

Université de Nantes
UFR de Médecine
Ecole de sages-femmes
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Etre Femme et Mère dans le monde Tsigane :

Maternité chez les femmes Roms

Marie MENARD

Née le 05 Mai 1986

Directeur de mémoire : Dr Véronique CARTON

Année universitaire 2010-2011

*Ce mémoire est dédié aux femmes roms qui furent le moteur de ce travail.
Puissent-elles trouver dans nos actes et gestes le sens du « prendre soin »...*

Plan

Introduction.....	4
PARTIE 1 : Le monde Rom	5
A. Histoire des peuples nomades	6
1) Origines.....	6
2) Identité	6
3) Quelles différences avec les Gens du Voyage ?	7
4) Démographie	7
5) Mode de vie.....	7
6) Langue	8
7) Religion	8
8) Au fil de l'Histoire	8
a. Migration occidentale	8
b. Durant le XX ^{ème} siècle	9
c. Régime communiste en Roumanie	9
d. Loi Besson.....	10
e. Citoyens Européens.....	10
f. La situation des Roms en Roumanie	10
g. Été 2010.....	11
9) Situation administrative	11
B. Etat de santé.....	12
C. Conception du soin.....	14
D. Des règles de vie basées sur la notion de pur et d'impur	16
A. Etre femme.....	18
1) Une tenue vestimentaire codifiée.....	19
2) Le tabou de la sexualité.....	19
B. La souillure	19
1) Une sexualité mal gérée.....	20
2) Les menstruations comme souillure.	21
3) L'accouchement comme souillure :.....	21
C. La grossesse.....	22

1) Suivi de grossesse	22
2) Grossesses non désirées.....	23
D. L'accouchement	23
E. Limitation des naissances.....	24
F. Les enfants.....	24
PARTIE 2 : Etude descriptive des femmes Roms	28
I. Méthodes	29
A. Sélection des dossiers	29
B. Méthodes statistiques.....	29
II. Résultats.....	30
A. Nombre des cas	30
B. Couverture sociale des familles roms	30
C. Grossesses suivies à l'étranger.....	31
D. Grossesse et accouchement.....	32
1) Age maternel au 1 ^{er} enfant.....	34
2) Age paternel au 1 ^{er} enfant.....	34
3) Parité	35
4) Age gestationnel à la déclaration	36
5) Résultats sérologiques.....	36
6) Nombre d'échographies.....	36
7) Terme d'accouchement.....	37
8) Poids de naissance des enfants	38
E. Régulation des naissances.....	40
1) Contraception antérieure à la grossesse.....	40
2) Contraception du post-partum.....	41
III. Discussion	42
A. Limites de l'étude	42
B. Comparaisons	42
1) Suivi de grossesse	42
2) Facteurs de risque	44
3) Risque d'accouchement prématuré	44
4) Accouchement.....	45
5) Nouveau-né	45
6) Allaitement maternel	45

7) Sorties contre avis médical.....	46
8) Comparaison à la population générale	46
C. Rôle de la sage-femme	47
1) Contraception.....	47
2) Suivi de grossesse	48
3) Accouchement.....	49
4) Post-partum.....	49
PARTIE 3 : Acteurs de solidarité	51
I. Plan politique.....	52
II. Plan social.....	54
Conclusion	56
Liste des abréviations.....	57
Références.....	58
Bibliographie.....	59
Annexes	61

Introduction

Quelque soit la culture rencontrée, la santé reste l'apanage de tout un peuple et l'indicateur d'un bon équilibre entre conditions de vie et respect de soi. Pour soigner et prévenir, il est nécessaire d'écouter, de regarder la santé à travers des caractéristiques autres qu'épidémiologiques. La culture rom, riche de valeurs et de coutumes singulières intrigue et effraie. L'image que nous nous faisons de cette communauté est parfois teintée de mépris et de rejet, bien souvent occasionnée par une ignorance à leur égard. Malgré tout « *Les Tsiganes ou les Roms ne sont pas inconnus, car on en parle sans cesse. Ils sont méconnus, la connaissance qu'on en a passant à travers le filtre des préjugés et stéréotypes.* » [1] Afin de pouvoir rendre leur prise en charge médicale et sociale la meilleure possible, il est préférable de comprendre leur culture à travers leur façon d'être et de penser.

Les populations roms, fortement précarisées à l'occasion de leurs nombreuses migrations et du rejet dont elles font l'objet dans leur pays d'origine sont habituées à être marginalisées, elles vivent recluses, avec un accès aux soins souvent entravé. Néanmoins des droits leurs sont attribués en France, principalement depuis l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne en 2007. Estimée à environ 15 000 personnes en France, cette population reste aujourd'hui l'une des plus à l'écart de la prévention et des soins. Ainsi, estime-t-on que son espérance de vie est de 15 années inférieures à la moyenne de la population générale.

Nous avons voulu, au travers de ce mémoire mieux comprendre cette culture rom, afin non pas de l'idéaliser, mais de la remettre à sa juste place. Comme le citait Camille Duranteau : « *Nous avons la possibilité de travailler, sans lutter contre la différence, mais avec la différence. Lorsqu'on sait la cultiver, c'est un atout, même quand on aborde le domaine de la santé* » [2]. Comme nous allons le voir, leur perception de la santé, au-delà même de leurs conditions de vie, semble bien différente de la nôtre.

Au-delà de ces différences, notre recherche s'attache de manière plus précise à dresser le portrait de ces femmes roms. Etre femme dans le monde tsigane : quelles difficultés rencontrent-elles ? Quelle est leur place au sein de la communauté ? Comment l'état de grossesse est-il perçu ? En quoi le suivi obstétrical diffère-t-il des femmes non-rom, autrement dit des « gadjé » ?

Pour mieux appréhender la culture rom, nous ferons dans un premier temps un bref rappel sur leurs origines, géographiques et culturelles, leur histoire dans l'Histoire. Nous y ajouterons quelques témoignages rédigés au fil des visites sur les terrains.

En deuxième partie, nous aborderons l'étude rétrospective qui confronte l'analyse de 82 suivis obstétricaux de femmes roms, à 82 autres suivis de femmes gadjé.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les circonstances et le déroulement de la grossesse, de décrire l'accouchement et l'état du nouveau-né, en comparaison avec une population témoin.

Comme hypothèse principale, nous pouvons avancer que les femmes roms ont un suivi de grossesse aléatoire et incertain et que ceci a des conséquences sur l'accouchement et l'état du nouveau-né.

Et dans un troisième temps, nous évoquerons les différents acteurs, associations-ressources qui oeuvrent auprès de ces familles roms, et nous proposerons quelques idées dans l'amélioration du suivi obstétrical, afin d'être le plus en adéquation avec leur conception de la grossesse et ce que propose le système de soins français.

PARTIE 1 : Le monde Rom



I. Les Tsiganes

A. Histoire des peuples nomades

1) Origines

L'histoire du peuple tsigane est intimement liée à celle des peuples européens.

Peuple sans nation propre, n'ayant jamais eu de revendications territoriales, les Tsiganes constituent un ensemble de groupes ethniques ayant pour origine commune le nord-ouest de l'Inde. A ce titre, le drapeau rom a d'importantes similarités avec le drapeau indien : la roue représente le voyage, la roulotte, elle se compose de 16 rayons correspondant aux diverses origines indiennes des Roms. La couleur bleue symbolise le ciel, la liberté, les valeurs spirituelles tsiganes, quant à la couleur verte, hymne à la nature, elle correspond au progrès, à la fertilité et aux valeurs matérielles.

Au fil de leurs pérégrinations débutées au X^{ème} siècle, les Roms se sont imprégnés de la culture des différentes sociétés rencontrées.

2) Identité

Le terme *rom* signifie « *homme* » ou plus précisément « *homme accompli et marié au sein de la communauté tsigane* ». Il fut adopté en 1971 afin de désigner un ensemble de populations, ayant cette même origine indienne, et constituant des minorités aux diverses appellations:

- *Roms*, ou *Rroms*, dits « orientaux » (85% de la population),
- *Manouches* (ou *Sintés* - 4%)
- *Gitans* (ou *Kalés* -10%).
- *Yéniches*, aux origines peu connues, qui auraient adopté depuis plusieurs générations le mode de vie des Tsiganes.

On peut également dénommer les Roms par d'autres termes comme « *Romanichels* », « *Bohémiens* » (du fait de leur passage en Bohême au XV^e siècle); leur première arrivée en France date de 1868.

Tsiganes rappelle une secte grecque composée d'Atsinganos signifiant « Intouchables », « non fréquentables », terme qui fut par la suite réemployé par les Nazis.

De leur passage dans une contrée grecque surnommée Petite Egypte, il reste l'appellation d'*Egyptiens* qui plus ou moins déformée devient *Gypsies* en anglais, *Gitanos* en espagnol et *Gitans* en français.

Ces groupes se distinguent par une certaine diversité et hétérogénéité mais leurs valeurs communes sont essentielles : solidarité des clans, attachement aux traditions, crainte du rejet, cohésion familiale, hospitalité. Présents en Europe dès le XIII^e siècle, les Tsiganes représentent la minorité transnationale d'Europe la plus importante au XXI^e siècle.

3) Quelles différences avec les Gens du Voyage ?

Ce sont des Tsiganes français. Dans le langage médiatique, on utilise souvent cette dénomination pour désigner les Roms au sens large. Cependant ces derniers ne sont itinérants que dans 15% des cas. En effet, les Roms étrangers qui vivaient de manière sédentaire dans leur pays, veulent régulariser leur situation pour pouvoir travailler et améliorer leurs conditions de vie. Les Gens du Voyage, nationalisés français dans la majorité des cas, souhaitent quant à eux disposer de terrains pour s'arrêter sur des périodes de durée variable. Bien que français depuis plusieurs générations, ils ne bénéficient pas des mêmes droits. En effet, depuis 1969, leur seul papier d'identité est un carnet de circulation à valider tous les 3 mois à la gendarmerie. De plus, pour voter, il leur faut justifier de 3 ans de résidence au même endroit, alors que le délai légal est de 6 mois pour tout autre français. Ainsi les Gens du Voyage partagent avec la communauté rom un même sentiment de discrimination, leurs droits en tant que citoyens européens sont amendés. Néanmoins, leurs conditions de vie ne sont pas comparables, les Gens du Voyage vivent majoritairement du ferrailage, ce qui leur procure des ressources régulières.

Le langage officiel utilise parfois l'expression « Gens du Voyage » afin de ne pas citer une identité ethnique particulière. De plus, la Constitution ne reconnaît pas l'existence de minorités ethniques.

Au sens général, le terme « Gens du Voyage » peut donc désigner l'ensemble des peuples Roms, Gitans, Manouches, Yéniches...représentant un effectif de 500 000 personnes. Mais plus fréquemment et de manière plus précise, il définit une population itinérante, nomade qui n'est le cas des Roms que dans une faible proportion.

4) Démographie

On estime la population tzigane à environ 15 millions dont 6 millions de Roms ; la Roumanie et la Bulgarie étant les 2 pays en recensant le plus (respectivement 1,85 million soit 8% de la population roumaine et 800 000 soit 10% de la population bulgare). En France, ils sont actuellement 15 000. Les Roms sont très bien représentés dans 15 des 27 pays que compte l'Union Européenne, mais également en Turquie, au Brésil ainsi que dans toute l'Europe des Balkans.

Il est important de souligner que les données de recensement sont souvent très approximatives, ceci du fait que certains Roms n'osent pas s'afficher en tant que tel, exprimant une « honte » à cet égard.

5) Mode de vie

Ils sont aujourd'hui sédentaires à 80-90%. Ils n'ont jamais été nomades par culture, mais par nécessité : pendant des siècles, ils ont été chassés de pays en pays, presque partout en Europe, sous peine des pires sanctions...Ils ont tenté de fuir violences et discriminations dans l'espoir de trouver une terre moins hostile... En 2011, leur accès à la santé, à l'enseignement, ainsi qu'au logement et au travail reste un droit théorique malgré les recommandations de l'Union Européenne.

A ce titre, une enquête menée par Médecins du Monde en 2007, évalua chez 300 Roms leurs conditions de logement. Voici la répartition obtenue : 53% vivaient en caravane (le plus souvent pas

en état de rouler) ; 21 % dans des squats aménagés (généralement, il s'agissait de l'occupation d'un entrepôt à l'abandon) ; 21 % dans des cabanes (utilisation de matériaux de récupération, tôle ondulée en guise de toits...) ; pour les 5% restant, certains étaient dans des squats sans aucun aménagement ou dans des véhicules, d'autres étaient dans des tentes ou même directement dans la rue ; une personne était en foyer et seule une personne sur 300 avait un véritable logement.

6) Langue

Leur langue commune est le romani (sans origine commune avec le roumain).

De ce terme dérive celui de Romanichel : « romani » et « cel » signifiant « peuple, communauté », d'où « peuple rom ».

Au fil de leurs migrations, ils ont aussi adopté la langue du pays d'accueil.

Il est à noter qu'il n'existe pas de futur dans cette langue, il n'y a pas de projection comme dans les sociétés occidentales. La priorité est l'instant présent.

Le terme « gadje » est utilisé pour désigner ceux qui n'appartiennent pas à la communauté tsigane. (homme « gadjo » et femme « gadji »)

7) Religion

De même, leur culte est souvent celui du pays d'immigration. Le catholicisme est représenté de façon majoritaire, avec toutefois l'apparition récente d'une conversion protestante évangélique. Ils conservent toutefois une part de leurs croyances propres, avec un sens aigu de la moralité, des interdits et du surnaturel. Ainsi illustre cette pratique superstitieuse, utilisée lors de stérilité : *« Il faut que la mère boive de l'eau où a craché son mari ou dans laquelle il a jeté des charbons ardents. Dans d'autres circonstances, l'époux prend un œuf, y fait un trou à chaque extrémité et en souffle le contenu dans la bouche de sa femme qui le mange ensuite. »* [3]

8) Au fil de l'Histoire

a. Migration occidentale

A leur arrivée en Europe aux alentours du XV^e siècle, et en France en 1419, les Roms furent en règle générale bien accueillis : ils obtinrent la protection du Pape, des lettres de recommandation rédigées par la Noblesse. C'est au début du XVI^e siècle que l'état de grâce se dissout : des conflits éclatent, leur attitude marginale inquiète et ils sont accusés de tous les maux. On va même jusqu'à effrayer les enfants en les menaçant d'être enlevés par les « Bohémiens » en cas de désobéissance.

Ainsi dès le début du XVI^e siècle, ils deviennent indésirables et sont soumis aux expulsions, sinon à une sédentarisation forcée. Les récalcitrants sont emprisonnés, mutilés, voire exécutés.

Au XVII^e siècle, Louis XIV décrète que tous les Bohémiens de sexe masculin doivent être envoyés aux galères. Partout en Europe, les mesures se radicalisent, l'intégration est forcée.

En Roumanie, jusqu'au milieu du XIX^e siècle, on soumet les Tsiganes à l'esclavage.

b. Durant le XX^{ème} siècle

La première moitié du XX^e siècle marque une des époques les plus dures pour le peuple rom. En France, en 1912, une loi les oblige à se munir d'un carnet anthropométrique, tamponné à chaque déplacement. Actuellement ce contrôle existe toujours au travers du livret de circulation.

En Suisse et en Suède, on procède à l'opération « Les Enfants de la Grand-Route », qui consiste à enlever les enfants tziganes pour les placer dans des familles, orphelinats, asiles psychiatriques afin d'assainir la population de ces individus « *génétiquement voleurs et menteurs* ». Pour les mêmes prétextes « *humanitaires* », des stérilisations sont pratiquées jusqu'en 1975 dans ces 2 pays.

