



ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

La santé des gens du voyage en Ille-et-Vilaine
2023

Groupement d'Intérêt Public
Accueil des Gens du Voyage 35



Cofinancé par
l'Union européenne





SOMMAIRE

■ Liste des sigles utilisés	page 3
■ Partie 1 : présentation du projet	
→ 1.1 Le GIP AGV 35	page 4
→ 1.2 Les gens du voyage	page 4
→ 1.3 La santé des gens du voyage : revue de littérature	page 5
→ 1.4 La médiation en santé	page 7
→ 1.5 Objectifs généraux du diagnostic	page 9
→ 1.6 Méthodologie générale	page 10
■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats	
→ 2.1 Méthodologie	page 11
→ 2.2 Objectifs	page 12
→ 2.3 Profil des répondants	page 12
→ 2.4 Résultats et analyse des questionnaires	page 14
■ Partie 3 : conditions de vie et environnement, recueil de données et témoignages	
→ 3.1 Méthodologie	page 29
→ 3.2 Objectifs	page 29
→ 3.3 Profil des répondants et lieux d'enquête	page 30
→ 3.4 Perception de l'environnement par les voyageurs	page 31
→ 3.5 Conditions de vie sur les aires	page 32
→ 3.6 Environnement proche	page 33
■ Partie 4 : pistes d'actions, la médiation santé à AGV 35	page 36
■ Bibliographie	page 37



LISTE DES SIGLES UTILISES

- **AAH** : Allocation aux adultes handicapés
- **ALD** : Affection longue durée
- **AGV** : Accueil des gens du voyage
- **Asav** : Association pour l'accueil des gens du voyage
- **ANLCI** : Agence de lutte contre l'illettrisme
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **CAF** : Caisse d'allocations familiales
- **CNAM** : Caisse nationale d'Assurance Maladie
- **CNED** : Centre national d'enseignement à distance
- **CSS** ou **C2S** : Complémentaire santé solidaire
- **DRESS** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **FNASAT** : Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les gens du voyage
- **GIP** : Groupe d'intérêt public
- **IMC** : Indice de masse corporelle
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **ISS** : Inégalités sociales de santé
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **RSA** : Revenu de solidarité active
- **SpF** : Santé publique France



■ Partie 1 : présentation du projet

1.1 LE GIP AGV 35

AGV 35 est un Groupement d'intérêt Public (GIP) dont les activités de proximité contribuent à **réduire les phénomènes d'exclusion qui affectent la cohésion sociale entre gens du voyage et sédentaires**. Il agit pour l'accueil, l'accès aux droits et pour renforcer le sentiment d'appartenance des gens du voyage à la collectivité (leur place d'habitant). AGV 35 est l'outil de mise en œuvre de la politique d'accueil des gens du voyage en Ile-et-Vilaine incarnée par le schéma départemental dédié.

Les principaux acteurs de la politique d'accueil des gens du voyage sur le département ont fait le choix de s'impliquer directement en créant une structure spécifique sous la forme d'un GIP. Le conseil d'administration est donc composé de 3 conseillers départementaux, 2 représentants de la CAF d'Ile et Vilaine, 2 élus de Rennes Métropole, 1 représentant de l'Etat et, depuis 2021, de l'ensemble des EPCI signataires d'une convention avec le GIP (18/18 en 2023). Une **équipe pluridisciplinaire** composée de 14 professionnels est chargée de mettre en œuvre le projet : un directeur (coordinateur du pôle schéma), un secrétaire d'accueil, une assistante administrative et financière, deux assistantes sociales, une conseillère en économie sociale et familiale, une médiatrice santé, cinq chargé(e)s de mission (entreprise et travail indépendant, médiation, animation sociale, observatoire départemental, une conseillère Numérique), un coordinateur du pôle Accompagnement Individuel et une coordinatrice du pôle Action Territoriale.

1.2 Les gens du voyage

Indépendamment de l'aspect communautaire et du statut administratif « gens du voyage » qui n'existe plus depuis l'abrogation de la loi de 1969, AGV 35 est un service qui répond aux besoins de personnes ayant un mode de vie et/ou des particularités cumulées qui rendent « nécessaire » un accompagnement spécifique lié à :

- La caravane en mode d'habitat (résidence mobile permanente) ;
- Une élection de domicile.

Éléments de définition

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

En France, les voyageurs sont entre **250 000 et 500 000**.



■ Partie 1 : présentation du projet

Nous accompagnons des familles qui sont en grande majorité dans la **précarité** (80 % bénéficiaires du RSA) et peu autonomes (illettrisme).

Ces familles sont particulièrement exposées aux pathologies **cardiovasculaires** et aux **cancers**. De plus, le **rejet**, **l'exclusion** et la **promiscuité** subis entraînent de nombreux **troubles psychiques** (stress et états dépressifs par exemple).

Les voyageurs effectuent également souvent des **activités professionnelles** à risques. Au regard de ces constats, une étude de Médecins du Monde souligne que l'espérance de vie des voyageurs est **inférieure de 15 ans aux sédentaires**.

Dans un contexte ressenti comme discriminatoire par les familles, elles rencontrent des difficultés à s'ouvrir sur le monde sédentaire et à s'impliquer en tant que citoyen. L'ouverture vers les services de droit commun est parfois difficile, y compris dans le domaine de la santé.



1.3 La santé des gens du voyage : revue de littérature

La santé des voyageurs a été **assez peu traitée dans la littérature**, et encore moins en tant qu'objet de recherche à part entière. **Quelques études ont été réalisées depuis la fin des années 1990**, souvent pensées pour orienter l'action publique, avec une approche ciblée sur les risques auxquels sont exposés les voyageurs :

- En 2000, le **numéro spécial « Tsiganes et santé : de nouveaux risques »** paraît dans la revue *Etudes Tsiganes*, et aborde plusieurs thématiques relatives à la santé des voyageurs ;
- En 2000, **Médecins du Monde** souligne que l'espérance de vie des voyageurs est de **15 ans inférieure à la moyenne nationale**. Bien que très repris, le résultat de cette étude est peu étayé ;



■ Partie 1 : présentation du projet

- En 2009, le **Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé** publie un guide permettant de comprendre et d'agir en faveur de la santé des gens du voyage, dans une approche de promotion de la santé ;
- En 2010, **Santé publique France** (SpF) communique sur la problématique du **saturnisme** infantile chez les gens du voyage (état des lieux et pistes d'action) ;
- En 2010, la **Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines** publie un l'acte du colloque « Santé et gens du voyage », avec une approche orientée sur les **risques**, et une réflexion sur les **actions** à mener localement ;
- En 2013, **l'Asav** publie un rapport qui s'appuie sur les résultats d'une recherche-action sur la médiation sanitaire, menée sur plusieurs territoires en France. Il met en évidence que les problématiques de santé des voyageurs sont avant tout liées à la **grande précarité** et aux **difficultés d'accès aux soins** (problématiques de littératie pour réaliser des démarches administratives notamment), et à la **surexposition au plomb** ;
- En 2017, Lise Foisneau écrit un article dans lequel elle souligne les **effets délétères des aires d'accueil sur la santé des voyageurs** (souvent situées dans des sites pollués et dégradés), alors même que l'existence des aires a pour vocation d'améliorer les conditions sanitaires précaires des voyageurs ;
- En 2019, une étude de la FNASAT - Gens du voyage donne également des éléments de réflexions quant **aux difficultés d'accès à la santé des voyageurs en Nouvelle-Aquitaine**.

Toutefois, ces études sont unanimes : elles décrivent toutes un **état de santé dégradé** (FNASAT, 2019). En quelques mots, des conditions de vie défavorables en termes d'habitat et d'environnement ainsi qu'un accès à la prévention et aux soins difficiles sont constatés (*Ibid.*).





■ Partie 1 : présentation du projet (suite)

1.4 La médiation en santé

1.4.1 En général

« 'Instrument de modernisation des politiques publiques de santé', la médiation en santé est un **nouveau métier**, apparu en France dans les **années 2000**. L'objectif de ce métier est **de lutter contre les inégalités sociales de santé** (ISS) et de 'mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé' en respectant 'deux principes déontologiques et professionnels fondateurs de la médiation : **l'aller-vers et le 'faire avec'** selon une logique *d'empowerment*' » (Haschar-Noé et Bérault, 2019 dans Mahé, 2022).

En résumé...

La **médiation en santé** a donc pour objectif de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins. Elle désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- D'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- D'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

(HAS, 2017)

« En ce sens, les médiateurs sont une 'interface de proximité', leur rôle est donc double. Cette profession a pour but non seulement **d'accompagner les usagers, de leur redonner autonomie et pouvoir social** par l'accès à la prévention par exemple, mais aussi de **sensibiliser les différents acteurs 'aux spécificités de ces populations** et aux **obstacles** qu'elles rencontrent dans leurs trajectoires de santé'. Notons également que les médiateurs occupent souvent un rôle ambigu et rempli d'incertitudes, puisqu'ils sont au **carrefour de nombreuses réalités** : celles des professionnels (libéraux et hospitaliers), des usagers et des institutions. Pour autant, leur intervention permet '**la maîtrise des zones d'incertitude traversant les parcours de soin et de santé des personnes**'. Ces zones renvoient à la complexité du parcours de soin » (Gerbier-Aublanc, 2020 dans Mahé, 2022).

Concrètement, leur rôle est de faire du **lien entre les usagers et les acteurs du système de santé et de donner les clés aux usagers pour devenir acteurs de leur santé**. Cette nécessité de mise en lien est confirmée par la littérature : '**la médiation en santé vise à (r)établir du lien et à œuvrer au changement des représentations entre les acteurs du système de santé et les populations éprouvant des difficultés à y accéder**' » (*Ibid.*).



■ Partie 1 : présentation du projet

En Bretagne, selon le mémoire de Benoît Mahé (2022), **six postes de médiation en santé** sont financés par l'ARS Bretagne : deux à vocation départementale et spécifiquement à destination des gens du voyage (pour l'itinérance dans les Côtes-d'Armor et AGV 35 en Ille-et-Vilaine) et quatre autres déployés à l'échelle d'une commune ou d'une agglomération (par la Croix-Rouge à Brest et dans les villes de Saint-Malo, Dol-de-Bretagne et Vannes). Par ailleurs, la médiation est également présente dans d'autres structures, qui ne font pas que de l'aller-vers (cf. Article 51 Structures d'exercice coordonnée participatives).

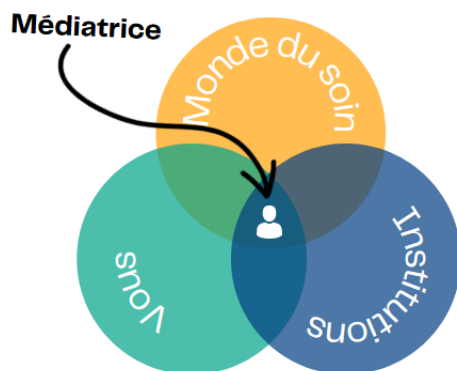


Schéma de vulgarisation à destination des patients

La médiation en santé s'appuie sur des **principes éthiques**, à savoir la confidentialité, le secret du respect professionnel, le non-jugement et le respect de la volonté de la personne. Ce dispositif est inscrit dans la **loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016**. Un guide des bonnes pratiques, publié par la Haute autorité de santé (2017), précise le cadre d'intervention des médiateurs en santé. La médiation est également fondée sur **l'éducation pour la santé** : cette démarche « a pour objectif de donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à leur santé, en lui apportant les savoirs, savoir-être et savoir-faire nécessaires, et s'insère ainsi dans l'axe d'acquisition d'aptitudes individuelles. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté, et encourage la participation communautaire, ce qui relève de l'axe de renforcement de l'action communautaire. L'appropriation des problèmes par la communauté est un facteur clé de la pérennisation des activités promotrices de santé » (Gueguen et *al.*, 2010).





