avons souvent été confrontés à des situations de violence un petit peu et de difficultés à les appréhender. »

E. 09. : « J'ai vécu des expériences douloureuses : ma femme, enceinte, s'est fait frapper par des gens du voyage. »

Sans en venir à des situations de violence, il y a une pression latente envers les soignants, pour accélérer la prise en charge.

E. 15. : « Ils viennent à peu près toutes les trente minutes pour demander : « C'est quand mon tour ? » A essayer de nous dire que c'est vraiment eux les plus graves, la grosse urgence de la nuit, il faut vraiment qu'ils soient pris en priorité. »

E. 10. : « Déjà souvent ils attendaient pas en salle d'attente, ils attendaient devant, dans le hall. Souvent, ils voulaient pas patienter, même en pédiatrie, ils voulaient pas rester dans la chambre. Souvent ils nous demandaient de sortir, ils revenaient pas pour les soins. »

Comprendre ces comportements et savoir réagir, faisait partie des motivations de plusieurs voyageurs. On ne trouve pas d'explication ou de justification précise de la violence durant les entretiens. Par contre, la pression qui peut apparaître dans certaines situations, pouvant être le premier pas vers la violence, a été beaucoup discutée. Et de nombreux éléments en sont sortis :

Beaucoup de soignants ont découvert que l'angoisse était majeure dans la communauté vis-à-vis de la santé (entre autres), et ceci a été une surprise pour eux. De plus ils ont découvert à quel point la crainte de mourir existait quel que soit le symptôme. Certains ont aussi réalisé que les voyageurs ne comprenaient souvent pas grand-chose aux explications des soignants.

Des éléments ont été apportés concernant leurs conditions de vie, qui même si elles sont choisies (la promiscuité de la caravane par exemple), entraînent des tensions.

Les soignants ont été rappelés à l'ordre : il faut prendre le temps d'expliquer, de rassurer. Ceci n'est bien sûr pas une nouveauté et ne concerne pas que les voyageurs. Mais il est très difficile de ne pas oublier ces bases. La co-formation a permis un rappel utile :

E. 10. : « *On s'est fait la réflexion, on s'est dit : « En leur expliquant, c'est vrai que ça va mieux ! » Ils sont tout de suite plus calmes. »*

Un des soignants, au sortir d'un entretien, a fait cette remarque : « *Ce qui est incroyable, c'est que ce sont eux qui nous ont appris à être humains ! »*

C- L'immédiateté, les horaires

E. 06. : « *Alors ce que je ne comprenais pas c'est pourquoi ils venaient et pourquoi ils ne venaient pas par moment, ça je ne comprenais pas toujours. (...) Parfois la pression entre guillemets qu'ils pouvaient nous mettre à dire il faut absolument que vous nous voyiez aujourd'hui, aujourd'hui, aujourd'hui... »*

E. 02. : « *J'ai beaucoup dit que les rendez-vous étaient un problème parce qu'ils arrivaient à nombreux, généralement pas à l'heure qui leur était proposée. »*

On perçoit à travers ces situations plusieurs problèmes posés par les soignants : l'observance des rendez-vous, le fait de ne pas venir quand ils sont programmés. Ce problème va de pair avec le besoin de consulter le jour même, voire de diminuer le temps d'attente quand ils sont aux urgences. Enfin, les gens du voyage peuvent être amenés à changer d'avis rapidement.

Les soignants ont d'abord eu la confirmation du sentiment qu'ils avaient concernant la vie dans l'immédiateté. On a l'impression, à les écouter concernant ce problème, que cette image a été plus renforcée que modifiée.

Concernant l'observance des rendez-vous, un élément ressort : l'idée que le rendez-vous n'est pas leur priorité. Si quelque chose vient le concurrencer, le parasiter, il passera en priorité. On revient alors à cette idée d'immédiateté. Ce qui était vécu par les soignants a été illustré. Le ton des entretiens montre néanmoins un certain attachement par rapport à cette particularité, qui pourtant a été un problème souvent soulevé.