La seconde guerre mondiale marque une profonde blessure dans l'histoire tzigane. Le génocide sous le régime nazi voit périr 240 000 Tsiganes (sur une population recensée à un million en 1939) au nom de la pureté de la race. L'holocauste des Roms ne sera reconnu en France qu'en 1997.

« Les Tsiganes nomades et semi-nomades seront internés dans des camps de travaux forcés. Là, leurs vêtements seront changés, leurs barbes et leurs cheveux coupés, leurs corps stérilisés [...]. Le coût de leur entretien sera couvert par le fruit de leur propre travail. Après une génération, nous en serons débarrassés. Nous pourrions introduire à leur place des Roumains de souche originaires de Roumanie ou de l'étranger, en mesure de travailler de manière ordonnée et créative. Les Tsiganes sédentaires seront stérilisés à domicile [...]. Ainsi, la périphérie de nos villes et villages ne sera plus un nid de microbes, mais un rempart ethnique utile à notre nation. » (« Déportation depuis la Roumanie » Vasile Ionescu)

Cette réalité barbare et séculaire du peuple tzigane continue en 1995, en Roumanie lorsque des villages entiers sont incendiés. En 1997, en Tchécoslovaquie, des femmes sont stérilisées.

Leur route, balisée de discriminations et d'humiliations, n'en finit toujours pas à l'aube du XXI^e siècle. Malgré des aires aménagées de tolérance ici et là, le rejet se vit encore au quotidien. [4]

c. Régime communiste en Roumanie

Sous le régime de Ceausescu, de 1965 à 1989, les Roms furent soumis à une sédentarisation forcée, marquant la xénophobie du dictateur envers les minorités.

A cette époque une politique nataliste priva les Roumains de la liberté de réguler les naissances ; contraception et avortements étaient interdits. La Roumanie devint alors l'un des pays les plus répressifs de l'Europe de l'Est.

A la chute des régimes communistes d'Europe de l'Est, des Roms demandeurs d'asile arrivent en France, pensant y trouver une vie meilleure. En Roumanie leur situation est en effet déplorable : 40% de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté dont plus de 60% chez les Roms. 70% des familles Roms n'ont pas accès à l'eau courante et 80% n'ont pas les moyens de se fournir les médicaments de base. Pour ces raisons l'Indice de Développement Humain des Roms équivaut à celui des pays sous-développés.

d. Loi Besson

Une 1^{ère} loi datant de mai 1990, relative au droit au logement et notamment à l'accueil des Gens du Voyage oblige les villes de plus de 5000 habitants à mettre à disposition des aires d'accueil. En réalité, les municipalités ont réussi à contourner dans bien des cas cette mesure.

Une 2^{ème} loi datant de juillet 2000, est venu renforcer ces obligations d'accueil et de logement pour les populations migrantes, prévoyant des sanctions financières en cas de refus. Elle renforce aussi les moyens de lutte contre les stationnements illicites.

e. Citoyens Européens

L'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne le 01 janvier 2007 a facilité la circulation des Roms, ceux-ci n'ayant plus besoin de visa. Cependant, jusqu'en 2013, ces Roms auront besoin, pour travailler officiellement, d'un titre de séjour et d'une autorisation de travail (800€ à la charge de l'employeur). En conséquence de ce principe de libre-circulation, les expulsions de Roms roumains et bulgares sont passées de 2000 en 2003 à environ 8000 en 2008. Ces retours tentent de se baser sur le principe du volontariat, avec des primes de 300€ par adulte et de 100€ par enfant, billet d'avion pris en charge. Le coût annuel de ces reconduites est estimé entre 200 et 250 millions d'euros.

f. La situation des Roms en Roumanie

« Depuis la chute de Ceausescu et l'entrée des Roumains dans l'Union Européenne, la situation des Roms n'a fait qu'empirer. Beaucoup d'entre eux vous diront qu'ils regrettent l'ancien dictateur, car à l'époque, le travail était obligatoire et l'on vous attribuait un logement d'office. Les Roms sont aujourd'hui plus que jamais des assistés sociaux, quand ils ne sont pas tout simplement des oubliés du système. » [5]

En Roumanie, 70% des Roms sont sédentarisés et n'ont qu'un seul souhait : travailler, envoyer leurs enfants à l'école et trouver un logement.

Que fait le gouvernement roumain des deux milliards d'euros mis à sa disposition par l'Union Européenne en faveur des Roms ? Les familles vivent avec l'équivalent de 25€ par mois. Les Roumains considèrent les Roms comme des citoyens de seconde catégorie, si ce n'est comme des étrangers. Ils sont marginalisés, éloignés si possible des villes. Les moins pauvres essaient de partir pour l'étranger.

Mais leur errance n'est que très rarement doublée de solitude, d'isolement: ils partagent la conscience collective d'un destin d'exilé sans territoire d'origine. Un lien social fort unit les familles qui ne savent plus où aller.

g. Été 2010

Il est difficile d'évoquer l'histoire des Roms sans citer la polémique qu'ont suscitée les mesures prises par le président Sarkozy fin juillet, de démanteler 300 campements illicites dans les 3 mois, (444 au total) en priorité ceux des Roms. Cette circulaire contrevient aux principes de non-discrimination du droit constitutionnel fondés sur la nationalité, la race ou l'appartenance ethnique. Selon les services administratifs, de janvier à septembre 2010, 7472 expulsions ont été réalisées, soit 800 de plus que ces dernières années.

De nombreuses instances politiques et religieuses s'expriment contre cette mesure. L'ONU demande à la France de « garantir l'accès des Roms à l'éducation, à la santé, au logement...dans le respect du principe d'égalité ». Florin Cioaba, roi des Roms depuis 1997 explique : « *L'entrée de la Roumanie dans l'Union ne nous a pas aidés, bien au contraire. (...) la France nous chasse ne respectant pas le droit à la libre circulation. Mais cela n'y changera rien : les Roms vendront leurs baraques pour retourner en France.* » [5] Et c'est en effet bien ce qui est observé : sur les 8000 Roms expulsés chaque année depuis 4 ans, 2 sur 3 reviennent en France. Parfois, il leur suffit de quitter ne serait-ce qu'une journée le territoire français pour contourner une mesure d'expulsion.

Témoignage de Lénine, chef d'un clan rom dans les Yvelines [6]:

« J'ai vraiment l'impression que nous sommes une race indésirable. C'est comme si nous n'étions pas des hommes comme les autres. Nous n'avons pas les mêmes droits, nous sommes citoyens de nulle part. Et pourtant, on demande juste à vivre dans la dignité, à être traité comme des humains. »

9) Situation administrative

Pour les familles roms, 3 situations juridiques existent :

- **Le titre de séjour**
 - Valable durant 6 mois, peut être renouvelé.
 - Souvent obtenu sur indication médicale (pour une personne elle-même ou un membre de sa famille affecté par une maladie grave nécessitant des soins immédiats.)
- **Le visa touristique**
 - Valable pour 3 mois, non renouvelable.
 - Passé ce délai, obligation de justifier de moyens de subsistance et d'une assurance-maladie
 - Source d'inquiétude pour les familles qui ignorent leur avenir passés ce délai.
- **Le statut de sans-papiers**
 - Souvent majoritaire.
 - Vie clandestine débutant souvent après 3 mois de séjour (expiration du visa touristique).
 - Angoisse des familles d'être arrêtées et rapatriées en Roumanie.

Le droit d'asile pour les Roms ne peut plus être exercé depuis 2004, ce qui les place dans une situation de sans-papiers, sans droits.

Situation administrative et droit social sont souvent corrélés. Les familles sans papier ou détentrice d'un simple visa touristique ne disposent souvent pas de couverture médicale, de même pour les adultes présents sur le territoire français depuis moins de 3 mois qui ne peuvent prétendre à aucune couverture. A l'inverse, la majorité des familles pouvant bénéficier d'une protection sociale utilise ce droit ; cela illustre leur préoccupation en matière de santé.

B. Etat de santé

L'OMS définit la santé comme un bien-être physique, mental et social. Il faudrait rajouter culturel.

L'approche de la santé ne peut se faire sans considérer le contexte global.

De manière générale, il n'existe pas de pathologies spécifiques chez les Tsiganes. Leur état de santé est corrélé à leurs conditions de vie précaires.

Toutes les études sanitaires concordent cependant sur le fait que les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et l'obésité, ainsi que les syndrômes respiratoires et les états dépressifs ont une fréquence anormalement élevée dans la population rom.

Incontestablement, on peut parler de pathologies du rejet, de l'exclusion [7]. Mais paradoxalement, la sédentarisation n'améliore pas leur situation sanitaire.

En outre, l'installation des familles dans des lieux de vie reculés et inhospitaliers complique l'intervention des soignants (MDM – PMI...). En conséquence, les retards de soins sont fréquents, entraînant une chronicisation de pathologies aiguës. S'y ajoute le recours à la médecine libérale incontestablement déficient.

Médecins du Monde a récemment mené une étude sanitaire auprès des populations tziganes. Celle-ci montre une espérance de vie actuelle de l'ordre de 50 à 60 ans, soit inférieure de 15 ans à la population d'Europe de l'Est. [8]

La pyramide d'âge est proche de celle que l'on observe dans les pays sous-développés : taux de natalité élevé, forte proportion de jeunes, faible pourcentage de personnes du troisième âge, conséquences de leurs conditions de vie.

Une surmortalité a également été montrée chez les Roms, notamment infantile. Celle-ci fut estimée à 23,5 ‰ (chiffre de 2008) contre 4,8 ‰ dans la population française en 1996 (soit multiplié par 5).

[8]

En cause notamment, une sur-exposition à diverses pathologies caractéristiques des pays sous-développés : [9]

- Pathologies dues au stress (liées aux difficultés de campement, aux confrontations avec la police, à l'assistantat croissant) :
 - HTA
 - Infarctus du myocarde
 - Ulcère gastrique
 - Alcoolisme ?

- Pathologies dues à l'alimentation (liée à une alimentation mal équilibrée, très riche en glucides et lipides)
 - Caries
 - Pathologies endocriniennes (diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie)
 - Surpoids, Obésité
 - Cancers digestifs
 - Troubles cardio-vasculaires

- Pathologies dues à une mauvaise hygiène, à la promiscuité, et au manque d'eau et de sanitaires :
 - Infections (gastro-entérites, candidose...) surtout d'ordre pédiatrique

- Pathologies liées à un défaut de vaccination et de soins médicaux :
 - Hépatite B, C
 - Tuberculose

- Pathologies dues au mode de vie :
 - Pathologies ORL (caravane sur/sous chauffée)
 - Brûlures
 - Accidents domestiques

- Pathologies dues au travail :
 - Lumbago, sciatique
 - Saturnisme
 - Traumatisme

En ce qui concerne les femmes roms, leurs principaux maux sont :

- Problèmes dentaires
- Pathologies ostéo-articulaires : douleurs lombaires
- Affection cardio-vasculaire (HTA)
- Diabète de type 2

On peut y ajouter le risque de vieillissement prématuré lié à leur activité quotidienne épuisante à laquelle s'additionne les grossesses nombreuses et rapprochées.

L'extrême précarité de ces familles soumises aux expulsions chroniques, les prive d'un suivi médical régulier et de qualité. Ils dépendent la plupart du temps de bonnes volontés locales pour leurs soins médicaux.

C. Conception du soin

Les Roms ont pour habitude de signaler ce qui les préoccupe le plus, tout en passant sous silence ce qui les effraie le plus. Une de leur difficulté consiste à concevoir qu'une douleur puisse renvoyer à autre chose qu'à l'organe où elle se manifeste. L'idée qu'un virus provoque des manifestations polymorphes leur est totalement étrangère.

Lors de prescriptions multiples, les médicaments sont pris dans le plus grand désordre, les ordonnances aléatoirement renouvelées, et si, pour certains, un mieux est obtenu, le traitement est abandonné.

Cependant la culture rom avec la qualité de ses liens et l'intensité de ses émotions, reste très expressive, comme en témoigne ce médecin : *« J'aimerais bien les regarder vivre autour de leur malade, sans jamais intervenir dans leur façon d'aimer. Et je me trouve dans le rôle de l'affreux, trop habitué à la pauvreté de nos liens affectifs, qui impose de la froideur là où la chaleur est si nécessaire. »* [10]

L'expression « c'est un docteur gitan » est souvent utilisée en synonymie de « c'est un bon docteur »

- **Prévention :**

L'option pour des soins d'urgence prédomine. Les pratiques préventives telles que suivi gynécologique, suivi de grossesse, bilans dentaires ne sont pas utilisées. La préparation à l'accouchement et la rééducation post-natale n'ont pas franchi la barrière culturelle. La population rom vit la santé sur le mode curatif et sans notion préventive. La prévention ne fait pas partie de sa culture, elle lui est même impensable en un premier temps [11].

- **Relation patient/soignant :**

Les relations sont souvent perturbées par un mode de recours aux soins qui se fait souvent dans l'urgence, avec demande de réponse rapide générée par leur grande angoisse.

Consultations répétées, troubles dans les services hospitaliers causés par l'envahissement de la famille: le comportement des Roms peut surprendre les professionnels. Ils craignent constamment de ne pas être écouté ou entendu. Cela peut aller jusqu'à l'impulsivité verbale faite de propos que le soignant reçoit comme de l'arrogance et de l'agressivité. Il peut en résulter une considération de la

population rom comme étant « *ignorante, exigeante et peu gratifiante.* » [12]

L'hospitalisation est mal vécue, d'autant qu'elle crée une rupture avec le groupe. La nécessité de maintenir un lien social se manifeste par de nombreuses visites, parfois encombrantes et bruyantes. Cela occasionne des tensions avec les soignants qui peuvent adopter une attitude d'hostilité.

En somme, il est souvent difficile d'établir une attitude thérapeutique efficace et cohérente, de part notamment :

- la barrière de la langue
- la méconnaissance scientifique du corps et des pathologies par la communauté rom
- la certitude pour le Tsigane de l'absence de lien entre la cause et l'effet (ex : manque d'hygiène et infections)
- l'indiscipline de celui-ci par rapport au traitement
- le refus de suivre les règles des Gadje dans un but de prévention

• Vaccinations

Il est typique d'observer dans ces populations, une couverture vaccinale incomplète voire inexistante. Selon de récents chiffres de Médecins du Monde, 8 à 12 % de la population rom serait à jour dans ses vaccinations (15% des moins de 7 ans, 5 % des adultes). [13]

La coqueluche ainsi que le tétanos existent encore. Leur vaccination reste malheureusement très insuffisante.

Même problème pour la tuberculose avec de grandes difficultés à organiser le test à la tuberculine (IDR) et la vaccination. Les conséquences que peut avoir un cas de tuberculose face à la promiscuité des familles ne sont pas négligeables.

Quant à la rubéole, beaucoup de jeunes mères ne sont pas immunisées et n'ont pas été vaccinées, d'où l'apparition ponctuelle de séroconversion en cours de grossesse. Cette difficulté semble en partie d'ordre culturel: le vaccin, vivant, nécessite une couverture contraceptive durant les 2 mois suivant son administration. Mais cette recommandation en cas de séronégativité, demeure inconcevable pour les femmes roms, qui, d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas d'enfant ne peuvent accepter le fait d'empêcher la survenue d'une grossesse.

• Alimentation

Certaines particularités dans l'alimentation tsigane sont à prendre en compte. Pour certaines, elles sont dues à une sensibilité culturelle, tandis que pour d'autres, elles sont propres à leurs conditions de vie précaires empêchant une alimentation saine et équilibrée.