1.4.2 La médiation santé à AGV 35

L'accompagnement en santé des gens du voyage par AGV 35 existe depuis la création du GIP (et auparavant avec l'association Ulysse 35). Cet accompagnement était déjà fondé sur les bases de la médiation en santé mais le poste a officiellement évolué de « chargé de mission santé » vers « **chargé de mission médiation santé** » lorsqu'à **AGV 35 a conventionné avec l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne (2021)**.

Ainsi, depuis fin 2021, **le poste est financé pour moitié par l'ARS**, ce qui a permis d'élargir notre champ d'action qui se limitait principalement à Rennes Métropole et à des accompagnements individuels.

La médiation santé à AGV 35 se compose donc de 4 **dimensions** :

- ✓ Diagnostic santé (difficultés, freins, leviers et état des lieux) ;
- ✓ Accompagnements individuels (démarche de médiation avec le droit commun) ;
- ✓ Actions collectives (développement des compétences en santé des voyageurs) ;
- ✓ Sensibilisation des acteurs de santé (institutions, professionnels de santé, etc.).

1.5 Objectifs généraux du diagnostic

L'objectif visé par le diagnostic a été dans un premier temps d'obtenir des données de santé concernant le public d'AGV 35 que sont les gens du voyage, afin de pouvoir **construire une réponse plus ciblée et pertinente aux besoins des voyageurs**.

Le second objectif qui est apparu au cours du processus est de tenter de répondre à la question suivante :

En quoi les conditions et l'environnement de vie peuvent-ils présenter un impact favorable ou défavorable sur la santé et le processus de soins des voyageurs ?



1.6 Méthodologie générale

L'association Itinérance 22 ayant fait ce diagnostic en premier lieu, AGV 35 s'est **associé** au projet afin de comparer ou d'ajouter nos données et par conséquent, d'obtenir une vue d'ensemble des deux départements limitrophes.

Après discussion avec l'IREPS, il est apparu que nous n'obtiendrions pas de résultats significatifs en réalisant le même questionnaire sur un territoire géographique proche mais qu'il pourrait être complémentaire d'ajouter une **composante environnementale** (plutôt que de rester uniquement sur les comportements individuels). Ainsi, un volet supplémentaire (cf. partie 3) a été développé, relatif à l'environnement et les conditions de vie sur les aires d'accueil afin de répondre à la question posée précédemment.





■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

2.1 Méthodologie

Nous avons interrogé les **personnes vivant en habitat mobile, nommées « gens du voyage »**.

Pour ce faire, nous avons en premier lieu interviewé celles qui faisaient appel aux services de médiation santé d'AGV 35 : les personnes avec des pathologies chroniques qui étaient déjà accompagnées depuis plusieurs années ainsi que les jeunes mères (dans le cadre des visites post natales en lien avec la PMI et les maternités).

Ensuite, nous avons proposé aux auto-entrepreneurs, qui étaient accompagnés dans leurs démarches administratives à AGV 35, de répondre au questionnaire lors de leur rendez-vous à AGV 35.

Enfin, nous avons rempli les questionnaires auprès des personnes rencontrées sur les différentes aires d'accueil que nous avons visitées pour le second volet de l'étude, concernant les conditions de vie et l'environnement.

Au total, 55 questionnaires anonymisés ont été réalisés par les deux médiatrices en santé de AGV 35.

La période d'enquête a été suivie par un temps d'**analyse** des données et d'écriture afin d'aboutir à ce travail.

Notre étude comporte plusieurs **biais** :

- Notons tout d'abord que le questionnaire est basé sur des données déclaratives, ce qui engendre nécessairement certains biais notamment sur les revenus et la consommation d'alcool. Ces données ne seront donc pas exploitées.
- De plus, il est probable que les questionnaires permettaient aux voyageurs d'amplifier certaines difficultés ou au contraire, de cacher de réelles difficultés.
- Ensuite, notre échantillon, bien que varié, est faible et ne permet pas d'aboutir à des généralités.
- De nombreuses personnes n'ayant jamais été en lien avec la médiatrice santé ont été interrogées : cette situation peut à la fois être une force (notre échantillon n'est pas seulement fondé sur les personnes ayant des besoins en santé) ou une faiblesse (les voyageurs non connus par nos services n'étaient peut-être pas totalement en confiance pour répondre à des questions personnelles voire intimes).
- Enfin, concernant les limites, il est également important de noter que les deux médiatrices en santé, qui avaient construit la méthodologie, interrogé les voyageurs et analysé les données ont quitté la structure avant la finalisation de ce travail, effectuée par la nouvelle médiatrice.

2.2 Objectifs

Plusieurs **objectifs** ont motivé la réalisation de cette étude :

- **Objectiver** les problématiques de santé qui seraient prépondérantes dans la population des voyageurs ;
- **Adapter** nos objectifs opérationnels à la réalité de terrain ;
- **Communiquer** auprès des instances, des partenaires et professionnels de santé pour sensibiliser les intervenants aux éventuelles spécificités de la santé des gens du voyage ;
- **Dresser** un état des lieux de la santé et des conditions de vie des voyageurs présents en Ille-et-Vilaine ;
- **Elaborer** une base de données retraçant l'état et les besoins de santé et les conditions de vie des voyageurs accompagnés par la médiatrice santé, dans une optique de médiation.

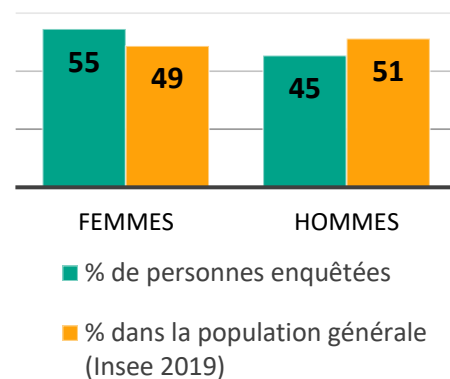
Pour y répondre, notre **questionnaire aborde 5 thématiques** :

- La **typologie** du répondant, l'accès aux droits sociaux, la fourchette des revenus de la famille, l'autonomie dans les démarches liées aux soins ;
- L'accès **aux droits** spécifiques liés à une problématique de santé, les pathologies et l'accès aux soins ;
- La **prévention** avec focus sur la nutrition, l'IMC, et l'hygiène de vie ;
- Un questionnaire complémentaire lié aux problématiques du **vieillessement** ;
- Un **focus sur le suivi des enfants** (qui n'a pas pu être analysé finalement).

2.3 Profil des répondants

2.3.1 Genre

Représentativité du genre dans l'enquête



L'enquête est **assez représentative sur le genre** même si les femmes sont légèrement surreprésentées ce qui peut s'expliquer par le fait que ce sont généralement les femmes qui se saisissent de la question de la santé pour elle-même et les enfants. Nous constatons tout au long de l'année que **75 % de nos accompagnements concernent des femmes**.

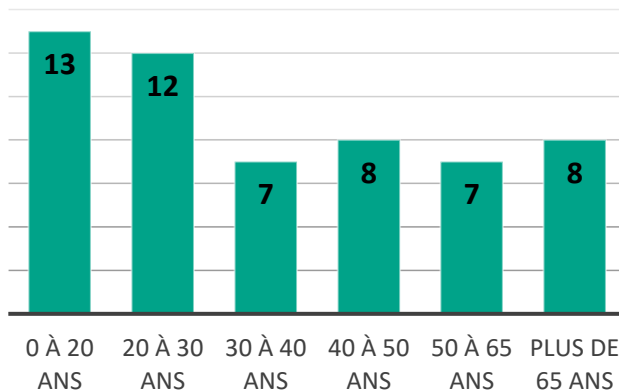
■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

2.3.2 Tranches d'âge

Toutes les tranches d'âges sont représentées. Notons cependant que nous n'avons pas pu interroger les adolescents et pré-adolescents avec seulement 2 enfants de 12 et 13 ans dans l'enquête et aucun dans la tranche 14-18 ans. Il n'est pas possible d'estimer la représentativité de l'échantillon des personnes enquêtées

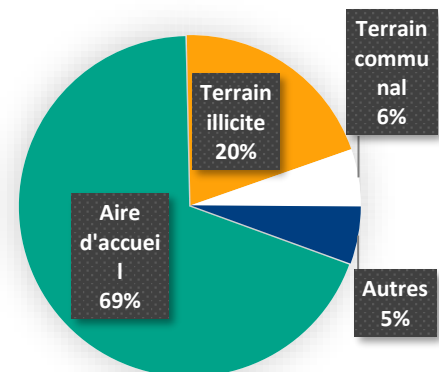


Nombre d'enquêtés par tranche d'âge



2.3.3 Lieux de vie des enquêtés

Part des enquêtés selon le mode d'habitat



Sur le volet des questionnaires individuels, **69 %** des personnes stationnent sur des **aires d'accueil**, **20 %** sur des **terrains illicites** et **6 %** sur des **terrains communaux**.

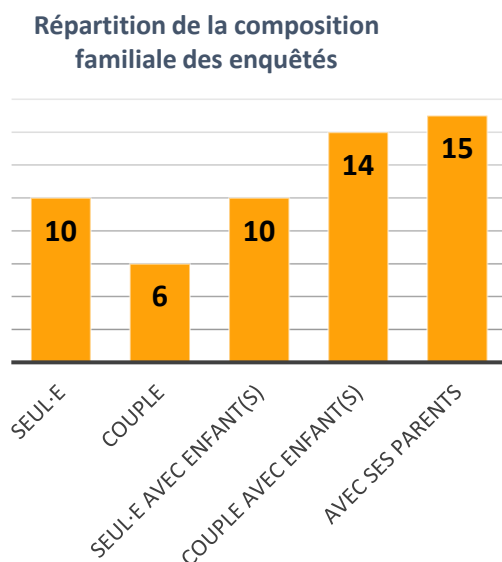


2.4 Résultats et analyse des questionnaires

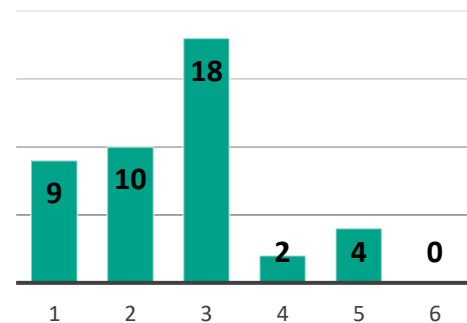
2.4.1 Caractéristiques socio-économiques

A – Composition des familles

Sur du déclaratif, les familles monoparentales représentent 33 % des ménages. Seulement, le biais possible ici est que, souvent, les femmes se déclarent seules avec enfant auprès de la CAF pour accéder à des prestations familiales majorées. Ainsi, elles peuvent avoir déclaré la même chose lors des enquêtes car il y a souvent la peur du contrôle.



Répartition des enquêtés selon le nombre de personnes par foyer



La majorité des foyers comporte **3 personnes**. Selon l'INSEE, en 2019, la taille moyenne des ménages en France est de 2,19 personnes par résidence principale (moyenne des voyageurs breilliens légèrement supérieure).