À la lecture des résultats, aucune solution n'a été trouvée. Cette partie y tient d'ailleurs une faible part. Cela fait sûrement partie des habitudes que les voyageurs ne sont pas prêts à changer. En revanche, une soignante fait la remarque qu'elle en prend son parti. Le fait de savoir qu'une grande part de ce comportement est culturel lui permet de prendre un recul qui ne viendra pas parasiter la consultation.

Le besoin d'être vu le jour même et le plus vite possible a été expliqué par l'angoisse importante des voyageurs envers la maladie. Les voyageurs, de plus, ne font pas la part entre ce qui est grave et ce qui est urgent. Ce résultat est important, car son application est concrète : rassurer peut apaiser des situations.

Dans les résultats, l'item du rapport au temps des gens du voyage ne représente qu'une faible proportion, alors que ce problème avait massivement été cité comme motivation à venir à la co-formation. La co-formation n'a pas trouvé de solution concrète, de « recette » pour ce problème.

D- Les demandes jugées non justifiées

E. 05. : *« C'est-à-dire que par exemple : antibiotiques. Il leur faut des antibiotiques à chaque fois, si on les attaque de manière frontale, on gagnera pas. On partira, ils appelleront un autre médecin, et ils auront les antibiotiques. Ça c'est le meilleur exemple. Ou alors pour la radio : « on veut une radio ! » Même si c'est pas la peine : « On veut une radio quand même ! » »*

E. 09. : *« J'ai travaillé avec SOS, j'ai eu aussi du mal à ce que... Bah voilà, à minuit on appelle pour une authentique crise d'asthme, bon, tu sais pourquoi tu es là, puis après ils te demandent de faire la prolongation d'ordonnance de la grand-mère de 90 ans, puis l'ordonnance de pilule de la jeune fille de 27 ans et puis voilà, et là tu craques. »*

Aucune part des entretiens ne contient d'explication directe apportée à ce problème. On peut extrapoler à partir des éléments retrouvés dans la discussion des pistes : l'angoisse face à la maladie, l'immédiateté, le besoin de ne pas être stoppé pour le voyage qui fait que l'on veut un produit qui guérisse vite : un antibiotique. Mais ceci n'est qu'une extrapolation et ne ressort pas directement des entretiens.

On retrouve là un objet qui n'a pas été traité durant la co-formation. On imagine pourtant que de nombreuses questions auraient pu être posées sur les antibiotiques, et pourquoi les voyageurs en désirent tant.

Pour ce problème récurrent, il n'a pas été trouvé de solution. On peut se demander si une autre co-formation, avec d'autres soignants et d'autres voyageurs n'orienterait pas les débats sur ce sujet précis. Ceci serait un argument pour multiplier les co-formations. Une question qui se pose, sinon, est de se demander si la préparation de la co-formation ne devrait pas inclure des sujets épineux qu'on ne devrait pas éluder. Ceci comporterait le risque d'orienter les débats et de perdre en spontanéité dans la co-formation.

E- Ce qui n'était pas prévu

Comme il l'a été dit dans l'introduction, la co-formation a rencontré un grand succès, illustré non pas tant par la note donnée durant l'évaluation (8.3/10) mais par la demande quasi unanime de prolonger la formation d'une journée. Pourtant, à l'analyse des résultats, les soignants n'ont pas obtenu de réponses satisfaisantes à leurs objectifs concernant deux problématiques très souvent soulevées : l'immédiateté et les demandes jugées non justifiées.

On peut se demander légitimement ce qui a poussé à un tel succès. La question était posée systématiquement à chaque fin d'entretien, sur ce qu'apportait la co-formation par rapport à une formation classique.

Les réponses les plus riches vont vers ce qu'on ne trouve pas dans une formation classique : l'expérience et la rencontre. Le registre de la vie est utilisé pour décrire cette formation, et des liens affectifs naissent durant la co-formation, qui sont possibles grâce à la création d'un espace de confiance. Ceci est exprimé par de nombreux soignants.