Culturellement, le régime alimentaire est « décousu », aucune heure de repas n'est instaurée. Il n'est pas rare d'aller sur un terrain en plein milieu de l'après-midi et de voir les familles prendre leur déjeuner (haricots blancs, frites cuites dans une poêle à l'huile, sodas, œufs cuisinés à la poêle) et de viande bon marché (saucisses, saucisson, poulet) à chaque repas si les moyens le permettent. De

plus, un certain « rituel du repas » existe dans les familles roms, consistant à servir les hommes en premier, femmes et enfants mangeant après.

Les effets du stress, générés tout d'abord par la peur d'être expulsés contribue à une consommation excessive d'alcool et de café (particulièrement fort en caféine). Une consommation régulière de boissons énergisantes est aussi observée.

De toute évidence l'absence fréquente d'eau et d'électricité rend difficile une bonne hygiène alimentaire. Et les carences semblent importantes, du fait notamment de la consommation en fruits et légumes verts qui est rare. Celle-ci est particulièrement associée aux festivités familiales ou religieuses. Les fruits, notamment bananes et oranges, ont surtout une valeur symbolique d'ornement puisqu'ils sont restés, chez les Roms les plus défavorisés, un produit difficile d'accès. Le même constat est à faire concernant les produits laitiers, excepté le lait, qui restent de consommation exceptionnelle.

Les familles roms consomment beaucoup de viande, notamment de porc, cuite à la poêle. Quant aux poissons et fruits de mer, ils les tiennent en horreur ; il est donc extrêmement rare pour une famille de consommer du poisson, si ce n'est, de temps en temps, une boîte de sardine ou de thon.

Ainsi des carences en vitamines, calcium et vitamine D, ainsi qu'en iode et magnésium sont régulièrement à déplorer dans cette population.

Il est à noter également un tabagisme important chez les hommes. Quant aux femmes, elles sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus jeunes à fumer. Néanmoins, les addictions aux drogues semblent absentes dans cette population.

D. Des règles de vie basées sur la notion de pur et d'impur

Les Tsiganes ont une attitude symbolique et singulière envers le corps. En effet, ils font une distinction fondamentale entre l'extérieur et l'intérieur du corps. La peau externe avec ses squames, sa crasse, ainsi que les cheveux et les déchets tels que les matières fécales, tous sont potentiellement souillants.

Le corps externe symbolise le moi public, c'est une protection couvrant l'intérieur, qui doit être conservé pur et inviolé.

Le corps interne symbolise quant à lui, le moi secret, ethnique. Tout ce qui est amené au corps interne doit être nettoyé de façon rituelle. Ainsi l'attention se porte non seulement sur la nourriture mais aussi sur les récipients et les couverts.

Le corps externe demeure séparé de l'intérieur : l'ombre même d'une personne (appartenant au corps externe) peut souiller la nourriture (corps interne). Les pratiques de lavage jouent donc un rôle

crucial : la nourriture, la vaisselle et le torchon pour les sécher, ne doivent jamais être lavés dans une cuvette utilisées pour les mains, le corps ou les vêtements.

De même, considérant les ordures des autres comme particulièrement impures, les Roms laissent l'extérieur de leur maison se transformer en « dépotoir ». Tout contact entraînerait en effet une contamination symbolique, danger plus grave que les maladies qu'ils pourraient également contracter.

Malgré un cadre de vie souvent insalubre, tout est mis en oeuvre pour éviter cette contamination. Cela passe par une vaisselle méticuleuse, un nettoyage quotidien de l'intérieur de la caravane, la propreté de tout ce qui est alimentaire, le lavage fréquent du linge, une hygiène corporelle correctement assurée.



II. La femme tzigane

A. Etre femme

« Aux yeux des Gadjé, la société rom peut apparaître comme machiste, tellement la femme semble confinée à la caravane, mais son rôle est large et différencié de celui de l'homme. »[14]

L'importance de la virginité jusqu'au mariage est capitale. Pour s'en assurer, la jeune fille est soumise à l'épreuve du mouchoir. Le mariage est reconnu dans la communauté à partir du moment où il est consommé. La mariée rejoint alors sa belle-famille et doit obéissance à sa belle-mère autant qu'à son mari. Aussitôt après le mariage, souvent précoce (16-19 ans) le désir de grossesse devient la préoccupation principale du couple. S'il n'y a toujours pas de grossesse dans les mois qui suivent l'union, l'inquiétude commence. Pour l'extrême majorité des couples, la contraception avant le premier enfant n'est pas envisageable. En effet, la femme rom ne prend sa fonction et sa réelle identité qu'à partir du moment où elle devient mère. Son statut est intrinsèquement lié à la maternité. N'oublions pas le rôle du père, qui trouve lui aussi toute sa place au sein de la famille. Il apporte affection et attention à ses enfants.

Compte tenu de la valeur des enfants, la stérilité constitue une véritable détresse. Selon la conception rom de la féminité : « la femme stérile n'est pas une vraie femme ». Dans ce cas, il est souvent difficile de réaliser un bilan médical complet car l'homme vit cette exploration comme une atteinte à sa virilité. S'il n'y a jamais d'adoption classique, il peut y avoir don d'enfant par une femme du clan.

1) Une tenue vestimentaire codifiée

Si l'hygiène corporelle n'est pas toujours parfaite, les femmes tsiganes n'en restent pas moins coquettes favorisant l'utilisation d'appareils multiples comme des boucles d'oreilles imposantes, des longues jupes à volants colorés, du vernis de couleur sur les ongles... Toutefois la tenue vestimentaire est codifiée. Si leurs corsages sont parfois très ouverts, osant parfois la provocation, c'est simplement parce que chez les Tsiganes, les seins ne sont pas considérés comme des objets sexuels mais qu'ils sont seulement appréhendés dans leur rôle nourricier. Ainsi, les décolletés ne sont pas interdits dans la mesure où ils ne dévoilent rien qui ne peut être dévoilé. En fait cette tenue vestimentaire ne paraît provocante qu'aux yeux des non-Tsiganes.

2) Le tabou de la sexualité

Une croyance tzigane veut que « ce qui est vrai, ce qui est haut, est pur, alors que ce qui est bas est impur » d'où une grande difficulté à aborder les problèmes de sexualité et de contraception. Egalement, tout ce qui tourne autour de la sexualité est entouré d'un silence : les mères ont du mal à en parler avec leurs filles, hommes et femmes osent très peu le dialogue. La contraception est entourée d'idées fausses : l'avortement, notamment, est assimilé à un moyen de contraception ; la ligature tubaire est considérée comme un acte réversible. Cela n'empêche aucunement les femmes roms d'être attentives et très curieuses dans la découverte de leur corps.

B. La souillure

La femme tzigane a, de plus, un lourd fardeau à porter : son impureté. En effet, la femme chez les Roms est considérée comme impure. Son degré d'impureté est variable selon les périodes de la vie. Ainsi, une femme en âge de procréer est jugée comme étant plus impure qu'une fillette ou qu'une femme ménopausée. Elle atteint l'acmé de son impureté en période de menstruations et en suites de couches.

La femme, en vieillissant, est de plus en plus pure et, de ce fait, mieux respectée. Cette impureté se trouve au centre des tabous et interdits qui régissent les mœurs tsiganes car la femme a aussi le pouvoir de contaminer ce qu'elle touche : c'est pour cela que le nouveau-né est considéré comme impur jusqu'au baptême [15].

Ainsi l'homme étant l'être pur, la femme tsigane peut souiller ce dernier selon 3 modes.

Au travers notamment :

- d'une sexualité mal gérée
- des menstruations
- de l'accouchement

1) Une sexualité mal gérée.

La sexualité féminine dans la culture rom est toujours potentiellement souillante pour les hommes tsiganes. L'impureté provient de rapports sexuels illicites, avant comme après le mariage. Cependant même la défloration, une fois le couple marié, peut être considérée comme un acte impur. Certains anthropologues émettent l'hypothèse que la défloration peut être considérée comme souillante, et s'apparente à la naissance et à la mort, deux rites de passage se produisant à l'extérieur du camp. En effet, il est de tradition pour deux jeunes désirant se marier, de s'enfuir ensemble. Leur première relation a lieu éloignée du campement, du groupe. Le couple revient quelques jours après pour une reconnaissance officielle.

La femme doit être attentive à ne pas exposer certaines parties de son corps. Un exemple de ces restrictions concerne l'habillement des femmes. Si elles portent des pantalons, les hanches et le haut des cuisses sont recouverts par une robe ou une blouse. On note qu'un soin particulier est apporté au lavage des sous-vêtements. Ceux-ci sont lavés séparément des vêtements des hommes sous peine d'être souillés. Le respect de l'intimité féminine se doit d'être absolu.

De la même façon l'allaitement au sein a lieu en privé. Mais la grande majorité des femmes évite ce mode d'alimentation par pudeur. Ainsi l'illustre ce témoignage :

« J'ai donné le sein qu'à seulement un des miens. Mais je m'enfermais dans la caravane et je tirais les rideaux. Nous ne voulions pas qu'un homme puisse me voir. C'est dégoûtant. » [16]

Ainsi on s'aperçoit de la véritable symbolique du corps dans la culture rom, marqué notamment par le clivage corps interne/corps externe.

La sage-femme dans son rôle de professionnel de la naissance, ainsi que d'acteur privilégié pour le bien-être féminin, se doit de respecter avec empathie la pudeur de ces femmes existant à titre individuel comme à titre culturel.

2) Les menstruations comme souillure.

Si le rituel attaché aux premières règles est moindre, il signe pourtant indéniablement le début de la potentielle souillure des hommes par les femmes.

Dans certains groupes, la femme est supposée ne pas cuisiner pendant ses règles. Les relations sexuelles sont interdites durant cette période. La mention même de ces menstrues est supposée ne pas être faite devant des hommes, car cela suffirait à les souiller.

De même, tout laisse à croire que les serviettes hygiéniques sont des objets particulièrement pollués rituellement, ainsi que l'explique une femme rom :

« *Je ne les jette jamais. Je suis contre. Je les brûle toujours.* » [16]

3) L'accouchement comme souillure :

Une fois encore la naissance marque la capacité de la femme rom à « polluer », et ceci du simple fait de l'expulsion de déchets corporels.

Certaines études révèlent que la femme tzigane représente un danger potentiel pour les hommes durant et juste après l'accouchement. Traditionnellement, la femme se tenait à l'écart dans une tente particulière pendant le travail jusqu'à une certaine période après l'accouchement. Elle possédait sa propre vaisselle et il lui était impossible de préparer le repas des hommes pendant plusieurs semaines. La tente, le matériel de couchage et la vaisselle étaient brûlés ultérieurement. Pour les mêmes raisons, il est interdit à la femme de parler de son expérience à un homme ou même de dire à un homme autre que son mari que le travail a commencé et qu'elle a besoin d'aide.

Aujourd'hui encore, les hommes ne doivent pas assister au travail. Ainsi la personne accompagnant la parturiente sera le plus souvent la mère ou une sœur.

Dans la culture rom, le nouveau-né était considéré comme « *mochadi* » c'est-à-dire « *souillé de façon rituelle* ». A l'heure actuelle, le couple mère-enfant est toujours considéré comme temporairement *mochadi* et selon la coutume, ne devrait pas être approché, y compris du père, durant la période allant de la naissance jusqu'au baptême. On peut établir un lien comparatif avec le temps des relevailles qui a lieu 30 jours après l'accouchement dans nos sociétés, mais dont la tradition tend à disparaître.

Selon J.Okely, anthropologue anglaise, la préférence pour l'accouchement à l'hôpital a été interprétée de façon erronée comme une conversion à la médecine gorgio (non-rom). Dans son observation, les femmes roms qu'elle a pu rencontrer étaient réticentes au suivi prénatal et ne suivaient que rarement les prescriptions établies. Selon elle, toute assiduité auprès des maternités indiquait davantage le désir de s'assurer un lit à l'hôpital.

J.Okely s'interrogea également sur la qualité de la prise en charge appréciée par ces mêmes femmes. Un certain nombre d'entre elles se seraient plaintes de traitements brutaux et d'une faible attention durant l'accouchement. [16]

Il est intéressant de noter que la traduction en romani du terme « docteur » est « *drabengro* » soit le même mot que pour « empoisonneur ». En effet la nourriture de l'hôpital est soigneusement évitée parce qu'elle a été cuisinée par des Gorgios et dans un lieu souillé.

La raison principale de cet engouement pour accoucher à l'hôpital réside dans le fait qu'il est plus commode pour ces femmes de résoudre le problème de la souillure liée à la naissance. Plus que par simple mesure de sécurité, cela leur permet de se délester de la tâche qui consiste à s'occuper des objets souillés, et de laisser aux Gorgios le soin de superviser le processus de l'accouchement.

Une certaine honte est attachée à la grossesse. Les femmes doivent dissimuler leurs formes sous des vêtements aux formes amples. La grossesse est la preuve que la femme a eu des relations sexuelles. Le bébé est une matière ambiguë, parce qu'il a été recouvert de sang et de déchets à la naissance : l'intérieur est venu à l'extérieur. L'enfant reste donc souillé le temps que la « socialisation tsigane » opère, soit dans la plupart des cas jusqu'au baptême.

C. La grossesse

Culturellement être enceinte est un état normal, un processus naturel. Certes la grossesse n'a rien de pathologique, mais de surcroît pour les femmes roms, elle ne doit aucunement venir perturber le rythme et les habitudes de vie. Il découle de ceci des difficultés à accepter un suivi médicalisé. Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait croire, la femme rom ne se positionne pas dans un état de négligence ou d'insouciance face à sa grossesse. On est soucieux et préoccupé par le futur bébé. Camille Duranteau, infirmière relate son expérience :

« Je m'oppose aux propos systématiques de gadjé, de surcroît professionnels de santé, qui accusent une prétendue insouciance ou négligence de la femme rom. On peut observer une certaine résignation silencieuse au-delà de trois ou quatre grossesses, mais lorsque le bébé paraît, il l'emporte sur tous les non-désirs. » [17]

1) Suivi de grossesse

Les retards de déclaration de grossesse sont monnaie courante. Cette jeune femme enceinte que nous avons rencontrée sur le site de la Seilleraye était incapable de nous préciser le terme prévu de sa grossesse. Probablement enceinte d'environ 6 mois, elle n'avait pas encore eu l'occasion de faire le point sur sa grossesse.

Ce retard dans les démarches peut parfois s'expliquer par le manque de couverture sociale. Ainsi, il n'est pas rare de débiter la prise en charge d'une grossesse au 6^{ème} mois.

Par ailleurs le carnet de maternité se révèle être un outil précieux afin de faire le lien entre les différents professionnels, surtout lorsque les expulsions sont répétées et qu'il est impossible de se repérer dans le suivi. Pourtant dans le cas de ces grossesses, le carnet de maternité n'étant obtenu qu'une fois la déclaration effectuée, son utilité peut s'avérer amoindrie.

Ainsi, le suivi de grossesse chez les femmes roms se fait de manière particulière, quasiment toujours en limite des temps réglementaires, et si l'on peut échapper aux examens biologiques et gynécologiques, à l'inverse, on affectionne les échographies.

2) Grossesses non désirées

Elles correspondent bien souvent aux cas de grossesses non déclarées ou alors de manière très tardive. Selon certains, la religion évangéliste prohibe l'avortement, pour d'autres il s'agit d'un acte non admis par le peuple tsigane. Quoiqu'il en soit, le recours à l'interruption volontaire de grossesse n'apparaît pas aussi rare et exceptionnel. L'IVG est toujours un cas de conscience qui se pose différemment selon les cultures, les convictions, les milieux sociaux et l'éducation. Pour la femme rom, sa réflexion sera toujours jointe à celle de son mari, et cet épisode restera caché au reste de la famille.