A noter : lorsque nous avons interrogé des enfants, c'est que nous avons aussi interrogé un de leur parent, par conséquent, nous n'avons pas comptabilisé les moins de 18 ans dans cette partie de l'enquête afin de ne pas prendre en compte plusieurs fois le même foyer. Pour cette raison, il n'y a ici que 43 foyers représentés (et non 55).

■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

B – Revenus

Cet aspect de l'enquête ayant été basé en partie sur des déclarations de voyageurs suivis dans le cadre de leur entreprise, ces données ne nous ont pas paru fiables et représentatives. Nous avons donc décidé de ne pas les analyser dans ce diagnostic. Nous pouvons nous référer aux données récoltées par Itinérance 22 et qui, d'après notre expérience terrain, sont plus fidèles à la réalité.

« Près des **deux tiers** des personnes enquêtées ont des ressources provenant pour tout ou partie de **dispositifs institutionnels de solidarité**, un sixième bénéficie de la solidarité familiale (sans activité), et **un dixième** déclare une ou plusieurs **activités professionnelles**.

Les personnes disposant de **ressources économiques liées à une activité professionnelle** sont majoritairement des **hommes**. Les personnes **sans activité** (RSA, sans activité, allocation adulte handicapé) sont essentiellement des **femmes**.

Les revenus disponibles des ménages par habitant en France en 2017 sont en moyenne de 1840 € par mois (Eurostat, 2019). Les personnes interrogées disposent pour la plupart de revenus **bien en-dessous de la moyenne nationale** » (Itinérance, 2023).

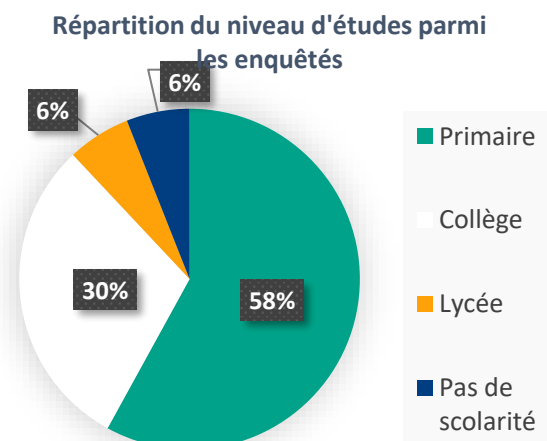


C – Niveau d'études

Parmi les personnes enquêtées :

- Moins de 2/3 (**58 %**) des personnes déclarent avoir un niveau scolaire de **primaire** ;
- 1/3 (**30 %**) sont allés jusqu'au **collège** ;
- Seulement 3 (**6 %**) personnes ont poursuivi jusqu'au **lycée**.

Ces chiffres sont **considérablement inférieurs aux moyennes nationales**. Par exemple, concernant le lycée et l'obtention du baccalauréat, environ 40 % des 55-64 ans possèdent ce diplôme. Ce chiffre est de 70 % pour les 25-34 ans (INSEE, 2021).



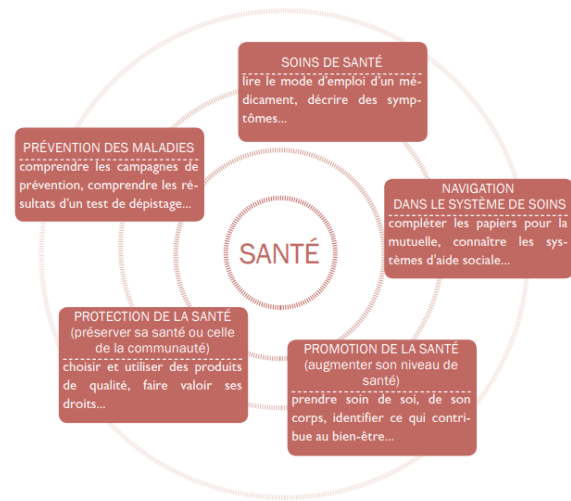
■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

D – Littératie en santé

Selon l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI, 2018), « **7 % de la population adulte âgée de 18 à 65 ans ayant été scolarisée en France est en situation d'illettrisme**, soit 2 500 000 personnes en métropole ». « Le terme « illettré » est ainsi utilisé aujourd'hui pour désigner une personne qui est allée à l'école mais n'a jamais acquis une maîtrise suffisante de la lecture et de l'écriture pour développer des activités liées à la langue écrite. (Il se différencie du terme « analphabète » qui désigne une absence complète d'apprentissage) » (Cultures&Santé, 2012).

Dans notre étude, **65 % des interrogés déclarent savoir lire, contre 15 % qui ne lisent pas du tout**. Encore une fois, les chiffres constatés sont bien supérieurs aux données nationales.

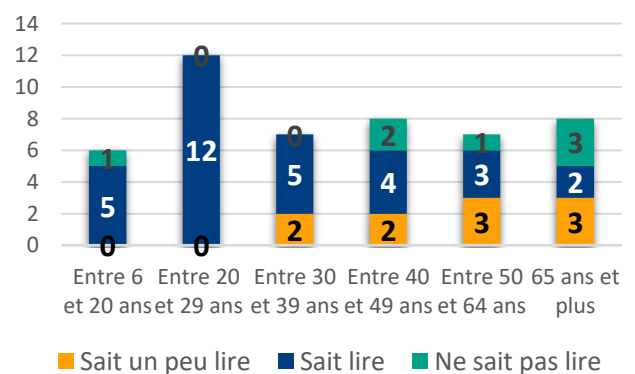
En ce sens, l'association belge Cultures&Santé (2012) insiste d'ailleurs sur le **lien entre illettrisme et espérance de vie** : « on sait que le citoyen le moins instruit meurt en moyenne 7,5 ans plus tôt que le plus instruit ». En effet, le concept de littératie en santé met en exergue les **relations entre les compétences de lectures et d'écriture avec la maîtrise de santé**. La littératie renvoie ainsi à « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux et tout au long de sa vie » (Conférence nationale de santé, 2017). Le schéma ci-contre illustre bien cette indépendance : il est par exemple nécessaire de savoir lire pour comprendre une ordonnance ou une campagne de prévention ou encore compléter des papiers administratifs.



A noter...

De plus, dans notre pratique, nous constatons que certaines personnes savent **déchiffrer** des écrits mais sans pour autant en comprendre le sens. Nous observons également un important **manque d'assurance**, de confiance en ses capacités à lire, écrire et communiquer même oralement avec les institutions et les professionnels de santé. La plupart des personnes qui nous contactent disent ne pas savoir lire ni écrire (même si finalement nous découvrons qu'il y a une capacité à lire et écrire, même minime) et expriment le fait qu'ils **doutent de pouvoir communiquer efficacement avec leur interlocuteur**, pensant ne pas pouvoir comprendre ce qui leur sera dit et ne pas arriver à se faire comprendre.

Alphabétisme par tranche d'âge

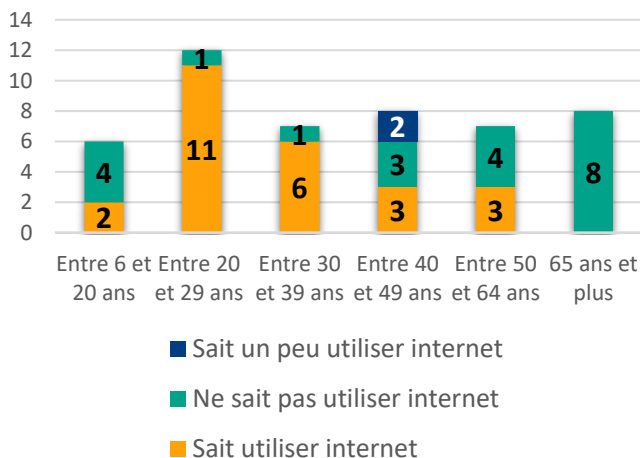


■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

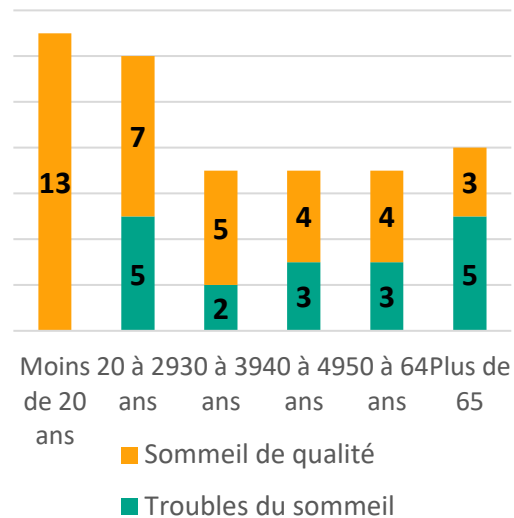
E – Capacité à utiliser internet

La capacité à utiliser internet dépend surtout de l'âge des interrogés. En effet, à partir de 50 ans, la majorité des voyageurs ne sait pas utiliser cet outil, alors que la totalité (ou presque) des 20 -39 ans en a la capacité. Ces résultats sont à mettre en lien avec l'usage de plus en plus important du numérique dans les démarches de santé, particulièrement depuis la crise sanitaire, notamment pour la prise de rendez-vous.

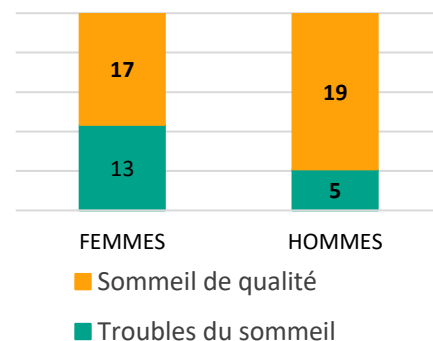
Capacité à utiliser internet selon les tranches d'âge



Qualité du sommeil selon les classes d'âge



Qualité du sommeil selon le genre



2.4.2 Qualité de vie

A- Sommeil

18 personnes déclarent avoir des **troubles du sommeil**, soit **32 %** des personnes interrogées.

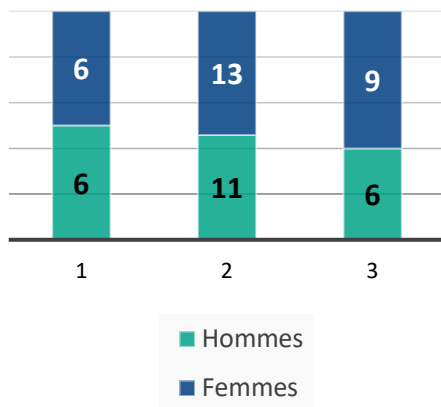
Les $\frac{3}{4}$ des personnes ayant des troubles du sommeil sont des femmes. **Les plus de 65 ans sont les plus impactés** par les troubles du sommeil avec 62 % d'entre eux qui en souffrent.

Ces données sont similaires aux chiffres nationaux puisque que « plus d'une personne sur trois (34 %) a déclaré la présence de troubles du sommeil à la fréquence d'au moins trois nuits par semaine. Les femmes étaient plus concernées que les hommes [...]. Ces troubles étaient plus fréquents avec l'âge » (Gourier-Fréry et Fuhrman, 2012).