E. 10. : *« C'est super vivant déjà ! Et on se rend compte tout de suite. C'est super concret, c'est pas de l'écrit. Là eux, ils font vraiment vivre la formation ! On comprend tout de suite. »*

E. 01. : *« Alors que des échanges avec les gens du voyage, on apprend tout de suite parce qu'on les voit d'abord vivre, on les écoute, ils nous parlent un peu de leur vie. »*

E. 09. : *« Globalement, c'était hyper intéressant et très affectueux, très liant, je les ai trouvés très liants. »*

Ces moments de rencontre ont été largement cités. Bien plus que des connaissances théoriques, les co-formations semblent apporter des expériences humaines riches, permettant d'améliorer le relationnel entre les co-formés. Il semble que l'intérêt majeur des co-formations soit en lien avec ceci.

III A propos des co-formations

La co-formation « santé et gens du voyage » a permis de répondre, parfois de manière incomplète, à des questions diverses que se posaient les soignants. Les représentations ont changé, ce qui a permis dans une certaine mesure de modifier des comportements.

Trois pistes peuvent se dégager de ce travail : étudier la co-formation comme un outil pédagogique, étudier la co-formation comme un outil de recherche et évaluer le bénéfice de la co-formation chez les soignés, phénomène d'une importance primordiale dans la co-formation, mais volontairement écarté de cette thèse.

A- La co-formation comme outil pédagogique

Les co-formations sont un outil pédagogique créé par et pour les personnes en situation d'exclusion. Elles commencent à être utilisées dans le domaine des soins envers ces populations. La question de leur efficacité se pose légitimement.

Il existe plusieurs niveaux d'évaluation d'une action de formation. On peut dire qu'une formation est efficace dans le domaine de la santé si elle permet une amélioration (12):

- des connaissances (savoir),
- des pratiques (savoir faire, savoir être),
- de la santé des patients.

Concernant l'amélioration des connaissances, les résultats ici nous montrent la modification d'un grand nombre de représentations. Il ne s'agit pas ici d'une thèse quantitative, on ne peut donc pas affirmer l'efficacité de cette formation, mais on peut en émettre l'hypothèse.

On peut supposer que ces connaissances sont adaptées aux besoins de chacun. En effet, l'analyse par entretien n'apparaît pas dans ce travail pour des soucis d'exhaustivité, mais il semble que chaque personne a trouvé dans la co-formation ce qui lui était utile. Une personne à l'accueil a eu besoin de comprendre le groupe, une personne travaillant en prison a perçu l'angoisse de cette population. On retrouve même différents degrés d'apprentissage ; certaines personnes connaissant mal le fonctionnement du groupe affirmant que le référent va être la femme la plus âgée, une autre connaissant déjà cette notion la relativise suite à la même formation : « *Ce n'est pas toujours le cas.* »

Cette amélioration des connaissances semble tenir dans le temps. En effet, les soignants ont été interrogés à un an de la co-formation. La diversité de ce qu'ils ont appris est grande, et reste malgré le temps passé. On peut expliquer ceci par le fait que les gens ont participé activement à la formation comme témoigne une soignante.

E. 14. : « *Et puis c'est interactif ! Vous me posez la question tout à l'heure, les gens posent des questions, s'interrogent, et ça, ça permet de se comprendre, et pour le coup, c'est bien plus formateur. Et puis même au niveau mémoire, quand il y a des choses qui se jouent au niveau de la relation, au niveau humain, pour le coup, ça reste.* »

Cette formation a été en plus une expérience qui a permis d'affirmer le caractère authentique des apprentissages en même temps qu'ils étaient énoncés :

E. 06. : « *On a compris, on a vu que de façon claire et nette que quand on discutait ça s'apaisait quoi, qu'il y avait quelque chose... Donc c'est possible quoi. Si quelqu'un nous avait dit : « Oui vous verrez, vous discutez avec eux ça va s'apaiser », c'est pas du tout pareil, là on l'a vu, c'est du concret* »

Concernant l'amélioration des pratiques, les résultats ouvrent aussi des pistes. On retrouve des témoignages de succès de cette co-formation. L'accueil en pédiatrie en est un exemple. Une des raisons du succès est probablement le fait que la co-formation soit une expérience. L'exemple du groupe a été pris : il en a été parlé, mais en même temps, les soignants expérimentaient les effets de massivité du groupe. De plus, un cadre de confiance a été instauré durant la co-formation, et des liens se sont tissés. Cette expérience a donc été une expérience positive, que l'on emporte avec soi dans son parcours personnel :