Il est cependant important de souligner que le placement en famille d'accueil du couple mère/enfant est quasi inexistant. La cohésion familiale se voit renforcer par une naissance et celle-ci permet d'effacer les pires rancunes envers la jeune mère. L'amour de l'enfant sera toujours le plus fort. Jamais l'enfant ne sera abandonné.

D. L'accouchement

« Elle avait la patience et l'élan pour accueillir l'enfant, découvrir son visage à l'instant où la douleur cesserait. Toutes ses frayeurs l'avaient quittée. C'est sans doute l'attente des choses, plus que les choses elles-mêmes, qui inquiète (et peut-être sera-t-il aisé de mourir). Misia aurait pu le sentir, c'est possible, dans l'émotion de se sentir au creux d'elle-même le lieu d'un orage, labourée, dominée par la chair et le sang qui se ruent vers le jour, et finalement vidée à la fois de la chair, de l'orage, et du sang. Elle aurait pu savoir que s'abandonner à la chair n'est pas perdre. Cependant elle était à ce moment non pas une pensée mais une sensation. Elle n'était qu'un réseau de muscles et de nerfs autour d'une matrice ouverte. Elle était une poussée et une respiration, un grand rythme haletant qui libérait la vie. La mort était loin, par delà tant de promesses, que Misia l'oublia. » [18]

L'accouchement se fait en principe à l'hôpital. En interrogeant certains professionnels ou bénévoles, on peut aisément confirmer que les naissances survenues de manière inopinée au sein du campement sont exceptionnellement rares. Il en va du principe de souillure, comme nous l'avons relaté auparavant, dont la femme souhaite se délester en accouchant entre les mains des gadjos. Cependant, éloignée et séparée de sa famille la femme se sent isolée. Ceci tend à écourter son séjour à la maternité, et ce de manière plus marquée si d'autres enfants l'attendent. Les sorties contre avis médical, bien souvent redoutées par l'équipe soignante, ne sont que trop courantes. Dès son retour, la femme reprend ses activités sans ménagement tout en assurant les soins du bébé. La fatigue est négligée, le repos figurant parmi le dernier de ses soucis.

Portons un éclairage sur les femmes roms accouchant en Roumanie. Un rapport, datant de juillet 2010 pointe des cas de ségrégation ethnique dans les hôpitaux, notamment dans les maternités. Des femmes roms sont décédées avec leur nouveau-né, faute de soins appropriés. La discrimination est à la fois sociale et ethnique : les femmes roms et pauvres se retrouvent ensemble, ghettoïsées dans une chambre à part ; les médecins leurs parlent mal et les négligent. En revanche, celles ayant de

l'argent pourront être bien traitées. Ces femmes victimes n'osent pas porter plainte, par peur de ne plus être soignées.

E. Limitation des naissances

L'acceptation de la limitation des naissances évolue. Il y a de plus en plus un accord de principe. Mais les craintes persistent et trop souvent encore la contraception est mal maîtrisée faute de connaissances et de compréhension. L'influence des femmes du groupe, compte tenu de leurs expériences, leurs craintes et leur a priori, peut intervenir sur l'arrêt ou le choix du type de contraception. Au moindre effet indésirable, le stérilet se fait ôter ou la prise de pilule est interrompue.

Dans le respect des tabous culturels, ce sujet est abordé entre femmes. Mais le couple en discute dans l'intimité. Les interdictions que peuvent émettre les hommes sur telle ou telle méthode contraceptive proviennent souvent de la peur qu'un problème ne surgisse (infection, cancer, stérilité...).

La femme représente le porte-parole auprès des sédentaires ainsi qu'au sein de sa communauté où elle transmet les informations recueillies. Elle représente le principal lien social.

Traditionnellement les thèmes concernant la sexualité, la grossesse et l'enfantement s'entourent de nombreux liens avec la notion de pureté et en conséquence jouent un rôle important dans la manière d'appréhender l'hygiène.

F. Les enfants

« Enfanter, disait la vieille, c'est la plus belle affaire des femmes, leur gloire et leur bonheur. »[18]

L'enfant occupe une place très importante. Il permet la construction de l'identité des parents. Ce sont en effet, grâce à leurs enfants qu'un homme et une femme acquièrent une reconnaissance dans le groupe. Sur les 15 000 Roms présents en France, près de la moitié a moins de 20 ans. La plupart de ces enfants est née en France, ce qui permet à leurs familles d'accéder plus facilement à une certaine régularisation.

L'éducation de l'enfant est prise en charge par l'ensemble de la communauté, on parle de « maternage collectif ». Les nourrissons font l'objet d'une attention constante et dévouée. En revanche, dès qu'ils marchent, ils sont confiés à leurs aînés. Un œil doit cependant veiller en permanence sur leur bien-être et leur sécurité selon des critères et des normes culturels.

Aucun rythme n'est imposé : il mange quand il a faim, dort quand il en a envie. La frustration de l'enfant est évitée autant que possible, ce qui occasionne notamment un grignotage très fréquent, constitué de biscuits avec sodas...aux fâcheuses conséquences sur la santé bucco-dentaire.

- Croyances superstitieuses

A la naissance, un premier prénom est donné à l'enfant, qui ne sera pas usité par la suite. Celui-ci est secret, il est censé tromper les démons qui ainsi ne connaîtront pas la vraie identité de l'enfant. Un deuxième prénom d'état civil figurera sur la déclaration de naissance mais ne sera toujours pas employé. Enfin, un troisième, cette fois utilisé par le clan sera donné le jour du baptême de l'enfant.

La légende se poursuit avec l'existence de trois fées présentes à la naissance, les Ursitories. L'une représente la bienveillance, l'autre la malveillance, et une troisième la neutralité. L'avenir de l'enfant annoncé par ces fées, dont seule la mère aura la révélation, serait irrémédiable.

Une autre coutume est celle du bain du nouveau-né : *« Elles les lavent dans l'eau froide à leur naissance et, jusqu'à leur mort, ils se tannent et souffrent sans aucun mal les incléquences et les rigueurs du ciel »*. [19] Les pratiques actuelles, notamment en service de maternité, rendent plus ardues ces coutumes.

III. Témoignages

Grâce à l'accueil et à la disponibilité de l'ONG Médecins du Monde, nous avons pu observer tout le travail d'accompagnement et de soutien destiné aux populations précarisées.

Nous tenons à préciser que les familles nous ont toujours accueilli de manière spontanée et chaleureuse, sans forcément attendre en retour un geste médical.

Pour des raisons de respect et de non-dénigrement, le terme « terrain » est utilisé afin de décrire le lieu de vie des familles roms. Il remplace celui de « camp » plus péjoratif.

Un médecin, bénévole à Médecins du Monde, insistait sur la nécessité de se rendre dans ces « bidonvilles » afin d'être directement au contact de cette population mise à l'écart. En effet, la confrontation directe avec un tel dénuement permet de faire évoluer, sinon changer notre regard.

Les prénoms ont volontairement été modifiés dans ces récits.

Visite du terrain de la Seilleraye, fin juillet 2010

Cet après-midi de juillet, j'accompagne l'unité mobile de Médecins du Monde dans son travail auprès de la population rom. Aujourd'hui la priorité porte sur l'étude de vaccination organisée par MDM au sein de plusieurs grandes villes.

J'accompagne deux membres de Médecins du Monde, avec Romana, interprète roumaine à l'ASAMLA. Nous nous rendons au terrain de la Seilleraye non loin de Carquefou. Le site est agréable, il est baigné de lumière. C'est ici que s'entasse une quinzaine de famille roms à l'ombre d'une allée de platanes. Bien que confronté à une existence très précarisée, et à un mode de vie dénué de tout confort, il semble régner, ce jour-là, une atmosphère sympathique de détente. Les femmes vaquent à leurs occupations quotidiennes tandis que les enfants, tout âge confondu, s'amuse ensemble sur des vélos. Quant aux hommes, la plupart d'entre eux sont parti ferrailer. Chaque habitation, pour le moins vétuste, est néanmoins d'apparence relativement soignée. Des tapis sont souvent disposés au devant de la caravane en guise de terrasse, « où peuvent jouer les plus petits, sans trop se salir » nous explique une maman. De vieux parasols, quelques fleurs de tissu tentent d'apporter un peu de fantaisie à cet univers de métal et de ferraille.

Lorsque nous arrivons, une femme rom qui s'attachait à balayer l'allée du bois avec vigueur, s'empresse de laisser sa tâche de côté afin de venir nous saluer et échanger quelques paroles. Le tee-shirt blanc maculé de terre confirme le dynamisme qui se dégage de cette grande femme. Elle nous propose poliment un jus de fruit aussitôt servi. C'est sa voisine, affairée quant à elle à astiquer une vieille Peugeot 406, que nous voulons aussi rencontrer. Enceinte de 2-3 mois, MDM veut s'assurer qu'un suivi obstétrical a pu être mis en place. Pour cette 2^e grossesse, cette femme rom nous dit qu'elle n'est pas sans ignorer l'existence du service de l'UGOMPS, et que son premier rdv est fixé à la semaine suivante. La responsable de la mission me laisse simplement lui expliquer, grâce à la traduction de l'interprète, toute l'importance du suivi de grossesse ainsi que le déroulement de chaque consultation. Nous aurions aimé rencontrer son mari souffrant d'une pneumonie mais son activité de ferrailage l'a éloigné du camp.

Notre visite des familles se poursuit de caravane en caravane. L'objectif de la rencontre d'aujourd'hui est de remplir auprès des familles le plus grand nombre de questionnaires portant sur la vaccination des moins de 30 ans. Les familles nous réservent toujours un bon accueil, elles s'empressent de nous faire asseoir et restent attentives aux questions malgré l'agitation des enfants autour. Une autre cause de distraction est représentée par les guêpes, qui virevoltent autour de nous, attirées par les sodas et jus de fruits amassés sur la table. Les mères font régulièrement de grands gestes afin d'éloigner ces intrépides insectes de leurs enfants ; un petit garçon d'environ 1 an est même habillé de longues chaussettes de laine, lui remontant jusqu'aux cuisses, afin de lui éviter quelques mauvaises rencontres. Pour ma part je n'y échappe pas, une guêpe vient me piquer discrètement sous le pan de ma chemise... Il semble que la friction de la piqûre avec quelques brins de persil permet de soulager la douleur. Je n'en ai pas testé l'efficacité ...

Visite du terrain de Sautron fin août 2010

Cette fois-ci, nous partons avec Médecins du Monde (MDM) visiter une vingtaine de familles roms installées depuis quelques jours près d'un entrepôt désaffecté à Sautron. Là, de nouveau, à peine descendue de voiture, la scène de vie est saisissante. Entassé sur une centaine de m², c'est tout un clan qui s'organise de nouveau, après avoir essuyé une énième expulsion. Le temps est agréable, l'élément météorologique semble être l'indispensable clé de voûte pour assurer cet équilibre humain. Plusieurs petits groupes sont dispatchés : celui des hommes affairés autour du rafistolage d'une radio, le groupe des enfants s'amusant sur des petits vélos, les femmes, souvent très à l'œuvre ne se retrouvent pour discuter qu'après leurs tâches ménagères...Ainsi, ce sont la plupart du temps elles que l'on voit lessiver le linge, préparer les repas, balayer le sol, ou encore rapporter l'eau dans de lourds bidons.

J'accompagne aujourd'hui un médecin et une infirmière bénévoles. La barrière de la langue freine quelque peu les échanges verbaux, mais Teresa, jeune femme rom nous aide en traduisant quelques mots d'anglais en roumain. Sitôt la présence du médecin connue, de nombreuses demandes en tout genre affluent. Il s'agit véritablement d'une médecine de la « bobologie ». Ici c'est une femme, allaitant son enfant depuis 1an, qui réclame de quoi soulager un probable engorgement. Plus loin, une cinquantenaire (qui porte 20 ans de plus) sollicite notre aide pour refaire son pansement de thyroïdectomie. Opérée une semaine plus tôt, celui-ci est resté immaculé. Une autre femme se plaint de toux, une suivante d'une plaie inflammatoire au genou...L'équipe soignante a eu écho d'une mineure proche du terme de sa grossesse. On demande à voir cette femme. Celle-ci nous apparaît alors, les traits fatigués manifestant une certaine nonchalance à venir parler de sa grossesse. Il lui est difficile de nous préciser le jour prévu du terme, néanmoins elle semble avoir un suivi organisé à l'UGOMPS.

Visite d'un terrain à Rezé le 04 novembre 2010.

Cette sortie s'organise dans un but bien précis : celui de pouvoir établir un premier contact avec une femme rom, Mariana, ayant fait face à un déni de grossesse. Ce 6^{ème} enfant, âgé de quelques mois est en parfaite santé, c'est pourtant au travers de cette petite fille que cette mère va exprimer sa détresse. MDM avait été alerté quelques temps plus tôt par le CHU pour ce cas de déni...C'est lors d'une première hospitalisation pour douleurs abdominales que la grossesse fut découverte au terme de 7-8mois. En se retrouvant imprégné de liquide amniotique dans son lit, le choc maternel fut majeur. Malgré tout, Mariana sort contre avis médical retrouver ses autres enfants. Elle reviendra une semaine plus tard pour accoucher. Après quelques semaines en néonatalogie ainsi qu'à l'ESEAN (Etablissement de santé pour enfants et adolescents de la région nantaise) sa fille rejoint la caravane familiale. Mais le malaise maternel reste toujours prégnant. Ainsi la rencontre de ce jour est-elle organisée avec la psychologue bénévole de MDM afin de dénouer quelques tensions. L'entretien se déroule bien. Après avoir été mis en confiance, Mariana raconte, explique, témoigne de ce mal-être qui l'a envahit à l'annonce de cette 6^{ème} grossesse. Une impression, finalement commune à toutes ces femmes victimes de déni, de dépossession de son corps, de sentiment d'étrangeté vis-à-vis de cet enfant sorti de sa chair, sans pourtant avoir eu la sensation de le porter. Mariana parle beaucoup, le besoin d'une aide extérieure s'étant fait ressentir. En accord avec la psychologue, une prochaine entrevue est fixée afin de continuer d'amorcer une thérapie de soutien pour cette femme isolée.

PARTIE 2 : Etude

descriptive des femmes Roms



ESMERALDA.

I. Méthodes

A. Sélection des dossiers

L'origine ethnique des patientes n'est pas disponible sur le cahier d'accouchement, ni dans les fichiers PMSI du Département d'Information Médicale. Dans ces conditions, une première liste propre à l'UGOMPS du CHU de Nantes, a permis de sélectionner 130 dossiers de femmes exclusivement d'origine roumaine. Après avoir écarté les simples suivis gynécologiques, les dossiers indisponibles, et les dossiers de patientes perdues de vue au cours de la grossesse, nous avons fait ressortir 82 dossiers correspondant chacun à un suivi obstétrical sur la période 2004-2010.

Pour l'étude des témoins, nous avons tiré au sort 82 autres dossiers de femmes ayant accouché le même jour que les femmes roms.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité du suivi obstétrical chez les femmes roms. Différentes variables ont pour cela été analysées: données socio-démographiques, antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux, contraception antérieure, suivi de grossesse, accouchement, post-partum immédiat et secondaire et contraception prescrite.

B. Méthodes statistiques

- Description

Les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et un écart-type (médiane, étendue avec minimum et maximum).

- Comparaison cas et témoins

Le logiciel EPIDATA Analysis 2.1 a été l'outil utilisé. Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 ou le test de Fisher en cas de petits effectifs. Un odds ratio a été calculé avec un intervalle de confiance à 95 %. Les moyennes sont comparées par le test t de Student.