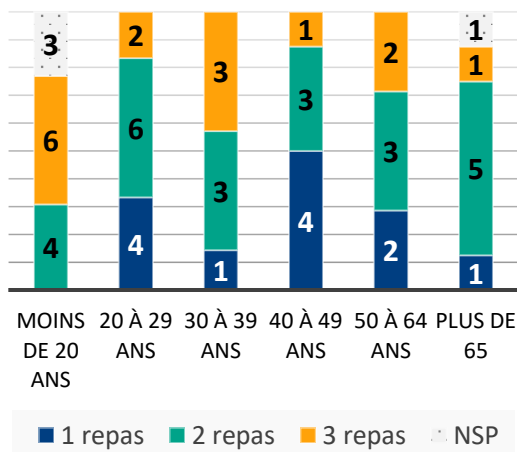
■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

B- Alimentation et comportements alimentaires

Nombre de repas quotidiens par genre



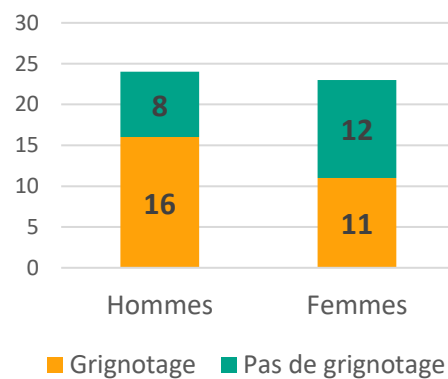
Nombre de repas quotidiens par tranche d'âge



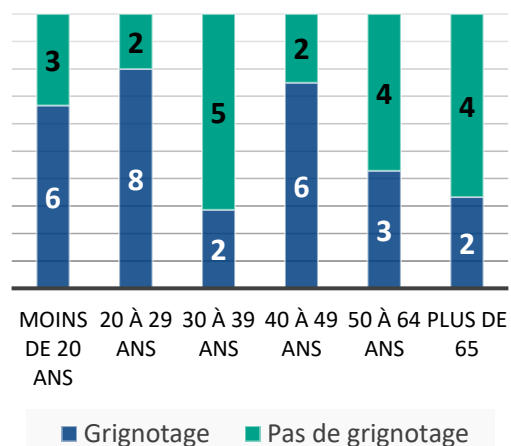
Un peu moins de la moitié des personnes (24) consomment 2 repas par jour ; 29 % mangent 3 repas quotidiens et 23 %, un seul repas. Il n'y a pas de différence notable entre les hommes et les femmes quant au nombre de repas pris par jour.

De plus, **66 % des hommes déclarent grignoter entre les repas** contre **48 % des femmes**. Ces chiffres sont **supérieurs aux moyennes nationales** puisque, selon l'INSEE (2012), « **30 %** des personnes interrogées déclarent grignoter à d'autres moments, hors goûter et apéritif, et **15 %** déclarent même le faire très souvent ». Chez les voyageurs d'Ille-et-Vilaine, le grignotage concerne avant tout les moins de 20 ans, les 20 – 29 ans et les 40 – 49 ans.

Grignotage par genre

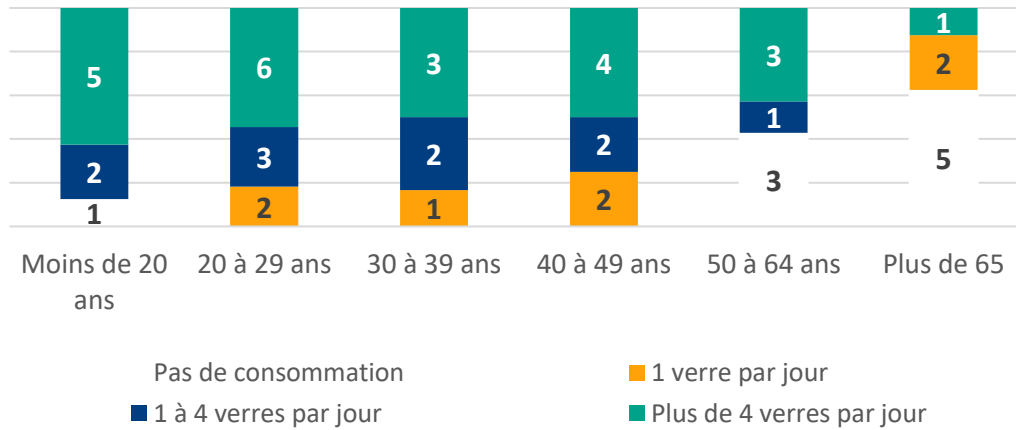


Grignotage par classe d'âge



■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

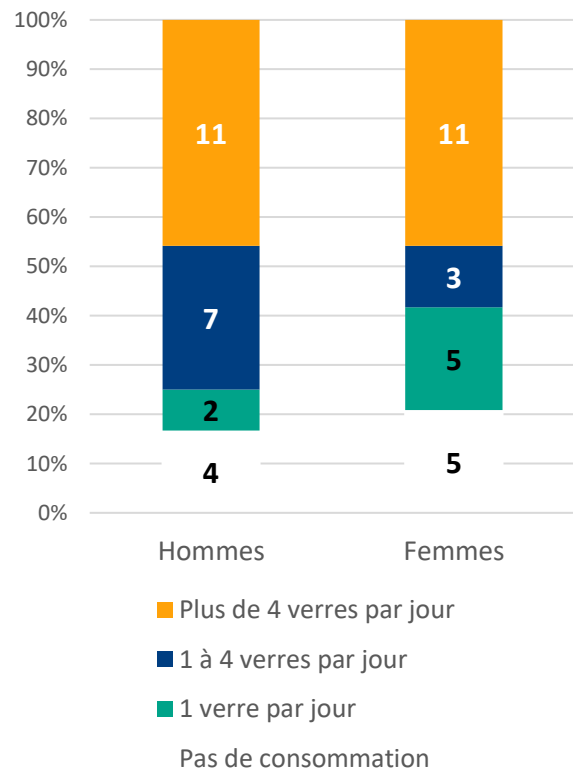
Consommation de boissons sucrées par classe d'âge



Enfin, concernant la consommation de boissons sucrées, 1/3 des personnes interrogées ne consomment pas de boissons sucrées ou un seul verre par jour. Les **2/3 boivent plus d'un verre par jour**, et **68 % d'entre eux consomment plus de 4 verres par jour**. Sachant qu'un verre contient environ 25 cl, les personnes consommant plus de 4 verres par jour boivent plus d'un litre par jour de boisson sucrée. Or, « **les observations cliniques et épidémiologiques mettent en évidence la possibilité d'un surrisque d'obésité et de diabète chez les consommateurs de boissons sucrées** » (Dalongville et Desprès, 2011).

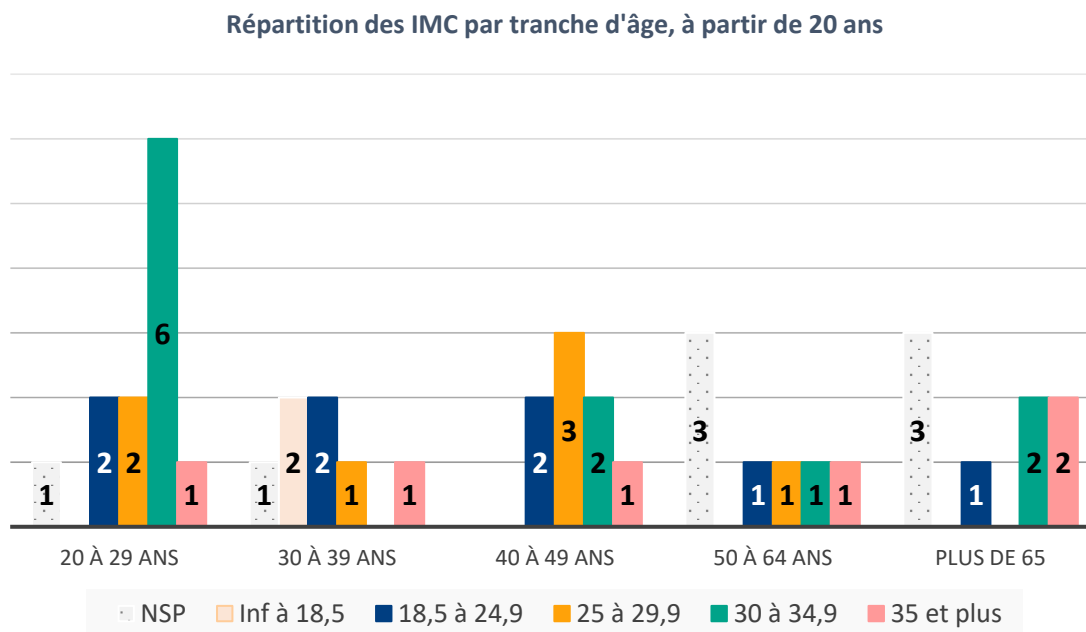
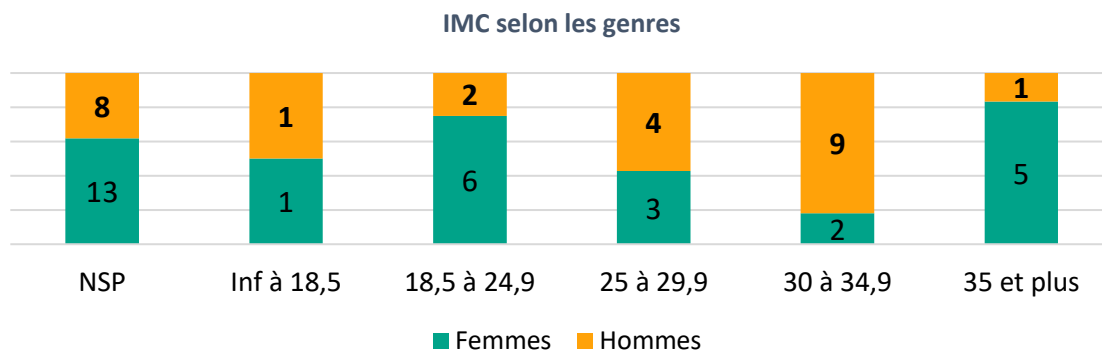
Les plus de 50 ans sont ceux qui consomment le moins de boissons sucrées, à l'inverse des autres classes d'âge. Il n'y a **pas de différence notable entre les hommes et les femmes**. Les boissons consommées sont des sodas, des jus de fruits, et des sirops.

Consommation de boissons sucrées par genre



■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

C- IMC et activité physique



Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m². Conformément à cet outil, il y a surpoids quand l'IMC est égal ou supérieur à 25 ; et obésité quand le chiffre est égal ou supérieur à 30.

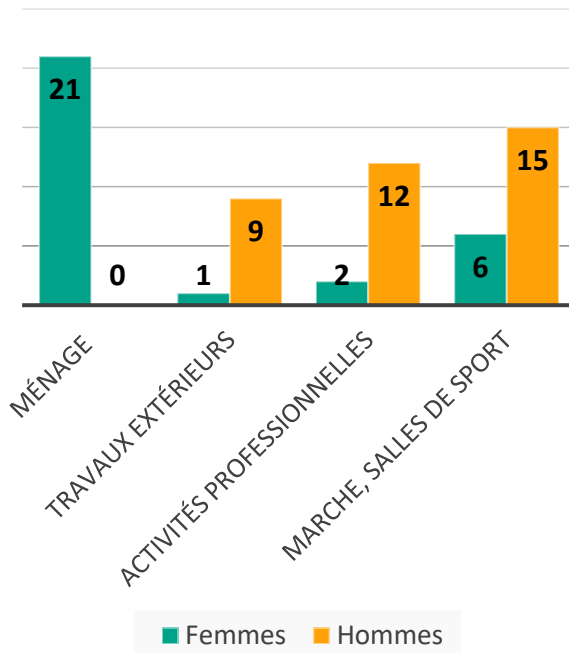


■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

D'après notre étude, **44 % des personnes ont un IMC supérieur à 25**, ils sont donc en situation de surpoids ou d'obésité. 10 femmes sont concernées contre 14 hommes. Toutes les tranches d'âge sont touchées, ce qui peut être mis en lien avec les données relatives au grignotage et à la consommation de boissons sucrées. En 2020, un sondage commandé par la Ligue contre l'Obésité rapporte **que 47 % des Français sont en situation de surpoids ou d'obésité**. Les chiffres de notre étude sont donc presque **similaires** aux moyennes nationales.