E. 03. : « *Ensuite on transporte ce cadre ou cette intimité partagée à l'intérieur de soi et que quand on se retrouve seul ou à l'extérieur face à des situations qui viennent interpeller, et sans doute provoquer quelque chose il y a quand même ce référent intérieur qui vient tempérer je dirais les effets narcissiques, d'attaques narcissiques qui peuvent venir du dehors.* »

Enfin, concernant l'amélioration de l'état de santé des patients, l'intérêt de la co-formation sera difficile à démontrer. Celle-ci peut intervenir par les patients formés, les patients des soignants formés, et par diffusion respective dans leurs milieux socioprofessionnels. La co-formation pose en effet la question de la diffusion de ce qui s'y passe. Organiser une co-formation est exigeant en termes de temps et d'investissement personnel, tout comme y participer. Afin que ce qui s'y déroule puisse être accessible à un plus grand nombre, il faudra trouver une solution. Multiplier les co-formations risque d'être dangereux pour les personnes en situation d'exclusion. Il faudra donc utiliser des supports. On peut noter que pour la co-formation « santé et gens du voyage », un film a été réalisé (13).

B- La co-formation comme outil de recherche

Aborder la co-formation comme outil de recherche, c'est affirmer que le croisement des savoirs produit des connaissances. Ceci est l'un des postulats de base des co-formations. Leur principe est en effet qu'il est nécessaire de croiser les savoirs issus : de la science, de l'expérience professionnelle et de l'expérience du vécu des personnes en situation d'exclusion, afin d'obtenir des solutions opérantes à leurs problèmes.

La co-formation « santé et gens du voyage » a permis de faire émerger au moins une notion nouvelle, celle du référent. Seuls deux des soignants interrogés (sur quinze) avaient cette notion, de manière intuitive. Cette notion ne fait d'ailleurs l'objet d'aucune bibliographie.

Cette connaissance a été produite au cours de la co-formation, sans l'intervention des animateurs. On ne retrouve pas dans les entretiens la description du moment où cette notion est sortie, ce qui semblerait indiquer qu'elle n'est pas sortie spontanément comme une évidence.

Une première étape afin d'affirmer les co-formations comme un outil de recherche, sera de comparer les données issues d'une co-formation à la littérature. Les données issues de la co-formation proviendront de la retranscription des restitutions d'atelier. Si des connaissances nouvelles apparaissent, il faudra les vérifier par une autre méthodologie afin de tester leur validité.

C- La co-formation du point de vue des personnes en situation de précarité

La co-formation, bien que s'inscrivant dans le champ de la formation professionnelle, a l'atout majeur de permettre à des personnes en difficultés d'accéder à des connaissances et des débats dont elles sont en général exclues.

La rencontre est un thème qui est apparu fréquemment dans les entretiens. On peut émettre l'hypothèse que des personnes en situation d'exclusion peuvent prendre conscience que leurs connaissances et leur analyse ont un poids important dans leur prise en charge, ce qui est souvent nié.

Néanmoins, la rencontre n'est jamais sans danger, et, si des professionnels de santé ne souffriront pas d'une formation « ratée », des personnes en situation d'exclusion, dont la honte est souvent omniprésente dans leur rapport à la société, peuvent souffrir d'avoir été mis en difficulté, ceci pouvant encore aggraver leur relation avec eux.

Cette partie est étudiée dans le livre : *Le croisement des pouvoirs* (4) qui revient sur les dix ans de co-formations. De plus, les voyageurs de la co-formation ont été interrogés par la revue *Monde tsigane* (14). Ils ont le sentiment d'avoir été compris et d'avoir pu comprendre. Ils donnent à cette occasion un exemple de changement de comportement de leur groupe face à l'urgence.

Une première piste pourrait être de lancer des entretiens exploratoires avec ces personnes afin de repérer ce qui a changé. Ceci serait la base de travaux qui évalueraient les effets des co-formations sur ce public, et la possible diffusion dans leur milieu.