- Une analyse par régression logistique a permis de déterminer des odds ratios (OR) ajustés pour les variables significatives en univariée (au seuil de $p < 0.10$). Les modèles analysés étaient soit complets en ajustant toutes les variables entre elles. Le logiciel SPSS 17.0 a été utilisé.

II. Résultats

A. Nombre des cas

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	Total
Suivis obstétricaux à l'UGOMPS	1	4	6	17	21	16	17	82

*nombre de suivis de janvier à août 2010

B. Couverture sociale des familles roms

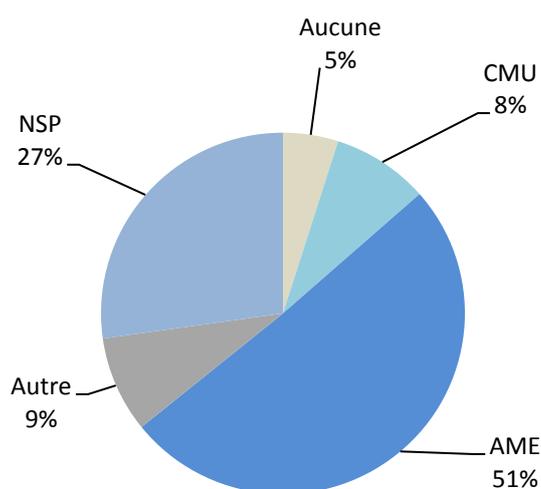


Figure 1 : Aide sociale des femmes Roms

Suite à l'entrée de la Roumanie dans l'UE, les droits applicables aux ressortissants de l'UE ont été modifiés. Fin 2007, une circulaire affirme une « inaccessibilité à la CMU de base et à la CMU complémentaire pour les Européens dépourvus de ressources et/ou de couverture maladie » qui relèvent désormais de l'AME.

L'AME permet aux étrangers les plus précaires, ayant moins de 634€/mois, d'accéder aux soins pour une durée de 1 an, renouvelable.

C. Grossesses suivies à l'étranger

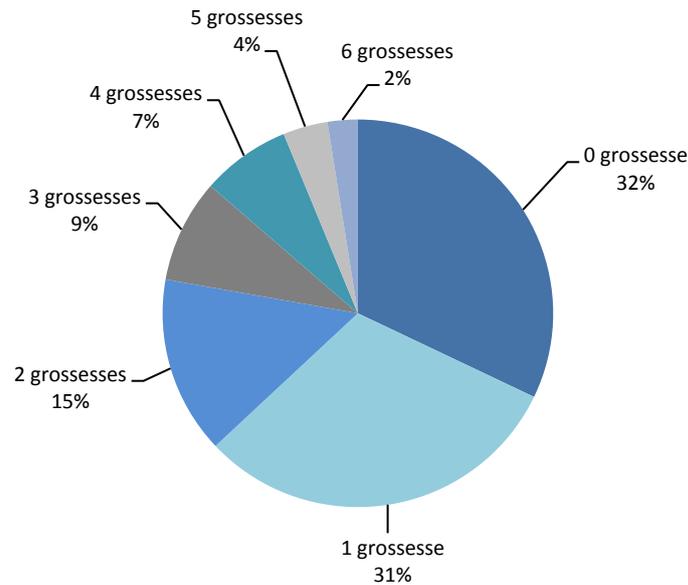


Figure 2 : Nombre de grossesses suivies à l'étranger

Sur les 82 dossiers obstétricaux étudiés, 68% des femmes avaient déjà eu un ou plusieurs suivis de grossesse(s) à l'étranger. L'Italie figure parmi ces principaux pays d'accueil.

Dans les dossiers, il fut difficile de retrouver la date d'arrivée en France des familles roms. En effet, nous avons retrouvé plusieurs d'entre elles présentes en France depuis seulement quelques semaines, parfois même seulement quelques jours. D'autres sont en France depuis quelques années, mais de manière souvent discontinue du fait des expulsions répétées. Ainsi pour notre étude, nous ne disposons pas de l'information concernant le « temps de séjour en France » pour l'ensemble des suivis.

D. Grossesse et accouchement

Tableau I : Analyse univariée des cas- témoins

Les résultats significatifs ont été placés en caractère gras

	Roms n=82	Non-Roms n=82	Odd-Ratio	p
Age (années)	24,7 ± 6,1 (15 – 38)	29,7 ± 5,3 (18 – 42)	--	⁶
Age < 25 ans (%)	58,5	18,3	6,2 (2,9 – 13,8)	
Age moyen au 1 ^{er} enfant (années)	19,0 ± 3,73 (14 – 32)	26,86 ± 5,24 (14 – 42)	--	< ⁸
Primipares (%)	23,2	47,6	0,33 (0,16 – 0,68)	<0,01
Parité*	2,8 ± 1,8 (1 – 7)	1,9 ± 1,2 (1 – 7)	--	< 10 ³
IMC **				
○ IMC moyen	22,7 ± 4,8	23,3 ± 4,3	--	0,58
○ IMC > 30 (%)	2,4	6,1	0,39 (0,04 – 2,45)	0,25
○ IMC < 18 (%)	2,4	2,4	1 (0,07 – 14,11)	1
Réalisation d'au moins une IVG (%)	19,5	12,2	1,74 (0,69 – 4,61)	0,20
Déclaration Grossesse n=40 (%):	48,8	***	--	0,06
○ Age moyen (SA)	21,80 (7- 37)	***	--	
Réalisation test T21 (%)	11,0	79,3	0,03 (0,01 – 0,08)	⁴
Réalisation test O'Sullivan (%)	39,0	90,1	0,07 (0,03 – 0,17)	⁴
HBV (%) :				
○ Non Immunisée	54,9	71,6		⁴
○ Immunisation naturelle	31,7	2,5	0,48 (0,24 – 0,97)	<0,05
○ Vaccination	8,5	16,0		
○ Portage chronique	3,7	1,2		
Portage Syphilis (%)	3,7	0	--	0,11
Diabète gestationnel (%)	4,9	7,3	0,65 (0,13 – 2,87)	0,51
Diabète si test fait (%)	9,4	8,2	1,15 (0,17 – 5,86)	0,84
Pré-éclampsie (%)	2,4	3,7	0,66 (0,05 – 5,92)	0,55
Suivi de grossesse à l'UGOMPS (%) :				
○ 1 ^{er} Trimestre	37,5	0	--	⁴
○ 2 ^{ème} Trimestre	71,4	1,2	191,9 (29,7 - 8136,3)	⁴
○ 3 ^{ème} Trimestre	88,3	1,2	549,9 (78,3 – 24489,8)	⁴
Nombre de consultations de suivi mensuel	3,7 ± 2,1 (0 – 10)	3,6 ± 2,2 (1 – 10)	--	0,69
Nombre d'échographies	2,5 ± 1,2 (0 – 7)	3,4 ± 1,2 (2 – 10)	--	⁵
Fumeuses pendant G (%)	44,2	14,6	4,57 (2,04 – 10,79)	< ³
Prise de poids pendant G (kg)	11,0 ± 6,4	12,2 ± 4,4	--	0,28

Terme de l'accouchement (SA)	39,2 ± 2,5 (28 – 43)	38,7 ± 3,1 (24 – 42)	--	0,31
○ <37 SA (%)	11,0	9,8	1,14 (0,37 – 3,60)	0,79
Durée du travail (heures)	5,5 ± 5,2	6,34 ± 5,1	--	0,30
Début du travail (%) :				²
○ Spontané	85,4	61,0	1	--
○ Déclenché	11,0	22,0	0,36 (0,12 – 0,97)	0,02
○ Césarienne avant travail	3,7	12,2	0,16 (0,03 – 0,60)	³
Anesthésie (%) :				< ³
○ Aucune	57,3	25,6	3,64 (1,73 – 7,85)	³
○ Analgésie péridurale	34,1	56,1	0,27 (0,13 – 0,58)	³
Issue du travail (%) :				
○ Spontanée	90,2	73,2	1	0,01
○ Instrumentale	1,2	6,1	0,16 (0,00 – 1,52)	--
○ Césarienne totale	8,5	20,7	0,34 (0,11 – 0,92)	0,09
				0,01
Poids de naissance (gr)	3248 ± 541 (1100-4300)	3070 ± 706 (660 – 4260)	--	0,01
RCIU Usher				
○ Ecart-type	+0,06 ± 0,9	- 0,23 ± 0,9	--	< 0,05
○ < - 2 écarts-types (%)	1,8	2,5	0,73 (0,01 – 14,41)	0,80
Apgar > 7 à 5 min (%)	98,8	97,6	1,99 (0,10 – 119,44)	0,57
pH artériel réalisés (%)	57,3	67,1	0,66 (0,33 – 1,30)	0,20
○ pH moyen	7,23 ± 0,1	7,23 ± 0,1	--	0,88
○ pH < 7,15 (%)	17,0	14,5	1,20 (0,36 – 4,06)	0,73
Hémorragie de la délivrance (%)	3,7	7,3	0,48 (0,08 – 2,36)	0,30
Allaitement maternel à la sortie (%)	92,7	73,2	4,60 (1,67 – 14,78)	< 10 ³
Durée moyenne de séjour (jrs)	3,7 ± 1,4	4,3 ± 1,6	--	< ²
○ Si Voie basse	3,5 ± 1,2	4,1 ± 1,0	--	²
○ Si Césarienne	5,0 ± 1,9	5,3 ± 2,7	--	0,75
Visite post-natale au CHU (%) **	78,0	36,6	14,96 (5,55 – 47,82)	⁴

* Parité = 1 s'il s'agit d'une première grossesse

** Sur les dossiers renseignés

*** Date de déclaration de grossesse non connue pour les témoins, du fait de leur suivi au CHU uniquement au 8^{ème} et 9^{ème} mois de grossesse.

1) Age maternel au 1^{er} enfant

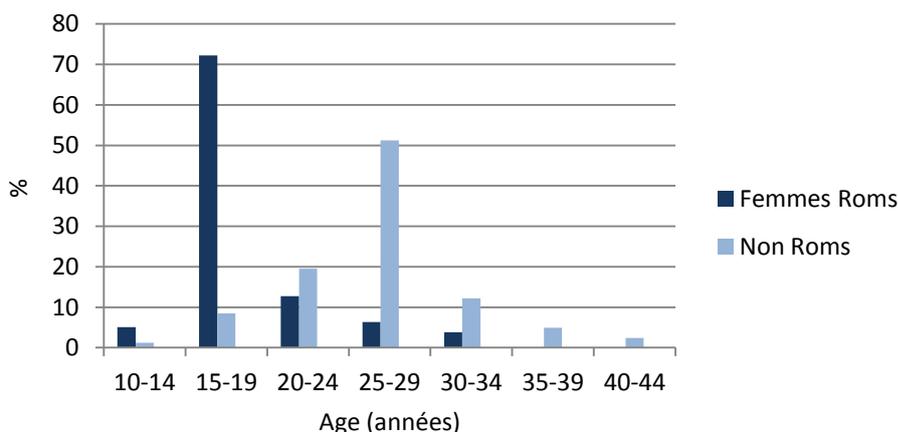


Figure 3 : Age maternel au 1^{er} enfant

L'âge moyen au 1^{er} enfant est de 19 ans dans notre échantillon. La médiane pour cette donnée est de 18 ans pour les femmes roms contre 27 ans pour les témoins. Ainsi environ 77% des femmes roms sont mères avant l'âge de 19 ans, soit une différence d'âge de 10 ans comparé aux témoins dont 80% sont mères avant 29 ans.

Le graphique montre, que pour 92,7% des femmes roms le premier accouchement a lieu avant 30 ans, contre significativement 80,5 % des témoins.

Concernant les maternités tardives survenues entre 30 et 34 ans, il s'agit souvent d'une difficulté rencontrée par le couple à avoir des enfants ; cela a parfois justifié un recours à l'AMP.

2) Age paternel au 1^{er} enfant

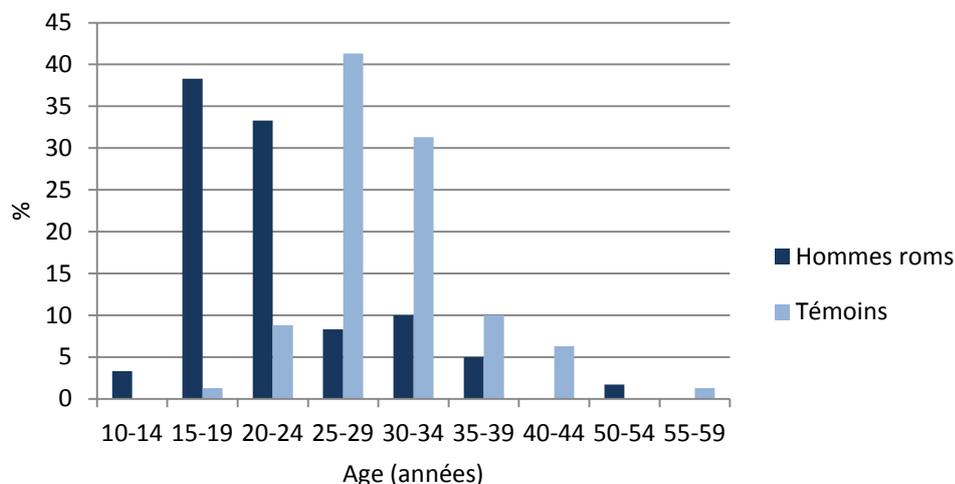


Figure 3 : Age paternel au 1^{er} enfant

La médiane, pour l'âge paternel au 1^{er} enfant est de 21 ans pour les hommes roms, contre 30 ans pour les témoins. Ainsi, c'est donc bien le couple rom dans son unité qui est très jeune à la naissance de son 1^{er} enfant.

Ces données concernant l'âge parental, illustrent bien la précocité de la survenue de la première grossesse dans la population rom, marquant ainsi la différence avec la population générale dans laquelle la maternité avant 18 ans ne concerne qu'une infime partie de la population (1%).

3) Parité

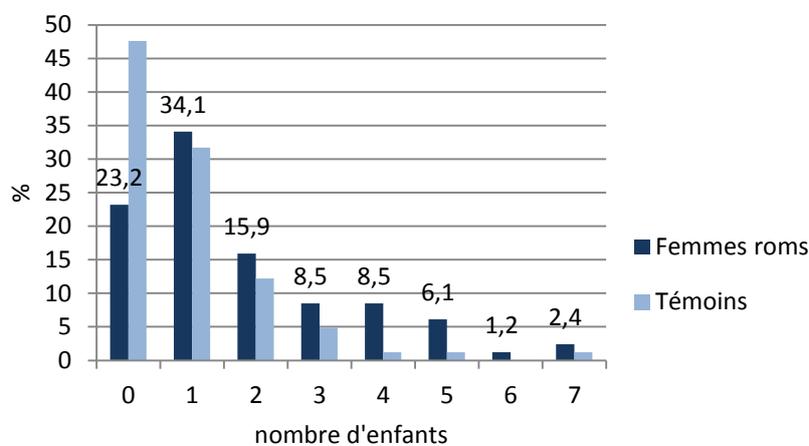


Figure 4 : Parité moyenne par femme

La parité moyenne pour les femmes roms de notre étude est de 1,8, soit le double de celle de nos témoins (0,9). Attention toutefois, car nous avons considéré comme nullipare les femmes enceintes de leur premier enfant. De plus, ces résultats sont à corrélés à la moyenne d'âge, qui est de 24,7 pour les femmes roms, et de 29,7 pour les témoins. La plus grande multipare étant âgée de 33,6 ans on peut affirmer sans trop de doute, que la parité des femmes de notre échantillon n'est pas fixée, et qu'elle tend à augmenter.