Comme le note Itinérance 22 (2023), « **les activités physiques sont très genrées** » : le ménage revient essentiellement aux femmes, tandis que les activités professionnelles, les travaux extérieurs et la marche sont majoritairement masculines. Nous pouvons également nous questionner sur les catégories liées au travail domestique ou aux activités professionnelles : ces types d'activités physiques sont-elles **réellement bénéfiques pour la santé** (qu'elle soit physique, mentale ou sociale) ?

Types d'activités physiques selon les genres



D- Tabagisme

2/3 des adultes interrogés sont non-fumeurs. Ces chiffres sont **équivalents aux moyennes nationales** puisque, « en 2020, plus de trois adultes de 18 - 75 ans sur dix déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement (25,5%) » (Pasquereau et al., 2021).

Les fumeurs consomment en moyenne 20 cigarettes par jour (entre 6 et 60 cigarettes par jour), soit **davantage que les chiffres nationaux**. En effet, en 2020, les fumeurs quotidiens de 18 - 75 ans ont déclaré fumer en moyenne 13 cigarettes.

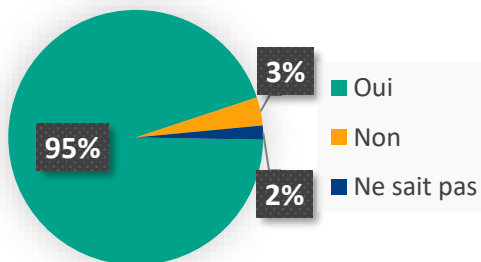
■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

2.4.3 Accès aux droits

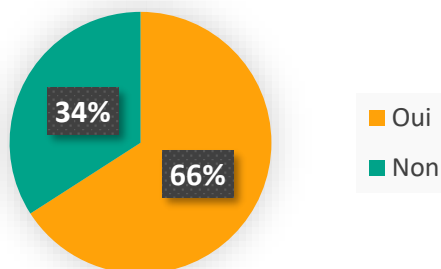
100 % des enquêtés sont affiliés à la CPAM et déclarent bénéficier de la **Complémentaire Santé Solidaire (C2S ou CSS)**. 95 % des personnes déclarent être à jour et 66 % a besoin d'aide pour accéder à leurs droits de santé.

En France, 7,9 millions de Français étaient couverts par la C2S en 2020, soit environ 11 % de la population (DRESS, 2021).

Part de personnes ayant leurs droits de santé à jour



Part de personnes ayant besoin d'aide pour accéder à leurs droits de santé

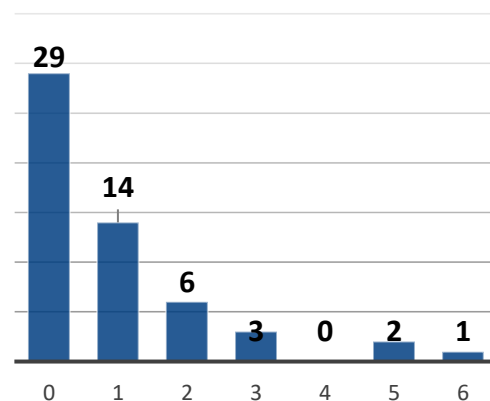


2.4.4 Etat de santé

A- Pathologies

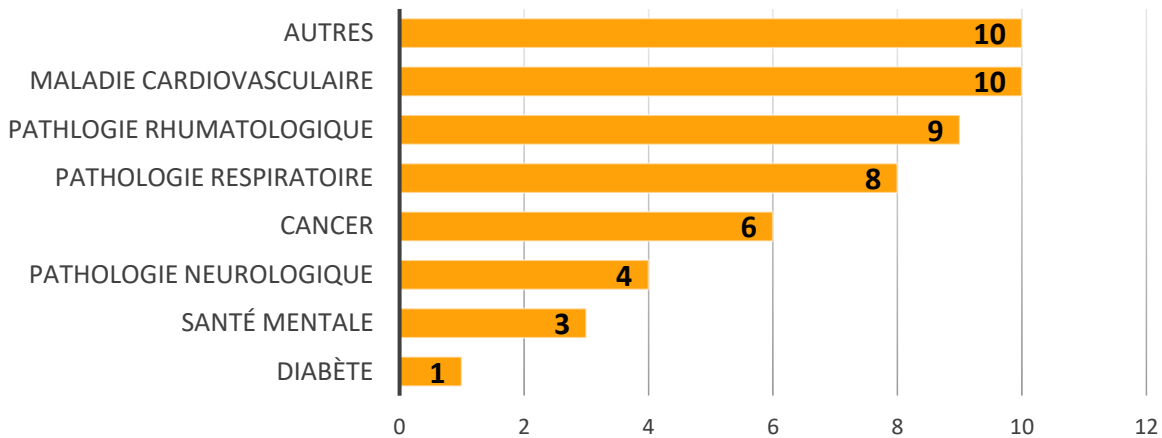
Sur 55 personnes, 29 n'étaient atteintes d'aucune maladie chroniques (**53 %**), 14 d'une pathologie (**25 %**), 6 de deux pathologies (**11 %**), six personnes de plus de trois pathologies chroniques (**11 %**). **47 % des voyageurs interrogés sont donc touchés par une maladie chronique**, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale de 40 %. En effet, « près de 40 % des personnes âgées de 16 ans ou plus déclarent avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique (ou durable) en 2017 » (INSEE, 2019).

Fréquence de pathologies chroniques par personne



■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

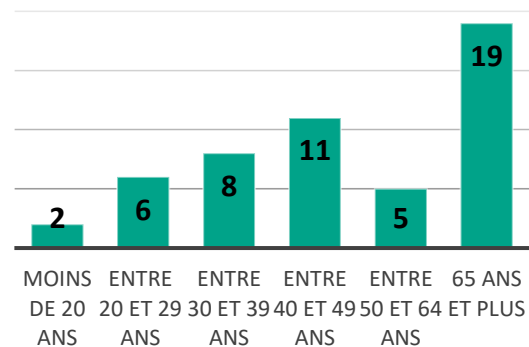
Répartition des maladies chroniques par typologie



Sur les 26 personnes touchées par des maladies chroniques, **les maladies cardiovasculaires, les pathologies rhumatologiques, les pathologies respiratoires** ainsi que les cancers étaient davantage représentées.

L'analyse de nos chiffres est similaire aux constats d'Itinérance 22 (2023). En effet, « on observe **une nette corrélation entre l'âge et la prévalence des pathologies chroniques : la progression de la prévalence des maladies chroniques augmente constamment avec l'âge** ». Ce constat rejoint la tendance nationale : ainsi, « la part des individus qui déclarent une maladie ou un problème de santé chronique **progressive de manière continue avec l'âge**, avec des hausses particulièrement fortes entre 50 et 59 ans et après 70 ans. Ainsi, 15 % des femmes et 12 % des hommes âgés de 16 à 19 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, près de la moitié des 55-59 ans et plus de 70 % des femmes et des hommes âgés de 75 ans ou plus » (Assurance Maladie, 2023).

Pathologie chroniques par classe d'âge



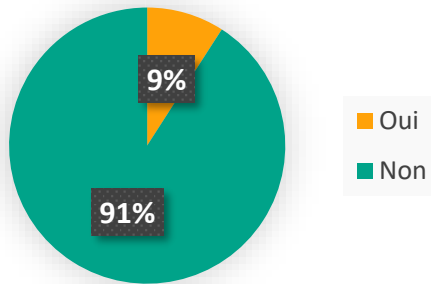
A noter...

Itinérance 22 (2023) a également noté que les « les revenus des foyers et la prévalence des pathologies chroniques » étaient corrélées : « **plus les personnes sont dans un foyer aisé, moins elles sont concernées par les pathologies chroniques. On observe donc un gradient social de santé** ».

■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

B- Handicap et affections longues durée (ALD)

Nombre de personnes ayant une ALD

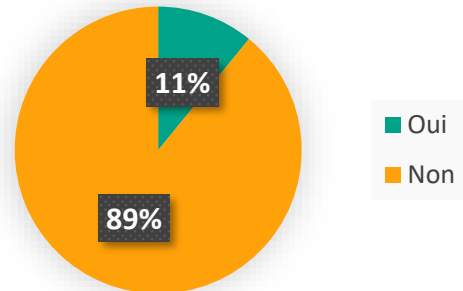


Parmi les voyageurs interrogés, 9 % des personnes interrogées ont une ALD. Ce chiffre est très faible puisqu'en population général, ce chiffre est de 18 %.

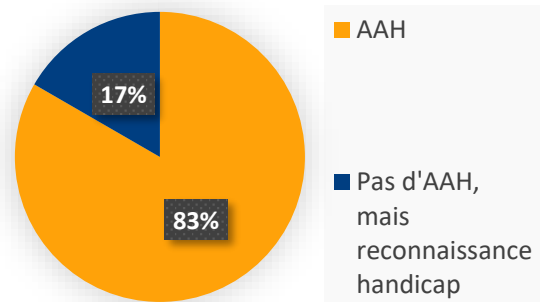
Seulement, il est important de noter que « toutes les pathologies chroniques ne sont pas reconnues comme ALD, reconnaissance qui donne droit à un remboursement intégrale des frais médicaux liés à la pathologie » (Itinérance 22, 2023). Selon Itinérance 22 (2023), ce faible chiffre peut s'expliquer par le fait que :

- Certaines maladies chroniques ne font pas partie de la liste des maladies pouvant bénéficier d'une prise en charge à 100 % ;
- L'ALD est une requête médicale. L'itinérance du soin ne facilite pas l'engagement du médecin ;
- L'accès à la Complémentaire santé solidaire ne rend pas ce dispositif indispensable ;
- Enfin, les personnes ne connaissent pas forcément leurs droits.

Part de personnes ayant une reconnaissance handicap



Part de personnes avec une reconnaissance handicap ayant une AAH



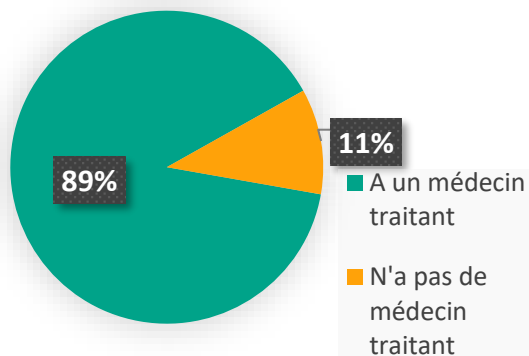
11 % des personnes des personnes interrogées ayant une maladie chronique bénéficie d'une reconnaissance handicap et 17 % de ces derniers perçoivent l'AAH (allocation aux adultes handicapées).