Thèse soutenue par : GALÈS Briec

TITRE : Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation « santé et gens du voyage ». A propos d'une étude qualitative.

CONCLUSION

Les co-formations sont un nouvel outil pédagogique dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Leur principe se base sur l'idée que pour résoudre des problèmes concernant l'exclusion, il faut croiser les savoirs issus de la science, de l'expérience de terrain, et de l'expérience de vie des exclus. La communauté des gens du voyage est victime d'une certaine exclusion du système de soins. Ceci est l'un des critères aboutissant à une espérance de vie estimée de vingt ans moindre que le reste de la population. La co-formation « santé et gens du voyage » a été organisée afin de faire évoluer la pratique des soignants et des voyageurs concernant les soins.

Nous avons mené une étude qualitative descriptive à partir de quinze entretiens semi-dirigés des soignants ayant participé à cette formation. Cette étude a recherché les changements de représentations des soignants envers les gens du voyage, notamment dans leur rapport à la santé. Les principales représentations ayant changé sont :

- La notion d'un référent dans un groupe de voyageurs.
- Le besoin d'un référent du côté soignant.
- L'organisation du groupe, et le rôle des femmes concernant les questions de santé.
- Une angoisse très présente chez les voyageurs concernant les maladies, chaque symptôme pouvant être vécu, pour eux, comme annonciateur de mort.
- La mauvaise compréhension des explications de la communauté médicale.
- Un sentiment de persécution dans la communauté des voyageurs
- Une vision très négative de l'institution hospitalière, vécue comme hostile envers eux.

Ces changements de représentation ont conduit à des changements de pratique, prenant en compte la culture des gens du voyage.

- Prendre un référent pour s'adresser à un groupe
- Prendre le temps d'expliquer
- Prendre le temps de rassurer

Ces notions ont répondu en partie aux besoins qu'exprimaient les soignants concernant la santé des gens du voyage. Mais on remarque que la co-formation a apporté un plus par rapport à une formation classique : une expérience, et des échanges humains riches. Ceci semble être une des pierres d'angle des co-formations.

Cette étude est le premier travail extérieur dans le champ de la santé sur une co-formation, abordé comme une introduction à d'autres travaux ultérieurs. Plusieurs pistes peuvent se dégager de ce travail :

- Etudier les co-formations dans le domaine de la santé, du point de vue des patients, à travers un travail qualitatif exploratoire dans un premier temps.
- Etudier les co-formations comme outil de recherche, en comparant tout d'abord les données issues des co-formations à celles issues de la littérature. Si des données nouvelles apparaissent, il faudra les confirmer par d'autres méthodes de recherche.
- Enfin, étudier les co-formations comme outil pédagogique dans la formation initiale ou continue des soignants, dans un cadre pluridisciplinaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

LE DOYEN

B. SELE

LE PRESIDENT DE THESE

C. PISON

BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal Officiel du 31 juillet 1998: 175.
2. Groupe de recherche Quart Monde Université. Le croisement des savoirs. Quand le Quart-Monde et l'Université pensent ensemble. Co-éditions de l'Atelier et Quart-Monde 1999: 525 p.
3. Groupe de recherche action-formation Quart Monde Partenaire. Le croisement de pratiques. Quand le Quart-Monde et les professionnels se forment ensemble. Editions Quart-monde 2002: 227 p.
4. Ferrand C. (sous la direction de) Le croisement des pouvoirs. Editions de l'atelier, 2008 : 223 p.
5. ATD Quart Monde. Ateliers du croisement des Savoirs et des pratiques "Charte du croisement des savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale" Site www.atd-quartmonde.asso.fr consulté le 01/09/2010
6. Groupe de travail : Santé des Gens du voyage. Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. La santé des gens du voyage. Comprendre et agir. 2009
7. De Goër B, Reinhardt C. La santé et « les gens du voyage » le défi d'une co-formation. *Revue prescrire* 2010 ; 30 (322) : 576-577
8. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: éditions Nathan 1992:127 p.
9. Anadón M., D. Ph. La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives* vol 26(1), 2006, pp. 5-31
10. Aubin I., and coll. Introduction à la recherche qualitative. *EXERCER* 2008 ; 84 :142-5.
11. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311:251-253.
12. David A. Davis, and coll. Evidence for the effectiveness of CME : a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA*. 1992 Sep; 268 (9) : 1111-1117.
13. Santé et Gens du Voyage. Au croisement des savoirs et des pratiques. Moderniser sans exclure Rhône Alpes ; 2009, 30 minutes
14. ARTAG "Interview des voyageurs participants au projet santé de Chambéry" *Monde Tsigane* 2009 ; (30) : 5.