Cette parité importante peut s'expliquer de plusieurs façons :

- un défaut de contraception
- le fait de laisser la Providence arbitrer du nombre d'enfants
- le souhait de poursuivre les grossesses jusqu'à avoir au moins un garçon

4) Age gestationnel à la déclaration

On le sait, les femmes roms ont souvent un suivi de grossesse qui débute tardivement. Les expulsions, la difficulté de se déplacer (coût des tickets de transports, enfants à garder...), l'ignorance du lieu où s'adresser peuvent être parmi les principales causes. Sans oublier leur manque de connaissances concernant l'anatomie féminine et le cycle reproductif qui explique également cette découverte tardive de la grossesse. Une récente étude menée auprès de femmes roms relate les signes évocateurs d'une grossesse : pour 67% d'entre elles, elles se savent enceintes à l'apparition des premiers signes symptomatiques, contre seulement 33% qui avancent l'aménorrhée comme indicateur de grossesse. [20]

Ces différentes notions permettent d'avancer quelques explications sur la déclaration tardive. Concernant notre échantillon, les femmes roms déclaraient leur grossesse en moyenne à 22 SA, soit au moment de la 2^{ème} échographie (1^{ère} les concernant) ou lors de leur première consultation, souvent réalisée à la PASS.

5) Résultats sérologiques

Il est intéressant de signaler que parmi les 82 dossiers étudiés, aucune séroconversion de toxoplasmose, ne fut à déplorer durant la grossesse. Ainsi, malgré la précarité de leurs conditions de vie, les femmes roms développent peu cette infection parasitaire.

D'autre part, concernant le statut sérologique de l'Hépatite B, 32% des femmes roms sont immunisées de manière naturelle, contre un taux de couverture vaccinale de 8,5%. Dans notre étude, environ 4 femmes sont atteintes d'Hépatite B sous la forme chronique sans conséquence majeure sur leur grossesse.

En ce qui concerne le VIH, 1 femme est séropositive. 3 femmes sont porteuses de la syphilis, sans indication sur un éventuel traitement.

Quant à la tuberculose, elle fut à l'origine d'une demande d'IVG, mais le manque d'informations concernant cette donnée ne permet pas d'affirmer que les autres femmes étaient indemnes.

6) Nombre d'échographies

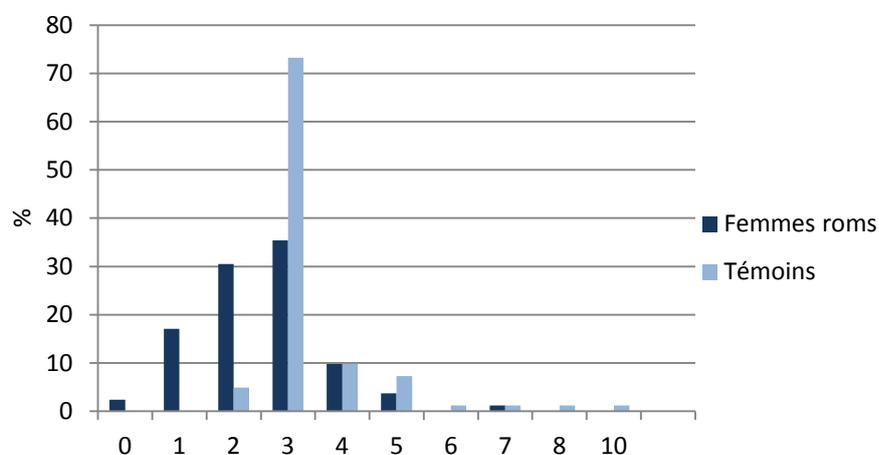


Figure 5 : Nombre moyen d'échographies par femme

En moyenne, les femmes roms réalisent 2 à 3 échographies, ce qui est proche des recommandations de l'OMS. Toutefois ces 3 examens sont rarement faits dans les délais légaux de 12, 22, 32 SA. En effet l'échographie de datation (11-12 SA) est peu réalisée, la grossesse n'étant bien souvent pas encore connue à ce terme-là. Par ailleurs, les échographies ultérieures sont particulièrement bien honorées du fait de l'intérêt notable qu'elles représentent pour les familles. Effectivement, elles sont l'occasion de « rencontrer » cet enfant en devenir, de concrétiser la grossesse, mais également d'obtenir la réponse tant attendue du sexe du fœtus.

7) Terme d'accouchement

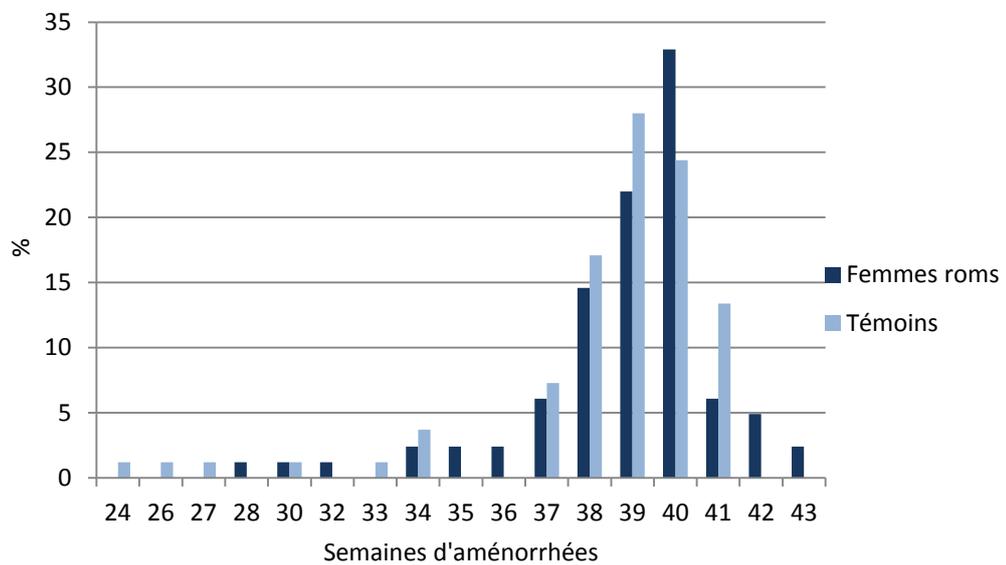


Figure 6 : Terme moyen d'accouchement

8) Poids de naissance des enfants

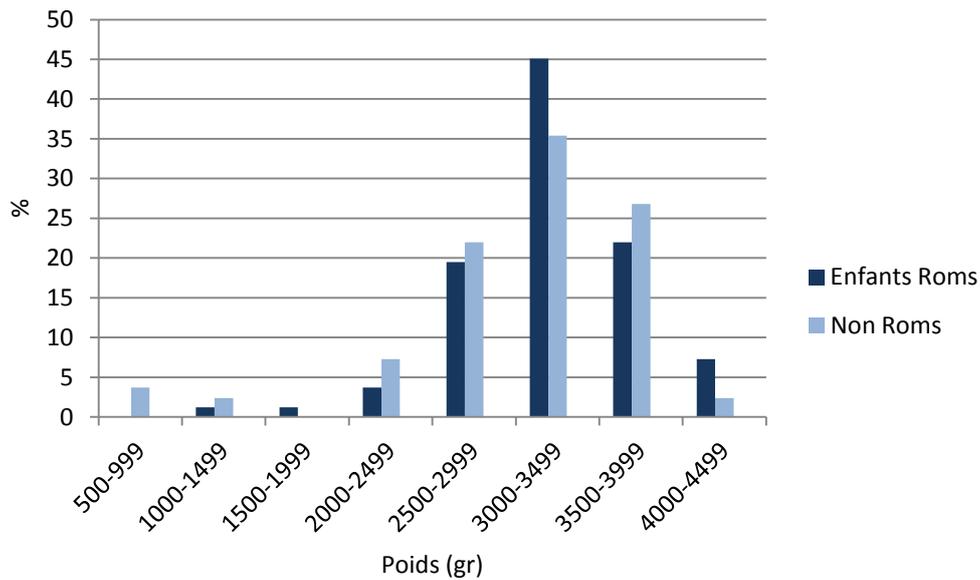


Figure 8 : Poids moyen des enfants

La médiane est de 3298 gr pour les nouveau-nés roms et de 3160 gr pour les autres nouveau-nés, soit une hausse respective de 50 et 90 gr par rapport à la moyenne obtenue précédemment. Ainsi la différence entre ces 2 médianes est donc légèrement moins importante (138) que celle entre les 2 moyennes (178).

Les femmes roms accouchent donc d'enfants de poids significativement supérieur à celui des femmes témoins, bien que cet écart soit minime.

Au final, les différences observées entre les femmes roms et les témoins sont les suivantes : âge maternel plus précoce, parité plus élevée, réalisation du test biologique de T21 plus rare, dépistage du diabète gestationnel moins fréquent, immunité vis-à-vis de l'hépatite B plus importante, suivi de grossesse principalement à l'UGOMPS, plus de tabagisme au 1^{er} trimestre de grossesse, mise en travail spontané accrue, moins de déclenchement et moins de césarienne avant travail, moins d'analgésie péridurale, moins de césarienne au final, meilleure trophicité néonatale (à âge gestationnel égal), allaitement maternel plus répandu, durée de séjour plus courte (en cas d'accouchement voie basse).

Analyse multivariée

Quatre critères ont été analysés pour tenir compte des différences entre les 2 populations :

- Le taux de déclenchement (versus début spontané + césarienne) reste significativement différent en tenant compte de l'âge maternel et de l'âge gestationnel. ($p < 0,02$ OR ajusté = 0,31 (0,12 – 0,81))
- Le taux de césarienne avant travail (versus début spontané + déclenchement) n'est plus significatif en tenant compte de l'âge maternel et de l'âge gestationnel. ($p = 0,17$ ORa = 0,38 (0,09 – 1,51))
- Le taux final de césarienne (versus voie basse avec ou sans instrument) n'est plus significatif en tenant compte de l'âge maternel et de l'âge gestationnel. ($p = 0,30$ ORa = 0,51 (0,80-1,07))
- Le Z-score d'Usher reste significativement plus élevé chez les femmes roms en tenant compte de l'âge maternel, de l'âge gestationnel et du tabagisme. ($p < 0,01$ ORa = 2.29 (1.40 – 3.74))

On peut en conclure que les femmes roms, malgré un suivi de grossesse discontinu et probablement insuffisant, notamment en ce qui concerne la réalisation de tests biologiques, ont une grossesse de déroulement physiologique dans la majorité des cas, avec un accouchement souvent rapide et eutocique. Les nouveau-nés sont de poids légèrement supérieur à ceux des témoins malgré un tabagisme maternel relativement important.

E. Régulation des naissances

1) Contraception antérieure à la grossesse

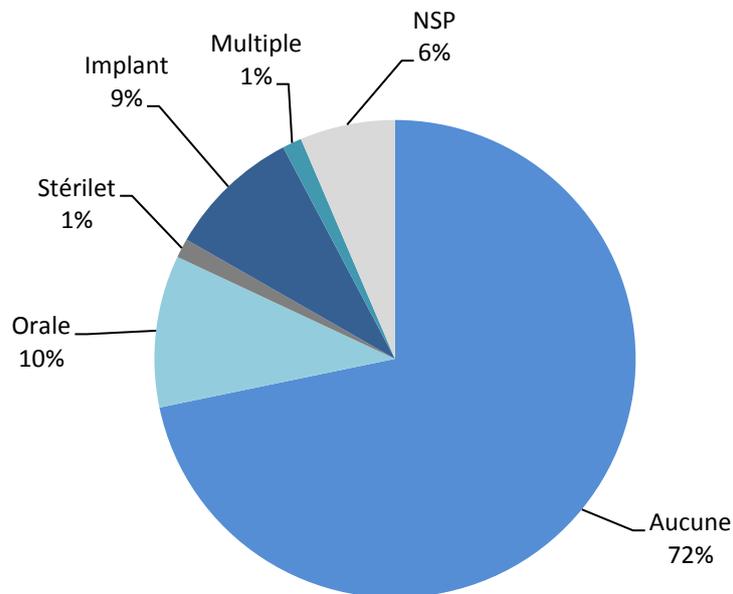


Figure 7 : Moyens contraceptifs précédant la grossesse

Avant la grossesse, les femmes n'ayant recours à aucun moyen de contraception sont majoritaires (72%). Ceci peut s'expliquer par le fait que notre échantillon contienne une majorité de femmes nulli- et primipares. Or, la contraception est principalement abordée lors du séjour en maternité, ce qui peut expliquer le défaut d'information de ces femmes. De manière générale, la contraception féminine est souvent abordée avec le médecin traitant ou le gynécologue, et précède souvent une 1^{ère} grossesse. Néanmoins pour les femmes roms, la contraception n'est souvent abordée et débutée que lors de la naissance du 1^{er} enfant, ce qui peut expliquer la faible utilisation de contraceptifs auparavant.

2) Contraception du post-partum

Etude cas-témoin 2010

%	Femmes roms	Témoins	p
○ Implant	46,3	3,7	4
○ Pilule	25,6	61	

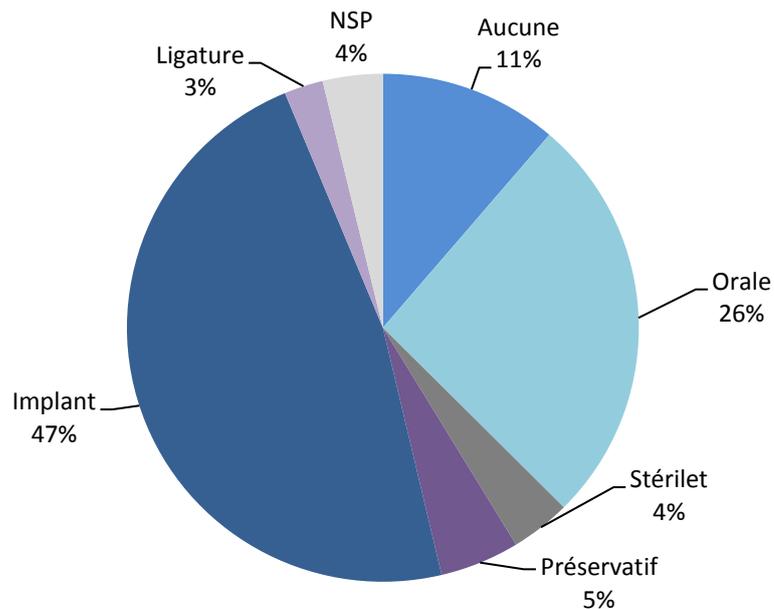


Figure 8 : Moyens contraceptifs du post-partum

La contraception est en train d'entrer dans les mœurs des couples roms. Ainsi, on assiste à une apparition prépondérante de l'implant (46%) devant largement l'utilisation du stérilet et de la pilule. De plus, les femmes roms sont nombreuses en suites de couches à être avides de conseils sur des moyens contraceptifs, simples et peu onéreux, qui leur permettra d'espacer leurs grossesses.

Un allaitement maternel prolongé et exclusif répond à cette volonté d'espacer chaque grossesse. Selon ces femmes, l'intervalle idéal entre 2 naissances semble être de 2 ans ; ceci met en évidence leur réel désir de limiter et contrôler leur fécondité. [21]

Mais le chemin reste cependant long à parcourir, notamment en ce qui concerne l'utilisation du préservatif, que les hommes refusent toujours. De même, aux dires de certaines femmes, la pilule est trop contraignante, le stérilet trop inquiétant (souillure de la femme par ce corps étranger ?). La ligature tubaire semble rester la solution de choix pour les grandes multipares.