■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

2.4.5 Recours aux soins

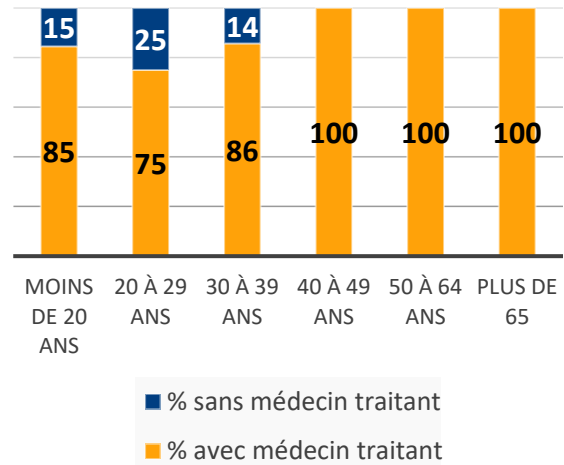
A- Recours et accès à un médecin traitant

Part d'enquêtés ayant un médecin traitant



89 % des personnes interrogées déclarent être suivies par un médecin traitant. Ces chiffres sont similaires aux moyennes nationales. En effet, « la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estime qu'en 2021, **11 % des patients de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant déclaré**, soit plus de 6 millions d'assurés » (Imbert, 2022). Concernant les voyageurs interrogés, ce sont surtout les **20 – 29 ans** qui sont le moins suivis par un médecin traitant (25 %).

Part de personnes ayant un médecin traitant par classe d'âge



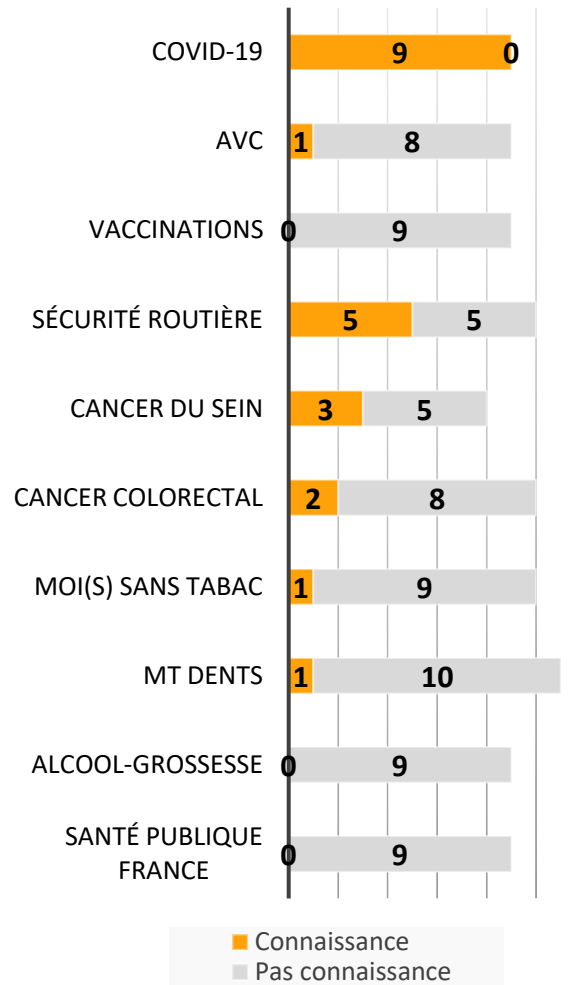
■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

B- Accès à la prévention

La connaissance des mesures de prévention à la santé est très faible, hormis pour le virus du COVID-19. En effet, par exemple, 9 voyageurs sur 10 n'ont pas connaissance du Moi(s) Sans Tabac. 9 personnes sur 9 ignorent les recommandations vaccinales (hors Covid) ou relatives à l'alcool durant la grossesse. Les dépistages des cancers du sein et colorectal sont connus respectivement à hauteur de 3 personnes sur 8 et 2 personnes sur 10.

Ces chiffres sont très probablement à mettre en lien avec le fait que les « **inégalités [ne sont] pas prises en compte dans l'élaboration des interventions relatives aux dépistages.** [...] Les modalités d'organisation du dépistage permettant de réduire les inégalités sociales et territoriales en France ne sont actuellement pas identifiées, laissant les décideurs en santé publique dans l'incapacité de fonder des interventions sur des éléments probants » (Guillaume et *al.*, 2019).

Connaissance des campagnes de prévention



■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

D- Recours aux spécialistes

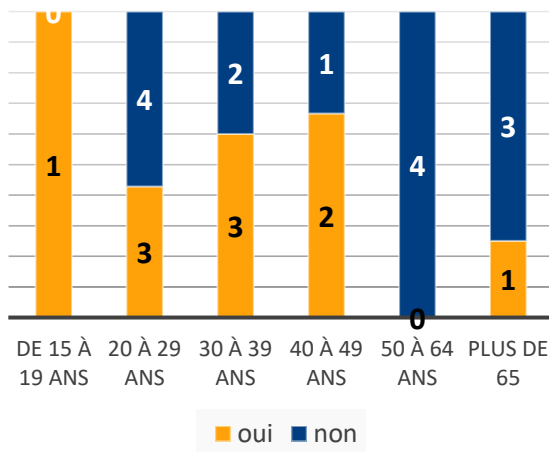
Parmi les voyageurs interrogés :

- **19 %** portent des **lunettes** ;
- **44 %** ne vont pas chez l'**ophtalmologue** malgré les besoins ;
- **3 %** font surveiller leur **audition** ;
- **45 %** ont recours à des **médecins spécialistes** ;
- **64 %** bénéficient d'un **suivi dentaire**.

C- Gynécologie

58 % des femmes n'ont pas de suivi gynécologique parmi les enquêtées, ; c'est particulièrement le cas à partir de 50 ans.

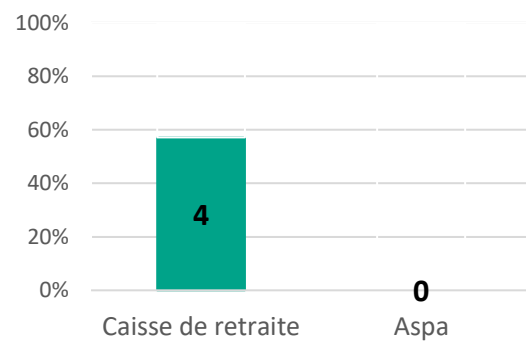
Suivi gynécologique des femmes par tranche d'âge



2.4.6 Vieillesse (sur 7 personnes)

A- Aides financières

Type de droits à la retraite auxquels ont accès les enquêtés



4 personnes interrogées sur 7 bénéficient de droits à la **retraite**.

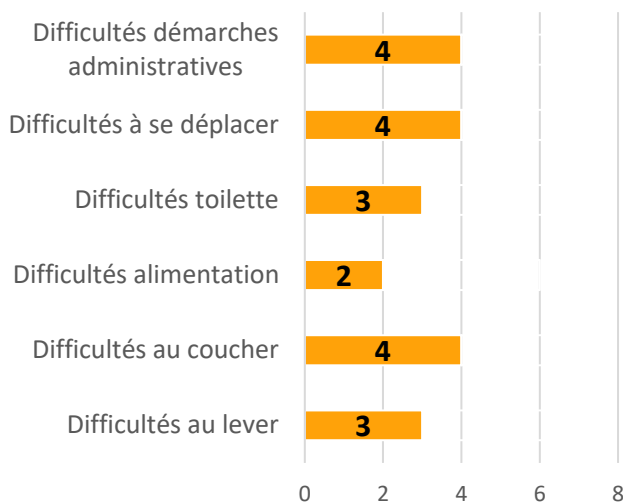


■ Partie 2 : questionnaires individuels de santé et résultats

B- Aides à domicile

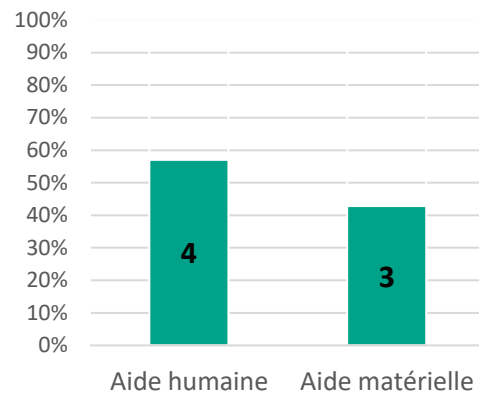
Sur les 7 voyageurs enquêtés, la majorité rencontre des difficultés à réaliser ses démarches administratives ou à se déplacer et se doucher. Un peu moins de la moitié déclare des difficultés au lever et à effectuer sa toilette. Enfin, 2 personnes sur 6 font face à des difficultés liées à l'alimentation.

Type de difficultés rencontrées par les personnes de plus de 65 ans



Ainsi, en lien avec les difficultés observées précédemment, **4 personnes sur 7 bénéficient d'aide humaine et 3 d'aide matérielle.**

Type d'aide à la dépendance dont bénéficient les personnes de plus de 65 ans



■ Partie 3 : conditions de vie et environnement, recueil de données et de témoignages

3.1 Méthodologie

L'enquête sur l'environnement de vie des voyageurs s'est faite par :

- **Déplacements sur 15 des 39 aires d'accueil** actuellement ouvertes sur le département avec rencontre des voyageurs, gestionnaires et/ou techniciens : par des questions ouvertes sur leur perception de la situation géographique de l'aire et leur sentiment de bien vivre, de confort d'habitat ;
- **Analyse** des environnements par **Google Maps** ;
- **Recueil des données** déjà connues par les professionnels de la médiation santé.

3.2 Objectifs

Les objectifs de ce travail étaient multiples :

- **Recueillir** les témoignages des habitants des aires d'accueil sur leurs perceptions des conditions de vie et l'environnement de leur lieu de vie ;
- **Analyser** ce qui est favorable, ou non, à la santé mentale, physique et sociale ;
- **Constater** les effets de l'environnement sur une aire en étudiant les nuisances perçues relatives notamment au cadre de vie et à la proximité avec les infrastructures (arrêts de bus, écoles, supermarchés...).



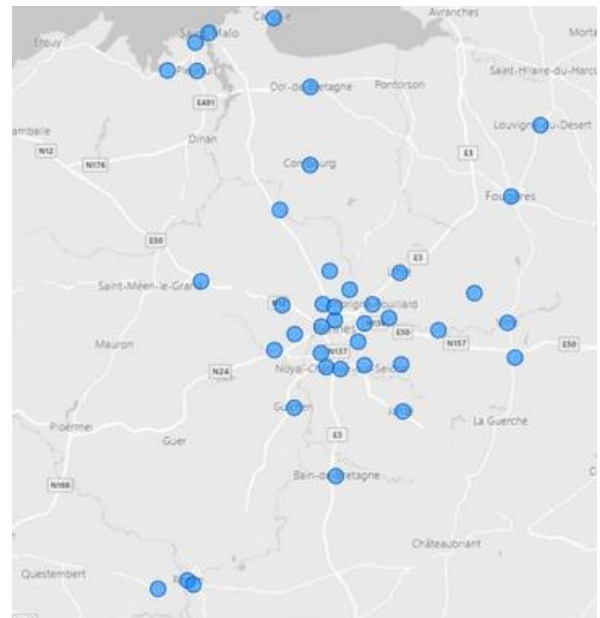
3.3 Profil des répondants et lieux d'enquête

Nous avons interrogé les personnes qui étaient présentes sur les aires et qui acceptaient de répondre à nos questions (hommes et des femmes adultes de tout âge).

Nous avons choisi de nous concentrer seulement sur **les aires d'accueil**. Cette démarche avait pour objectif d'évaluer les conditions de vie, l'effet favorable ou défavorable de l'environnement sur la santé des gens du voyage sur les **lieux de vie prévus par la loi**.