ANNEXES

Première lettre aux participants



Réseau de Santé VIH – Hépatites – Toxicomanies en
Savoie

Siège : Pavillon Sainte Hélène
5, Rue Pierre et Marie Curie
B.P. 1125
73011 CHAMBERY Cedex
☎ : 04 79 96 58 25
☎ : 04 79 96 58 27
E-mail : revih-sts@orange.fr
site : <http://www.revih-sts.fr>

Chambéry, le 29 janvier 2010

Aux participants à la co-formation
santé- Gens du Voyage

Madame, monsieur

Vous avez participé entre janvier et mars 2009 à une co-formation organisée par REVIH-STS et l'ARTAG sur la santé et les gens du voyage.

Briec Gales, qui a terminé ses études en médecine générale, effectue son travail de thèse sur cette co-formation afin de déterminer en quoi elle a changé les représentations et les pratiques des participants et comment elle a pu y arriver ou non. Il s'agit d'une première approche sur ce thème, qui pourrait permettre d'ouvrir à d'autres travaux afin que l'université puisse éventuellement valider ce mode de formation dans le domaine de la santé.

La méthodologie retenue est une enquête (méthode qualitative de recueil des données), réalisée auprès de la majorité des participants aux trois premières journées. Une première série d'interviews libres permettra d'explorer l'ensemble des éventuels changements survenus chez les participants. Ces premiers entretiens permettront d'élaborer une grille dirigeant les suivants.

Chaque entretien sera enregistré et retranscrit, mais bien sûr non diffusé. Ils seront la base essentielle de ce travail de thèse. Bien évidemment, aucun jugement de valeur ne sera porté ni sur ce qui est dit lors de l'entretien, ni sur ce qui c'est dit lors de la co-formation. Il est important que la parole soit le plus libre possible.

Briec Gales va vous solliciter dans les semaines ou mois qui viennent, pour effectuer cet entretien, qui se déroulerait de manière préférentielle sur votre lieu de travail. Je souhaite que vous puissiez lui faire le meilleur accueil possible

En vous remerciant, et en restant bien sûr à votre disposition pour toute information complémentaire

Dr Bruno de Goër

Grille d'entretiens de la première phase de l'étude

Consignes :

Ce travail est un travail de thèse de médecine, destiné à percevoir en quoi la co-formation « santé et gens du voyage » a changé les représentations et les pratiques des soignant qui y ont participé.

Vous participez à la première phase de l'étude, composée d'entretiens libres destinés à faire émerger les principales idées concernant le travail de thèse.

Chaque entretien sera enregistré, puis retranscrit. Ces données ne seront pas accessibles à d'autres personnes que celles impliquées dans le travail de thèse. A l'exception du Dr de Goer, qui, ayant participé à l'organisation de la formation n'aura qu'un accès indirect aux données.

Votre parole doit être aussi libre que possible, elle ne sera publiée éventuellement dans la thèse que sous forme de citation anonyme.

Entretiens exploratoires :

Questions :

Quelle a été votre motivation à participer à la co-formation ?

Aviez-vous déjà rencontré des difficultés avec des personnes de cette communauté lors de votre exercice professionnel ? (si non abordé dans la première question)

En quoi cette co-formation a-t'elle changé vos représentations et vos pratiques concernant la communauté des gens du voyage ?