III. Discussion

A. Limites de l'étude

- Les témoins de notre analyse peuvent comportés des biais. Il aurait notamment été intéressant qu'ils soient d'âge identique à celui des femmes roms.
- La sélection des dossiers à l'UGOMPS a pu être établie grâce à l'origine géographique des patientes, soit la Roumanie pour les femmes roms. Mais il est possible qu'avec ce procédé, nous ayons sélectionné des femmes certes roumaines, mais ne se reconnaissant pas dans la culture rom.
- L'importance des données manquantes dans les dossiers obstétricaux (IMC en particulier) ont biaisé l'analyse multivariée.

B. Comparaisons

1) Suivi de grossesse

La population rom, au mode de vie précaire rejoint la situation des populations en grande détresse pour lesquelles un suivi optimal de grossesse se heurte aux obstacles financiers, culturels, ainsi qu'à ceux de la langue et de la situation sanitaire en vigueur dans le pays d'accueil.

Au préalable, précisons que 2 dossiers ont justifié une demande en AMP. Ceci met en exergue l'importance primordiale de l'enfant dans la culture tsigane.

Dans une étude réalisée chez 100 femmes roms en 2007, [22] l'âge moyen à la 1^{ère} grossesse était de 17 ans ; les femmes avaient en moyenne 4 grossesses, dont seule la moitié aboutissait à une naissance vivante (risques liés à l'âge précoce, au faible suivi de grossesse, aux nombreuses IVG et fausses-couches). Toujours selon cette étude, moins de 1 femme sur 10 (8,3%) était suivie de manière satisfaisante durant sa grossesse.

Le suivi obstétrical des femmes roms est en effet souvent incomplet et discontinu. Il n'est pas rare de déclarer la grossesse largement après l'échographie de 12 voire de 22 SA, les consultations mensuelles sont honorées de manière ponctuelle, contrastant avec la fréquence des consultations d'urgence. Les femmes roms échappent trop souvent aux différents examens biologiques nécessitant d'être réalisés sur des périodes bien précises. Ainsi dans notre série, le double test n'est réalisé que pour 11% des femmes : ce faible résultat peut s'expliquer, d'une part par le fait que la période de réalisation soit souvent dépassée, et d'autre part par le fait que les familles roms connaissent une

forte imprégnation religieuse qui tend à apporter un certain sens à la naissance d'un enfant handicapé.

De même pour le test de O'Sullivan, permettant un dépistage du diabète gestationnel. Il n'est réalisé que dans 39% des cas, bien souvent pour les mêmes raisons de délai dépassé ou de non coopération de la part des femmes roms qui ne se déplacent pas au laboratoire d'analyses.

Toutefois, au-delà des contraintes que semblent représenter pour ces femmes les différents examens obstétricaux, il n'est perçu aucune grave perturbation de la grossesse qui aurait pu être dépistée au préalable. La culture rom se situe dans une consommation immédiate en matière de soins. Tant que la grossesse, selon la parturiente et les autres femmes expérimentées du groupe, se déroule sans entrave à leurs yeux, il n'y a pas lieu de se plier à un quelconque suivi. A l'inverse, le moindre signe leur paraissant anormal, ou inquiétant, les font consulter en toute hâte.

On peut établir une comparaison avec les gens du voyage. Dans ce groupe, les femmes enceintes sont soumises à d'autres types d'adversités. En effet, ces groupes se déplaçant de façon régulière et sur de longs trajets, c'est tout le suivi de grossesse qui en pâtit. On saisit bien, dans ce cas, toute l'importance du carnet de maternité qui permet de faire le lien entre les différents professionnels amenés à suivre la grossesse. Si on en revient aux familles roms, certes les expulsions aggravent leur situation et entravent un suivi optimal, mais il semble que le lien avec le professionnel qui les suit reste préservé, car on retrouve souvent ces familles dans la même région, le même département. Il est à noter toutefois, concernant les 130 femmes roms retrouvées au début de notre étude, que 6 d'entre elles, après avoir débutées un suivi de grossesse au CHU ont été perdu de vue, probablement suite à une expulsion.

Mais alors que penser de l'attitude de ces jeunes femmes pour qui la grossesse semble se dérouler sans encombre, avec a priori peu de pathologies obstétricales ? Par exemple, malgré l'absence de test de dépistage et de mauvaises habitudes alimentaires, le taux de diabète reste faible, celui des nouveau-nés macrosomes également.

Pour autant, les facteurs de risque propre à ces populations défavorisées ne sont pas inexistantes.

Ceux habituellement cités sont :

- L'origine ethnique (déracinement, culture étrangère, mœurs différents...)
- L'absence de couverture sociale.
En effet, l'ouverture des droits en matière de santé est difficile en l'absence de domicile. Les centres communaux d'action sociale ont pour mission d'assurer, de droit, les domiciliations administratives pour les personnes ne pouvant pas apporter de justificatif de domicile. Mais par manque de moyens tous les CCAS ne le font pas (notamment celui de Nantes qui est remplacée par l'association Gasprom). Pourtant ces domiciliations sont indispensables pour l'ouverture des droits à la CMU ou à l'AME possible après 3 mois de résidence en France.
- L'absence d'activité professionnelle et le niveau d'éducation.
- L'isolement par rapport au père de l'enfant, mais également l'éloignement de la famille.
La revue *Sages Femmes* publiait, en 2005, une étude qui mettait significativement en évidence le fait que les femmes en situation précaire vivaient le plus souvent seules. [23]

Cependant ce critère de précarité n'est pas applicable aux femmes roms, qui sont habituellement très entourées.

- Des conditions de logement difficiles.

2) Facteurs de risque

De façon plus précise, le profil particulier des gestantes tsiganes permet de détacher certains critères pouvant être considérés comme des facteurs de risque de pathologie durant la grossesse : [24]

Facteurs de risque	Risques encourus
Age inférieur à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> ○ RCIU* (anémie, carence protéique, compétition entre la croissance de la mère et du fœtus) ○ MAP* et AP* ○ HTAG*
Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> ○ RCIU (risques potentialisés d'HRP*, prééclampsie)
Surmenage et expulsions répétées	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAP
Grande multiparité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insertion placentaire basse
Mauvaises conditions d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> ○ Infection (risque d'AP, de chorioamniotite, d'IMF*)
Alimentation riche en glucides et en lipides	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabète gestationnel ○ Macrosomie, Hydramnios ○ HTA
Consanguinité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Malformations fœtales, pathologies génétiques

*Liste des abréviations p 58

3) Risque d'accouchement prématuré

Ce risque est présent dans toutes les études portant sur la santé des populations défavorisées. En se référant au Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuré (Annexe 2), on peut effectivement considérer ce risque comme important du fait des conditions de vie déplorable des femmes roms, de leur très jeune âge au 1^{er} enfant ou de grossesses rapprochées, du tabagisme, de leurs tâches ménagères souvent éprouvantes...Force est de constater que, malgré tout, les MAP sont rares et que le risque d'accouchement prématuré reste surtout théorique.

L'évaluation du CRAP indique que les tsiganes de moins de 18 ans rentrent dans le groupe à risque certain (CRAP=11), que les moins de 20 ans et les + de 40 ans font partie du groupe à risque potentiel (CRAP=9) tout comme les autres femmes tsiganes dont le mode de vie suffit seul à les classer dans un groupe à risque potentiel (CRAP=7)

4) Accouchement

De même lors de l'accouchement, certains facteurs de risque propre à ces femmes apparaissent : [24]

Facteurs de risque	Risques encourus
Age inférieur à 18 ans	Croissance en cours : « petit » bassin
Grande multiparité	<ul style="list-style-type: none">○ Atonie utérine○ Dystocie mécanique et dynamique○ Présentation dystocique○ Hémorragie de la délivrance

Concernant notre étude, aucun de ces risques n'a pour ainsi dire été retrouvé de manière plus importante chez les femmes roms par rapport aux témoins.

A souligner que 2 accouchements ont eu lieu à domicile. Les 2 mères étaient primipare pour l'une et cinquième-pare pour l'autre. Il est important de rappeler que dans ce cas, il s'agit d'accouchement très rapide ne permettant pas à la femme de se rendre à l'hôpital à temps. En effet, accoucher chez soi, pour une femme rom est considéré comme un acte impur, c'est pourquoi cette tâche incombe aux « sages-femmes gadjées ».

5) Nouveau-né

Lors de l'accouchement d'une femme issue d'un pays à forte endémie tuberculique (cas de la Roumanie) et en situation précaire ou dont l'état de santé semble incertain, il est fréquent d'administrer au nouveau-né une dose de vaccin anti-tuberculeux BCG. Ceci a pu être observé pour une proportion importante des nouveau-nés de notre étude.

Sur 82 enfants roms, l'un d'entre eux a été maintenu hospitalisé pour une IMF découverte à J2. On peut considérer, au vu des conditions de vie des familles roms et du peu d'informations dont bénéficient les femmes enceintes, notamment sur les motifs de consultation à la maternité (RPM, signes fonctionnels) que les infections néonatales sont relativement rares dans notre échantillon.

6) Allaitement maternel

Ce mode d'alimentation est largement utilisé dans la population tsigane. Il leur convient, en effet, tout particulièrement grâce, notamment, à la couverture immunitaire qu'il confère au nouveau-né avec le passage d'anticorps par le lait maternel. Les risques d'infection par utilisation d'une eau impropre à la préparation des biberons ou par conservation du lait sont également contournés. Ainsi l'allaitement maternel concorde avec les conditions de vie des familles roms.

Il est fréquent d'observer pendant les premiers mois de l'alimentation du nourrisson l'ajout de sucre blanc dans leur biberon. La raison invoquée est que cela apaise leurs pleurs, soulageant leur faim, ou le moment venu, la douleur due à la poussée des dents de lait.

7) Sorties contre avis médical

Il est aisé d'imaginer qu'elles sont fréquentes. En effet l'absence de couverture sociale pour certains peut être à l'origine de séjour écourté. Egalement, la culture de vie en clan rend difficile l'hospitalisation pour une accouchée rom qui tolère mal la rupture avec le groupe ainsi que la séparation avec ses autres enfants restés au foyer.

Ces sorties brutales et inopinées peuvent être à l'origine de complications du post-partum. On sait que certaines pathologies néonatales ne peuvent être dépistées avant au moins le 3^{ème} jour de vie (auxquelles s'ajoutent les défauts de prise de poids, d'éventuelles anomalies du système digestif, ictères...). Côté maternel, une sortie prématurée peut laisser la femme dépourvue face à des problèmes d'allaitement, d'infection, de troubles psychiques... Pour ces diverses raisons, il semble incontournable de mettre en place un suivi PMI dès lors qu'il y a sortie du couple mère-enfant précédant le 3^{ème} jour du post-partum.

8) Comparaison à la population générale

%	Population générale	Femmes Roms	Femmes témoins	p*
Travail spontané	60,7	85,4	61	S
Travail déclenché	19,7	11	22	S
Césarienne	19,6	8,5	20,7	S
○ Dont césarienne avant travail	12,5	3,7	12,2	
Anesthésie péridurale	62,6	34,1	56,1	S
Prématurité < 37 SA	7,2	11	9,8	NS
Poids de naissance < 2500 gr	8,0	6,1	13,4	NS
Apgar < 8 à 1 min	5,9	8,8	8,9	NS
Allaitement maternel	56,5	92,7	73,2	S

Source : enquête nationale périnatale 2003

* S : significatif NS : non significatif

Remarque : Attention, certains chiffres de notre travail sont à pondérer car ils sont issus d'une étude réalisée dans une maternité de niveau 3, ce qui en ce sens, peut perturber la comparaison aux chiffres de la population générale.

C. Rôle de la sage-femme

1) Contraception

Dans une récente étude menée en 2008 [25], Médecins du Monde établissait que la majorité (90%) des femmes roms n'utilise pas de contraception efficace avec pour conséquence un nombre important de grossesses par femme ainsi qu'un recours massif et répété à l'IVG. En effet, on retrouve dans la littérature que l'IVG semble être la « contraception de choix » des femmes roms.

Ceci peut s'expliquer par les interdits de l'aire communiste roumaine, où les méthodes contraceptives et abortives furent prohibées jusque dans les années 90, et qui ont profondément marquées ces femmes. A la fin de la dictature, l'ignorance dans laquelle elles avaient été immergées, conduisirent ces femmes à réaliser des IVG de manière plus évidente que d'envisager un recours à une méthode contraceptive durable. Ceci principalement par manque d'informations et/ou d'interlocuteurs. En effet, ces femmes sont particulièrement peu suivies sur le plan gynécologique, les consultations pour demande de contraceptifs restent exceptionnelles.

Cette même étude montrait qu'à 22 ans d'âge moyen, 43 % des femmes avaient déjà avorté. Le nombre moyen d'IVG par femme était de 1,3 et de 3,3 pour celles ayant subi au moins une IVG.

Pour ce qu'il en est de notre étude, le pourcentage rapporté de femmes ayant subies au moins une IVG était quant à lui beaucoup plus faible (19,5%), ce qui laisse peut-être entrevoir une évolution positive dans les mœurs des femmes roms depuis 2008, qui privilégieraient davantage une contraception efficace.

En effet, les femmes roms ont le désir de contrôler le nombre de naissances et ont la connaissance de l'existence de méthodes contraceptives modernes. La pratique d'une religion, l'influence du conjoint ou la culture rom même, n'apparaissent pas comme des facteurs limitant l'accès aux contraceptifs modernes. A contrario, leur situation précaire, le défaut de couverture médicale ainsi que la barrière de la langue apparaissent comme les limites majeures et concrètes.

Améliorer l'accès de ces femmes aux méthodes contraceptives modernes implique une amélioration de l'accès des roms à la santé en général, ce qui sous-entend d'instituer pour eux une couverture sociale efficiente. Ces perspectives d'évolution impliquent un travail en réseau des associatifs, des professionnels de santé, des structures d'accueil (hôpitaux, PMI...) et des pouvoirs politiques. Le personnel des maternités et tout particulièrement les sages-femmes ont l'opportunité de rencontrer et d'interagir avec cette population souvent très éloignée du système de soins ; ainsi la formation des soignants sur la prise en charge des populations migrantes précaires apparaît essentielle.

Il ne semble pas correct de parler de sexualité et de procréation avec sa mère. Ainsi, les jeunes femmes roms commencent leur vie conjugale sans réelles références et connaissances en matière de sexualité. De même, les codes sociaux obligent ces femmes à n'aborder ces sujets qu'entre femmes de même statut. On ne peut échanger si les expériences sur la sexualité, la maternité diffèrent.

Pourtant il est à remarquer que les femmes roms abordent avec relativement d'aisance la contraception lors des consultations ; ceci peut s'expliquer par le statut de « gadjé » du professionnel: il « détient le savoir » tout en ayant l'avantage de ne pas appartenir au groupe, ce qui permet de dépasser certaines contraintes sociales que s'imposent les femmes roms entre elles.

Ce constat laisse à penser que des séances collectives portant sur différents thèmes pourraient permettre de répondre à l'intérêt de ces femmes, notamment en matière de contraception, tout en comblant leur ignorance. Soulignons que ce genre d'ateliers a récemment été mis en place par MDM sur les terrains conventionnés, créant ainsi une rencontre conviviale et sécurisante, isolée des hommes, où les femmes peuvent ainsi parler librement de leurs désirs et attentes en matière de contraception.