En Ille-et-Vilaine il y a, au moment de la réalisation de l'enquête, **38 aires d'accueil des gens du voyage ouvertes** (2 se situent à Rennes, 15 à Rennes Métropole et 21 sur le reste du département, cf. carte ci-contre).

De plus, La population vivant en stationnement dit « illicite » peut avoir des caractéristiques socio-économiques différentes et des conditions de vie, un environnement avec des contraintes et avantages différents des aires d'accueil : choix des familles avec qui vous cohabitez, manque d'accès à des sanitaires, pas de structure d'évacuation des eaux usées, contraintes/choix de changer de lieux fréquemment... En ce sens, il serait intéressant d'y consacrer une étude à part entière.



3.4 Perception de l'environnement par les voyageurs

L'**éloignement** des aires par rapport aux habitations n'est généralement pas vu comme une contrainte mais plutôt un atout. « Au moins on est tranquille ! »

Alors que la majorité des personnes doivent utiliser la voiture pour emmener les enfants à l'école, faire des courses, accéder aux soins, aucun ne trouve à redire sur cette situation. Les voyageurs se sont adaptés à cet état de fait. Il n'y a par exemple que peu d'accès aux bus. Nous constatons donc une vraie séparation géographique avec le reste de la population.

Concernant, l'**environnement bruyant et pollué**, la plupart des voyageurs interviewés expriment le fait qu'ils ont l'habitude et que « ça ne les dérange plus ».

Les aires étant éclairées par de l'**éclairage public**, les lampadaires sont éteints la nuit. Les aires étant situées hors ville, il n'y a aucun éclairage autre et elles sont en totale obscurité la nuit. Certains expriment leur souhait d'avoir au moins un éclairage qui reste même la nuit pour pouvoir se déplacer à l'extérieur des caravanes sans risque et voir si des personnes entrent sur l'aire.

Certaines aires ne sont pas « clôturées » comme à Dol-de-Bretagne, les habitants demandent qu'il y ait des haies autour de l'aire pour avoir un peu d'**intimité** et limiter les intrusions d'animaux et de personnes. Un sentiment d'insécurité a été relevé.

A plusieurs reprises, les habitants nous ont exprimé le **souhait d'installation de dos d'âne** sur la route qui passe devant l'aire car ce sont souvent des endroits où les automobilistes roulent vite (Dol-de-Bretagne ou Combourg par exemple). « Les enfants marchent le long de cette route pour aller à l'école alors qu'il n'y a pas de trottoir (Dol-de-Bretagne).

Le **manque d'ombrage** a été soulevé comme un problème l'été., particulièrement en 2022 avec les fortes chaleurs constatées. Très peu d'arbres ou d'arbustes ont été plantés sur les aires (hormis pour délimiter le terrain).



3.5 Conditions de vie sur les aires

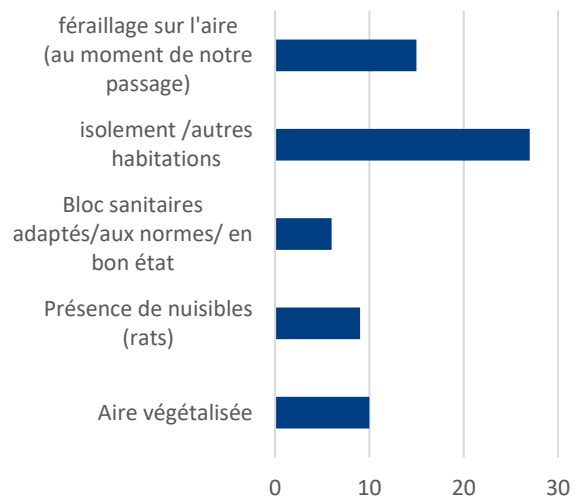
Nous constatons sur le terrain encore beaucoup de pratiques de **ferraillage** qui se font sur les aires, parfois avec une zone dédiée mais qui est généralement collée à la zone d'habitation des voyageurs. Or, « les pratiques professionnelles de ferraillage et de récupération présentent des risques d'exposition des personnes et de leur entourage aux poussières de plomb. Elles présentent des dangers pour la santé tels que le **saturnisme (intoxication au plomb) maladie à déclaration obligatoire**.

Bien que ce facteur de risque soit peu pris en compte par les professionnels de santé dans leurs actions de prévention, des cas de saturnisme liés aux pratiques de récupération ont été identifiés dans plusieurs régions. Les personnes peuvent également être exposées à d'autres métaux lourds et solvants dangereux pour la santé ».

Etant donné les résultats de l'enquête en Nouvelle-Aquitaine et les constats sur le terrain en Ille-et-Vilaine, peut-être faudrait-il proposer des campagnes de prévention auprès des familles et de manière plus globale comment organiser cette activité pour qu'elle soit le moins nuisible possible ?

Les **blocs sanitaires** sont souvent mal isolés, construit de façon similaire à des sanitaires de camping et les voyageurs doivent les utiliser également par temps froid et ils expriment le fait de ne pas pouvoir chauffer cet espace qui est soit ouvert soit mal isolé : « *Du coup l'intérieur des sanitaires est plein d'eau qui coule sur les murs, je ne veux pas doucher mes enfants ils vont être malades* » (une voyageuse).

Conditions de vie sur l'aire



Beaucoup de blocs sanitaires sont anciens et parfois pensés pour résister mais pas pour être utilisés : des portes d'entrée tellement lourdes qu'une personne âgée, un malade ou un enfant a du mal à les ouvrir ou les fermer (certains la laissant entre-ouverte pour ne pas rester bloqué). Enfin, **des problèmes d'évacuation** des eaux sont parfois constatés (à Vern-Sur-Seiche par exemple, il n'y a qu'une seule bouche d'évacuation d'eaux usées au sol pour tout le terrain ce qui fait que l'eau stagne sur les emplacements quand ils nettoient les caravanes).

Les **toilettes** sont souvent des WC dit « à la turque », ce qui avait été une demande des voyageurs à un moment donné et qui le reste pour certaines. En revanche, pour les personnes âgées et certaines personnes malades, ces WC posent problème et ils expriment le besoin d'avoir accès à des WC « assis ».

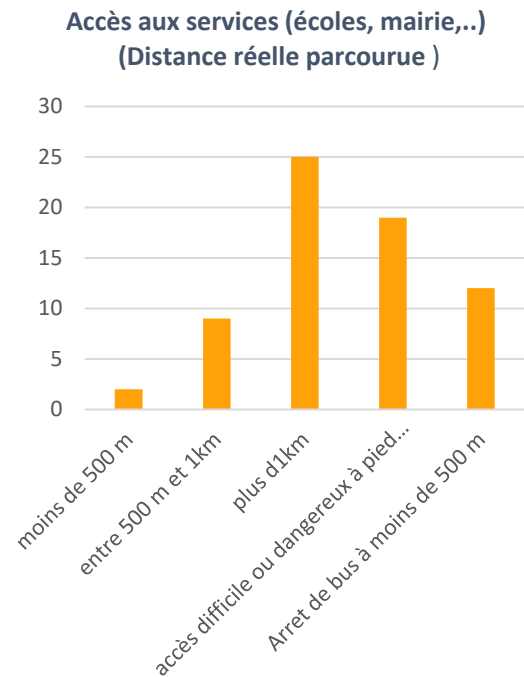
Nous constatons également la **présence de rats** avec la nécessité de dératisations répétées (jusqu'à 4 fois par an).

3.6 Environnement proche

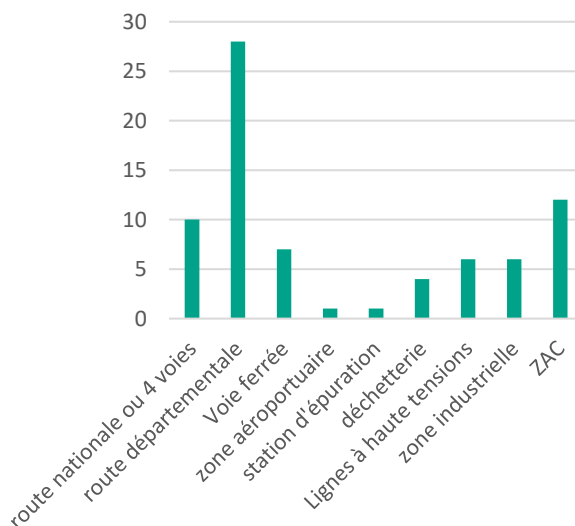
La presque totalité des aires étudiée est **située proche d'un environnement pouvant être nuisible et/ou dangereux et/ou pollué** : routes, voies ferrées, déchetteries.... Une grande partie (30) des aires se trouve à proximité des terres agricoles ou séparée de manière végétale (nous pouvons alors questionner l'exposition aux pesticides).

Au niveau du **bruit**, nous relevons des nuisances sonores sur toutes les aires situées dans des ZAC ou zones industrielles ou à proximité des routes à 4 voies et certaines départementales très passantes, les voies ferrées.

Pour les aires situées à proximité des déchetteries, certaines entreprises de gestion des déchets, cimenterie, les **odeurs nauséabondes** constatées, ainsi que la présence de **poussière**.



**Environnement immédiat
(moins de 500 mètres de l'aire)**



Concernant **l'accessibilité aux services**, à peine 1/3 des aires disposent d'un arrêt de bus à proximité alors que les 2/3 sont situées à plus d'un kilomètre des services publics (école, mairie, médecins). Une voyageuse déclare par exemple que « *l'aire est trop éloignée du centre-ville et des transports* ».

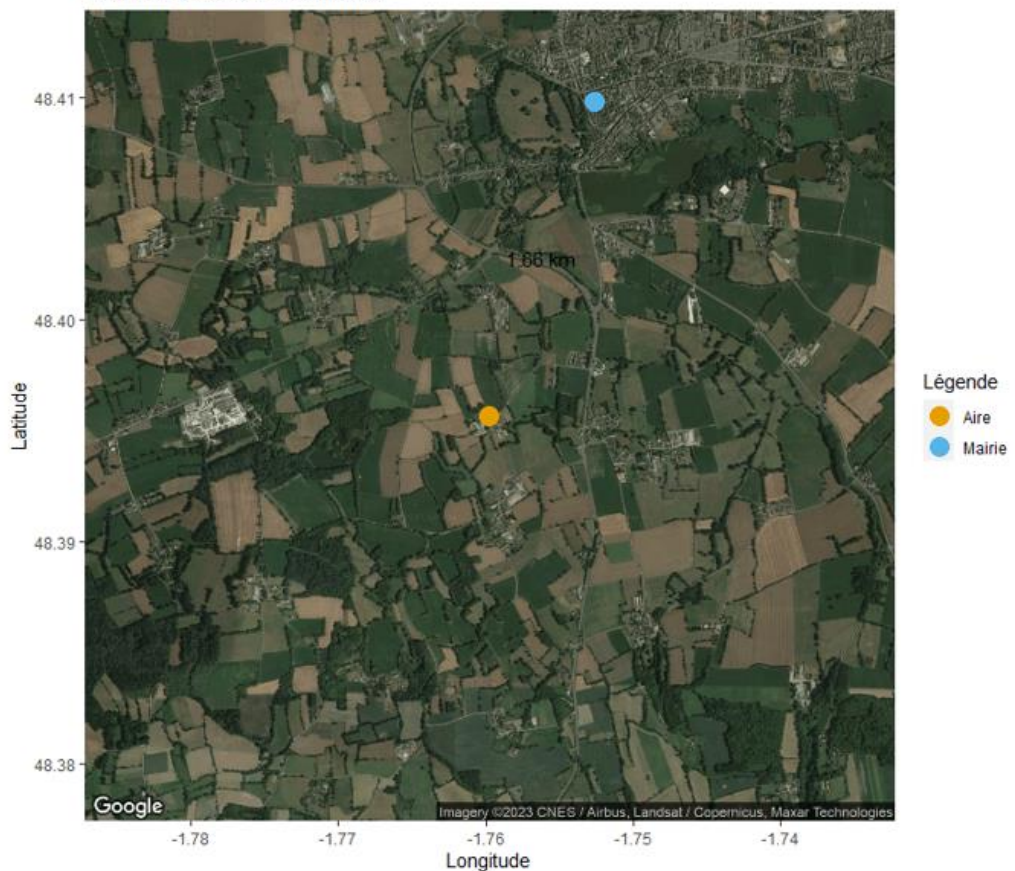
■ Partie 3 : conditions de vie et environnement, recueil de données et témoignages

Géographiquement, nous avons noté que certaines aires pouvaient être **incluses en théorie dans le tissu urbain de la ville** (souvent du fait de la construction de nouveaux quartiers) mais que concrètement les habitants des maisons et des aires ne sont pas voisins. Par exemple à Chartres-de-Bretagne : en vue aérienne, il y a un lotissement presque collé à l'aire d'accueil. Sur place, il n'y a pas de voie de communication entre l'aire et le lotissement, les premières maisons accessibles par la route sont à plus d'un kilomètre.