Lettre adressée aux participants pour la seconde phase de l'étude

Chambéry, le 19 mai 2010

Madame, monsieur,

Vous avez participé à la co-formation « santé et gens du voyage » en début d'année 2009. Comme vous le savez maintenant, j'effectue mon travail de thèse sur cette formation sous la direction du Dr de Goer. Vous avez d'ailleurs reçu une lettre vous informant de ce travail en début d'année.

La première phase de l'étude est terminée, ayant consisté en l'analyse d'entretiens préliminaires servant de base pour l'ensemble des entretiens qui vont maintenant avoir lieu. C'est pour ceux-ci que je vous sollicite.

Ils seront centrés sur les représentations des gens du voyage qui ont changé pour vous autour de trois thèmes :

- Le rapport à la santé des gens du voyage
- La vie de groupe des gens du voyage
- Le rapport à la société des gens du voyage.

Nous essaierons de voir quels moments de la co-formation ont permis ces changements. Pour vous aider à vous remémorer la co-formation, vous trouverez en annexe à cette lettre un récapitulatif du déroulement.

Les entretiens seront enregistrés et retranscrits intégralement, le contenu sera mis en annexe dans le travail de thèse, à moins que vous ne le refusiez expressément. Nous estimons que le temps à prévoir sera d'une heure, ayant lieu de préférence sur votre lieu de travail. Les entretiens seront poursuivis jusqu'à « saturation des données », ce qui signifie qu'il n'y aurait pas d'idée nouvelle apparaissant. Peut être ne serez vous donc pas tous amenés à participer à ce travail.

Je vous contacterai personnellement pour savoir si vous acceptez de participer à cette seconde phase.

En attendant de pouvoir vous rencontrer, je vous prie de croire, madame, monsieur, en l'expression de mes sentiments amicaux.

Galès Briec

Déroulement des trois premières journées de co-formation

Lundi 26 janvier 2009

Lieu : IFSI

- Matin : Accueil, présentations des acteurs et des éléments de base de la co-formation.
Travail en groupe sur les représentations par photo-langage.
- Midi : repas au self
- Après midi : Mise en commun des résultats de la matinée.
Ecriture en groupe des récits d'expérience.
Conclusion de la première journée

Mardi 27 janvier 2009

Lieu : IFSI

- Matin : Travail en groupe sur les logiques (personnelles, professionnelles, institutionnelles)
Mise en commun du travail en plénière.
- Midi : repas au self
- Après midi : analyse en groupe d'un récit sous l'angle de la nature des relations,
Mise en commun en plénière.
Evaluation des deux journées et orientation pour la troisième journée.

Lundi 9 mars 2009

Lieu : Jacob Bellecombette

- Matin : Retour sur les deux premières journées
Travail en groupe sur les thèmes décidés collectivement le 27 janvier.
- Midi : Repas en buffet
- Après midi : Restitution des ateliers du matin
Conclusions avec les institutions ayant permis la co-formation.
A noter la présence d'acteurs d'improvisation lors de cet après midi.

Grille d'entretiens pour la seconde phase de l'étude

Préambule, consignes :

Travail de thèse sur la co-formation « santé et gens du voyage ». Cette thèse recherche les représentations, ayant changé chez les soignants y ayant participé. Un deuxième but est d'explorer et les pratiques modifiées. Je vous poserai aussi des questions sur les moments de la co-formation qui ont permis ces changements.

Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse. Ils apparaîtront en annexe dans le travail de thèse.

Grille d'entretiens 2

Question d'introduction :

« Qu'est ce qui vous a motivé à participer à formation ? »

Question sur les représentations :

« Quelles sont vos représentations qui ont changé dans le champ :

- du rapport à la santé de gens du voyage
- de la vie de groupe des gdv,
- de leur place dans la société. »

Faire citer à l'aide du déroulement des trois jours à quel moment de la formation cela est-il intervenu.

Questions sur les pratiques (lien avec les représentations)

« Est-ce que vous avez des pratiques qui ont changé ? Pouvez-vous citer l'exemple d'une situation précise ? » (*Faire détailler pour rechercher en quoi représentation a modifié cela.*)

Question en conclusion :

En quoi le fait de faire participer des usagers de soins est un avantage ou un frein pour vous à cette formation ?

VERBATIM