Ce que nous remarquons c'est que la majorité (28 sur 39) des aires est située **en dehors des villes ou isolées des autres habitations**. Ce qui peut ne paraître qu'une donnée géographique ou d'urbanisme peut aussi être vu comme une **relégation des voyageurs** par rapport aux autres citoyens. D'ailleurs, en 2012, la Cour des comptes faisait déjà le constat « d'implantation d'aires trop à l'écart des équipements et des services publics et/ou à proximité de zones de nuisances ».

Distance entre l'aire d'accueil et la mairie - COMBOURG

La distance est de 1.66 kilomètres.



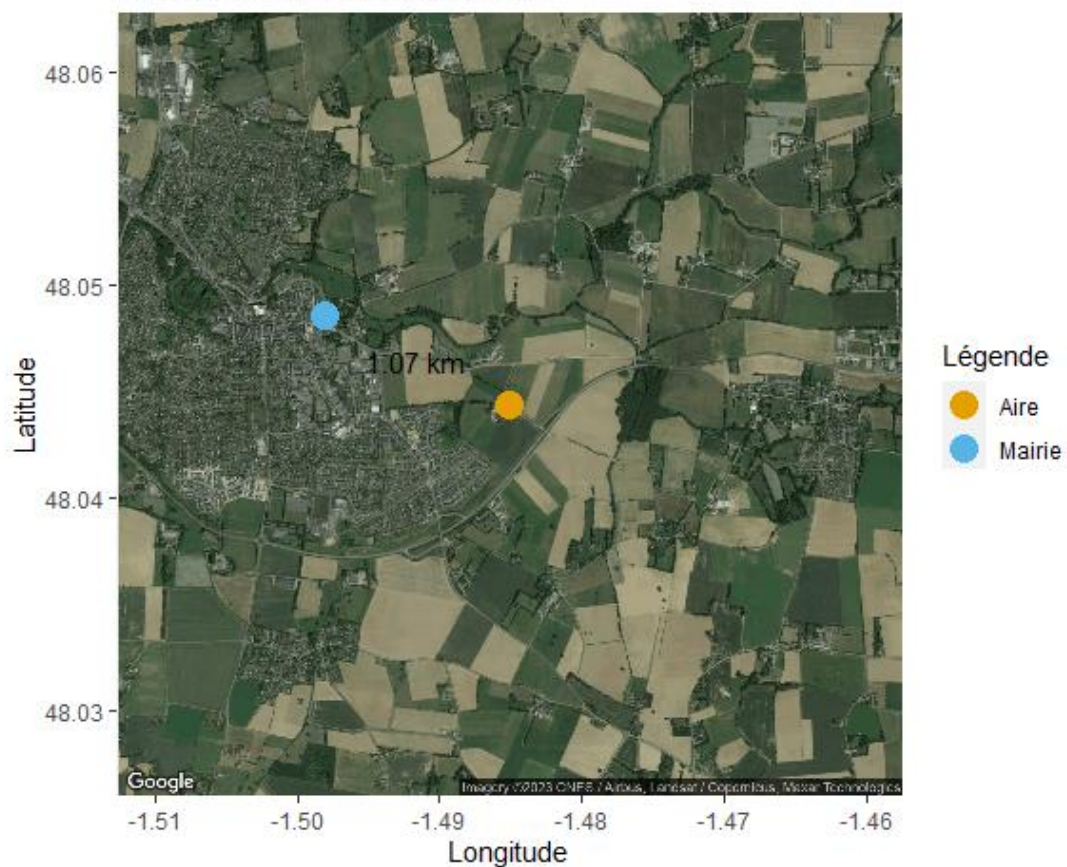
■ Partie 3 : conditions de vie et environnement, recueil de données et témoignages

En termes de **santé mentale** et de **discrimination**, ce sont des personnes qui ont l'habitude d'être mis à l'écart, d'être considéré différemment du tout un chacun. En ce sens, nous avons constaté lors des échanges que, lorsqu'il y a des difficultés d'accès (médecins spécialistes ou écoles par exemple), la première explication pour les voyageurs est : « c'est de la discrimination ». D'où l'importance du dialogue entamé lors de nos passages pour distinguer les moments où il y a discrimination des endroits où l'accès est difficile pour tout le monde du fait de la saturation des services.

Lors des prises de rendez-vous médicaux, nous avons aussi pu constater, même si c'est rare, un refus lorsque nous nous présentions comme médiatrice santé des gens du voyage et un accord lorsque nous ne nous présentions pas.

Distance entre l'aire d'accueil et la mairie - Chateaugiron

La distance est de 1.07 kilomètres.





4. Pistes d'action, la médiation santé à AGV 35

Selon la FNASAT (2019), « la relégation globale (administrative, sociale, géographique notamment) dont font l'objet les gens du voyage, se traduit par des inégalités sociales, **sanitaires** et environnementales ». De plus, les voyageurs se trouvent souvent dans un « **angle mort** qui les maintient à l'écart des différentes politiques publiques ou des dispositifs spécifiques ».

Les préconisations de la FNASAT (2019) nous semblent pertinentes puisqu'elles mettent notamment en avant le développement « **d'environnements favorables à la santé** », la **mobilisation de l'offre de santé déjà existante** et la nécessité d'un « **accès égal à tous aux soins et à la prévention** ». Elles prennent également en compte le caractère **global** de la santé et rappellent les **prérequis** de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé ». A propos des actions collectives et de la formation des professionnels, la FNASAT évoque des formations croisées : cette méthode nous semble très intéressante (plus d'informations : https://www.atd-quartmonde.org/wp-content/uploads/2015/07/Charte_du_Croisement_des_Savoirs_et_des_Pratiques.pdf).

A l'échelle d'AGV 35, en termes de médiation santé, ce diagnostic nous encourage à :

- **Présenter** ce diagnostic aux voyageurs afin d'ouvrir la parole, favoriser les échanges et affiner les besoins et les constats ;
- **Poursuivre** ce travail de diagnostic, de l'approfondir et le compléter au fil des interventions ;
- **Communiquer** les résultats de cette étude aux partenaires (professionnels de santé et institutions) afin de les sensibiliser à la situation des voyageurs ;
- **Poursuivre** la formation et la sensibilisation des professionnels de santé (interventions en IFSI notamment) ;
- **Construire** des supports / outils adaptés ;
- **Créer** des actions collectives, co-construites, fondées sur les connaissances du public ;
- **Construire** un réseau local des médiateurs santé afin de poursuivre ce travail de diagnostic ;
- **Aborder** les questions de santé par le prisme des besoins exprimés : le sommeil, les dorsalgies sont par exemple des problèmes rencontrés couramment et pourraient permettre d'aborder d'autres questions de santé qui sont en lien : le stress, l'alimentation, l'activité physique, les risques professionnels etc.



BIBLIOGRAPHIE

- **Acker, W.** (2021). *Où sont les gens du voyage ?*. Editions du Commun.
- **ANLCI.** (2018). L'évolution de l'illettrisme en France.
- **Association Les Etudes Tsiganes.** (2000). Tsiganes et santé : de nouveaux risques ?. *Etudes Tsiganes*, 14.
- **Association pour l'accueil des voyageurs.** (2013). Etat des lieux des actions de santé menées auprès des gens du voyage.
- **Assurance Maladie.** (2023). Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD – 2008 à 2021.
- **Communauté d'Agglomération Saint-Quentin-en-Yvelines.** (2010). Gens du voyage, colloque santé.
- **Conférence nationale de santé.** (2017). La littératie en santé – usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé.
- **Cour des comptes.** (2012). L'accueil et l'accompagnement des gens du voyage.
- **Cultures&Santé.** (2012). Alphabétisation et santé. *Focus Santé*. 2.
- **Dalongeville, J. et Desprès, J-P.** (2011). Les boissons sucrées, une cible méconnue pour la prévention des maladies cardiovasculaires. *La Presse Médicale*, 40(10).
- **De Saint Pol, T. et Ricroch, L.** (2012). Le temps de l'alimentation en France. INSEE, 1417.
- **DRESS.** (2021). La complémentaire santé solidaire (CSS). *Minima sociaux et prestations sociales*.
- **FNASAT.** (2019). Eléments de diagnostic sur l'accès à la santé de gens du voyage en Nouvelle-aquitaine.
- **Foisneau L.** (2017). Dedicated Caravan Sites for French Gens du Voyage : Public Health Policy or Construction of Health and Environmental Inequalities?. *Health Human Rights*, 19(2), 89-98.
- **Gerbier-Aublanc, M.** (2020). La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant·e·s vivant avec le VIH en France. *Working Paper du Ceped*, 45.
- **Gourier-Fréry, C. et Fuhrman, C.** (2012). Les troubles du sommeil - Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire. Institut de veille sanitaire.
- **Gueguen, J. et al.** (2010). Education pour la santé, guide pratique pour les projets de santé. Médecins du Monde.



- **Guillaume, É. et al.** (2019). Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers. *Santé Publique*, 2, 59-65.
- **Haschar-Noé, N. et Bérault, F.** (2019). « La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins ». *Santé Publique*, 1(1), 31-42.
- **Haute autorité de santé.** (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques.
- **Imbert, C.** (2022). Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux ». Sénat.
- **INSEE.** (2021). Portrait social. *Insee Références*.
- **INSEE.** (2022). Taille des ménages, données annuelles de 1968 à 2019.
- **Itinérance 22.** (2023). Diagnostic Santé des Gens du Voyage rencontrés sur le territoire Costarmoricain.
- **Mahé, B.** (2022). Lutte contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité : état des lieux du déploiement de l'aller-vers en Bretagne.
- **Odoxa.** (2020). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.
- **Pasquereau, A. et al.** (2021). Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du baromètre de Santé publique France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 8.
- **Projet Romeurope.** (2000). Roms, Sinté, Kalés – Tsignaes en Europe. Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse. Actes de colloque.
- **Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).** (2009). La santé des gens du voyage – Comprendre et agir.
- **Spanjers, L. et al.** (2010). Saturnisme infantile chez les gens du voyage.



Cofinancé par l'Union européenne