2) Suivi de grossesse

- Une des difficultés première du professionnel qui suit ces femmes réside bien souvent dans l'obstacle de la langue. Ceci s'applique aussi bien lors d'une consultation en urgence qu'au cours d'un suivi inscrit dans la durée, à cette différence près que, dans le dernier cas, la programmation des rendez-vous est faite de manière, notamment, à organiser la venue d'un interprète. Ainsi donc une sage-femme de l'UGO sera confrontée, en plus de l'urgence de la consultation, à un certain désappointement du fait de la difficulté à constituer un interrogatoire concis et complet par absence de traducteur. Pour pallier à l'indisponibilité partielle des interprètes (nuit et week-end), des livrets de traduction franco-roumaine, déjà à disposition dans certains services, servent de repère pour certains mots clés facilitant ainsi l'interrogatoire médical. Leur diffusion pourrait être élargie et utile au service des urgences gynécologiques et obstétricales.
- Témoignage de Maryse, sage-femme bénévole à Médecins du Monde en Seine St Denis. Chaque semaine elle assure une sortie consacrée aux suivis de grossesse des femmes roms :

« Les femmes roms ne bénéficient encore que trop rarement d'un suivi de grossesse. Elles ne savent pas où aller, ni vers qui se tourner. Le plus souvent elles travaillent, il faut donc pouvoir faire garder les enfants. Elles ne savent pas où se trouvent les PMI ni comment ces structures fonctionnent. Elles pensent qu'il leur faudra payer puisqu'en Roumanie les échographies sont payantes. La peur est également un frein considérable: la peur d'un contrôle de papiers ou d'être gardée en hospitalisation loin des leurs... »

De ces dires, il semble intéressant de constater que la présence d'un professionnel de la santé, voire de la naissance, auprès des femmes roms enceintes, directement sur leur lieu de vie, tendrait à obtenir des grossesses a priori mieux suivies. Cette situation pourrait se concrétiser à Nantes, avec l'élargissement de l'unité mobile MDM à des sages-femmes bénévoles, qui seraient chargées d'assurer une partie du suivi anté et post-natal lorsque celui-ci n'est pas envisageable à l'hôpital (terrains isolés, mauvaise perception d'un besoin, appréhension...). Ceci permettrait à ces femmes, l'accès aux soins auxquels elles peuvent prétendre. Pour autant, le but n'est pas de se substituer à la mission hospitalière qui leur permet notamment une certaine intégration et reconnaissance sociale, mais bien d'élargir le suivi de grossesse aux femmes isolées.

3) Accouchement

Là encore le rôle de la sage-femme est primordial puisque celle-ci sera le premier interlocuteur auquel s'adresseront ces femmes. Notre étude nous a éclairés sur le fait qu'elles accouchaient la plupart du temps « vite et bien », c'est-à-dire que la phase active du travail se trouve souvent débutée lorsqu'elles arrivent à la maternité, les conduisant à un accouchement spontané, rapide, sans analgésie péridurale. Dans sa mission d'accompagnement des parturientes, la sage-femme trouve ici tout son rôle, du fait de cette absence d'analgésie, mais également du fait de la fréquente solitude de ces femmes lors de l'accouchement, le conjoint étant souvent absent (de son plein gré ou car souhaité par sa femme ?).

4) Post-partum

Les femmes roms dans leur ensemble, ont le plus grand mal à respecter un délai d'hospitalisation supérieur à 2-3 jours. Leur bien-être complet n'est envisageable qu'au sein du clan, qu'au sein des leurs. Dans cette période si riche du post-partum, il est du rôle de la sage-femme d'être particulièrement attentive aux sorties précoces. Elles peuvent en effet faire le lit de complications, notamment sur le versant néo-natal. Par exemple, le risque d'ictère peut apparaître secondairement à quelques jours de vie, certains tests tel que celui de Guthrie ne peuvent être réalisés qu'au 3^{ème} jour ; de plus la reprise de poids n'est pas toujours nettement amorcée lors d'une sortie dès les tout premiers jours de vie ; également, l'administration du vaccin BCG peut ne pas avoir été faite à temps. Ces différents risques sont mis à l'appui de manière éloquent par les chiffres 2008 de la mortalité néo-natale précoce qui fut évaluée à 19 ‰ dans la population rom, contre 2,2 ‰ dans la population française en 1996 (soit un risque de mortalité multiplié par 9). [26]

Sur le versant maternel, les complications propres à l'allaitement (engorgement, lymphangite, voire abcès) peuvent surgir lors du retour à domicile et désarçonner certaines femmes. Les complications infectieuses existent également (endométrite, abcès de paroi ou périnéal). Ces risques propres à la période du post-partum peuvent avoir des conséquences majorées chez les femmes roms du simple fait de leur isolement, car elles se déplacent rarement dans les centres de PMI. Ces situations sont fortement intriquées aux conditions de vie (absence d'eau, d'électricité, de chauffage) qui potentialisent les risques de complication. Il sera donc primordial de mettre en place un suivi PMI par une sage-femme, éventuellement une puéricultrice ; également d'informer MDM de la fragilité de ces couples mère-enfant.

Remarque :

Notre première partie s'est arrêtée sur une description principalement livresque de la culture rom, cherchant à mieux comprendre ce que représente le statut de la femme au sein de cette communauté.

Nous avons voulu illustrer cette description par une étude analytique avec pour objectif de se faire une idée plus précise de leur maternité.

Cependant, au-delà de ces 2 aspects purement descriptifs, il aurait été intéressant de se faire l'écho de ces femmes, de relater leur vécu singulier de la grossesse. Pour ce faire, nous aurions pu nous aider d'interviews réalisées sur les terrains ou lors de consultations de suivi obstétrical.

Cependant le principal obstacle à surmonter aurait été celui de la langue. En effet, peu de femmes roms parlent couramment le français, ces interviews auraient donc nécessité un interprète. Cet autre versant de la maternité chez les femmes roms pourra être envisagé dans un futur travail de recherche.

PARTIE 3 :

Acteurs de solidarité



I. Plan politique

La question du statut des Roms ouvre un large débat, très actuel et passionné. Nombreuses sont les personnes, qui conscientes de cette intolérable précarité, ont fait acte de citoyenneté en usant d'une imagination solidaire et généreuse.

On dénombre actuellement dans l'agglomération nantaise, quelques 1200 à 1500 Roms (effectif multiplié par 6 entre 2002 et 2008). Exclusivement d'origine roumaine, la plupart sont en provenance de la région de Turnu Séverin, région ouest du pays. La moitié de ces familles continue à vivre dans des conditions indignes qui menacent leur santé, notamment celle des plus jeunes. Récemment, un Rom expliquait qu'à l'instar de toutes les communautés pauvres s'installant dans un pays riche, la misère, le manque de culture et le manque de formation professionnelle étaient à l'origine de leurs difficultés.

On estime qu'environ 25% des Roms nantais n'ont ni titre de séjour ni visa, ce qui les expose à des mesures de reconduite. Parmi eux 20% sont en France depuis plus de 3 ans...

Leurs moyens de subsistance sont extrêmement limités. Les familles avec enfants reçoivent du Conseil Général l'aide à la subsistance : 290€ pour un couple avec un enfant, 457€ avec 3 enfants. Depuis fin 2007, ils ne peuvent plus prétendre aux allocations familiales.

Depuis 2007, date d'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne et le principe de libre circulation, l'immigration rom est sensiblement plus importante. Pour organiser ce flux migratoire, dans un premier temps 350 Roms furent installés sur 3 terrains viabilisés mis en place par Nantes-Métropole (terrains conventionnés : Nantes Est: Sainte Luce, Nantes Ouest: Cheviré, Nantes Sud: Sorinières). La gestion de ces terrains est assurée par les associations « Une famille, Un toit » et ActaRoms.

Logés dans des caravanes récentes, ils bénéficient d'une couverture sociale, d'un suivi vaccinal, d'un accompagnement social...



Mais un millier d'autres Roms furent contraints de squatter divers terrains diffus (à Indre, Carquefou, Couëron) sans eau, électricité ni sanitaires. Ils vivent entassés dans des caravanes délabrées, parfois sous des tentes. Des expulsions régulières tous les 2-3 mois viennent accroître leur précarité et asseoir certaines discriminations. *«Ces Roms, absents lors des recensements ou arrivés plus récemment, ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas les mêmes droits que les autres, d'autant plus qu'ils sont désormais des citoyens européens»* souligne Sylvie Chapelais responsable de la mission Rom à MDM.

L'année 2008 a vu s'accroître de manière considérable le nombre de nouveaux arrivants (effectif multiplié par 2), notamment du fait de nouvelles mesures répressives en Italie. Les expulsions itératives (au nombre de 12) restèrent cependant inefficaces pour enrayer ce flux.

Pourtant des projets d'intégration pour ces familles sont à l'œuvre aujourd'hui...

Récemment, deux communes de l'agglomération nantaise, Indre et Sainte-Luce ont engagé un de ces programmes d'intégration urbaine de familles en situation précaire. Ceci permet, sinon de résoudre complètement la question de ces familles roms, en tout cas de faire bouger les lignes, et d'amorcer un débat plus humain et pragmatique.

II. Plan social

L'idée ici est de faire le point sur les différentes associations, contacts utiles, oeuvrant auprès de cette population et pouvant être sollicités par les femmes roms.

- **PASS**: Permanence d'Accès aux Soins de Santé. (Consultation Jean Guillon)
 - Structure de prise en charge médico-sociale, dont l'objectif est de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs, de soins, d'accueil et d'accompagnement social.
 - Lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation s'adressant aux populations défavorisées.
- **UGOMPS**: Unité de Gynécologie Obstétricale Médico-Psycho-Sociale
 - Structure existant depuis 2004
 - Assure le suivi gynécologique et/ou obstétrical de femmes immigrées ou en situation de précarité sociale, psychologique.



- **Médecins du Monde**:
 - Ouverture de la mission rom en 2002
 - Recouvre une population de 600 Roms (510 consultations médicales en 2008 dont 64% pour mineurs).
 - Unité-mobile composée uniquement de bénévoles, se déplace 2 fois par semaine avec le camion-consultation visiter tour à tour chacun des différents terrains.
 - **Récemment MDM s'est fixé comme objectif de promouvoir la santé materno-infantile au sein de la population rom.**



- **ASAMLA:** Association Santé Migrants de Loire-Atlantique
 - Favoriser l'intégration par la santé des populations immigrées en prenant en compte la culture d'origine.
 - Informer les professionnels de la santé et du travail social sur les corrélations entre culture et santé.
 - Faire connaître aux populations immigrées les services publics et privés auxquels ils peuvent avoir recours.

- **Acta Rom:** Animation Coordination Terrains d'Accueil
 - Missionné et financé par le Conseil Général de Loire-Atlantique depuis 2007 pour intervenir sur les terrains « conventionnés » désignés à l'intégration des Roms
 - Accompagnement social des familles relevant du programme conventionné (accès aux droits, scolarisation, relogement, santé...)
 - Action d'animation, de coordination et de prévention

- **Permanence Chaptal:**
 - Suivi de + de 320 familles roms par des travailleurs sociaux
 - Instruire les aides à l'enfance
 - Aide aux démarches de scolarisation
 - Assurer le diagnostic social de ces familles

- **Gasprom:** Groupement Accueil Service et Promotion du travailleur immigré
 - Depuis 1970, lutte contre le racisme et les discriminations, sociales, raciales ou sexistes
 - Cours d'initiation à la langue française et d'alphabétisation pour immigrés en situation précaire.

- **Collectif RomEurope:** Collectif National Droits de l'Homme
 - Pour l'accès aux droits fondamentaux des Roms migrants en France

- **Une famille, Un toit:**
 - Aide à la sédentarisation de familles tsiganes

- **Santé des femmes, santé des migrants**

- **Centre fédératif de prévention et de dépistage**

- **CIDIST :** Centre d'Information et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles
 - Action de dépistage en mai 2008 sur les terrains conventionnés

- **CLAT :** Centre de lutte anti-tuberculose (Dispensaire Jean V)
 - Incidence 2005 : 250 cas pour 100 000 Roms vivant en Pays de Loire
 - 2 cas roms furent dépistés à Nantes en 2008.

Conclusion

La santé est un droit, elle est un droit commun. La population rom présente des indicateurs de santé alarmants, souvent spécifiques des pays sous développés. Wresinsky définit la précarité comme telle: « absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. »[27] Ainsi les familles roms en n'ayant pas accès à un logement décent, à un travail rémunéré ne peuvent entièrement jouir de leurs droits à la santé. Les stéréotypes dont sont victimes les roms perdurent et impactent leur accès aux soins. [28]

Soutenir d'authentiques actions de prévention (par exemple diminuer le tabagisme) et d'action sanitaire (meilleur accès à l'eau) permettra d'améliorer à long terme leur sort qui ne sera réellement évolutif que lorsque les pouvoirs publics trouveront des solutions durables pour mieux organiser ces « migrations de la misère ».

Toutefois, notre étude a montré que sur le plan obstétrical, malgré un suivi parfois complexe du fait notamment des expulsions, les grossesses suivaient un déroulement physiologique et l'accouchement était eutocique.

Quelques pistes pour améliorer la prise en charge de ces femmes dans les structures de soins peuvent être avancées: [25]

- permettre à toutes les structures publiques, de bénéficier d'un budget dévolu à l'interprétariat et systématiser le recours à ces dispositifs.
- faciliter l'ouverture des droits à une couverture médicale notamment par l'accès à une domiciliation.
- adapter les protocoles de suivi aux femmes en grande précarité.
- lutter contre les discriminations.
- faciliter l'accès aux structures de proximité telle que la PMI.

Liste des abréviations

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Social

AME : Aide Médicale d'Etat

CMU : Couverture Maladie Universelle

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

MAP : Menace d'accouchement prématuré

AP : Accouchement prématuré

HTAG : Hypertension artérielle gravidique

HRP : Hématome rétro-placentaire

IMF : Infection materno-fœtale

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

UGO : Urgences Gynéco-Obstétricales

ASAMLA : Association Santé Migrants de Loire Atlantique

Références

1. Liégeois JP *Roms et Tsiganes* P3
2. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 21-22
3. Merle MS *Les Gitans: leur attitude face à la maladie et à la mort* p 39-70
4. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 64-65
5. Michel O *Le Figaro magazine* 02/10/10 p 51
6. Envoyé Spécial du 16/12/10 *Vie de Rom*
7. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 107
8. Médecins du Monde *La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?* Synthèse du forum du 25 février 2010
9. Médecins du Monde *Rapport d'activités de l'action auprès des Roms. Extrait du rapport d'activités 2008 de la Mission France de Nantes* p 14
10. Missaoui L *Gitans et santé de Barcelone à Turin* p 76
11. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 107
12. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 135
13. Médecins du Monde *La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?* Synthèse du forum du 25 février 2010
14. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 63
15. Bultet S *La maternité chez les Gens du Voyage* p 45
16. Etre une femme dans le monde tsigane p 72- 86
17. Duranteau C *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale.* p 56
18. Ferney A *Grâce et dénuement* p 31-32
19. Merle MS *Les Gitans: leur attitude face à la maladie et à la mort* p 39-70
20. Fernagu C *Les Roms et la régulation des naissances, comprendre pour mieux accompagner* p 40
21. Fernagu C *Les Roms et la régulation des naissances, comprendre pour mieux accompagner* p 33
22. Médecins du Monde *Mission périnatalité auprès des femmes roms.* Rapport mars 2008
23. La revue Sages-Femmes 2005 p 14-23
24. Bultet S *La maternité chez les Gens du Voyage* p 50-52
25. Médecins du Monde *Mission périnatalité auprès des femmes roms.* Mars 2008
26. Médecins du Monde *La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?* Synthèse du forum du 25 février 2010
27. Wresinsky J *Rapport présenté au Conseil économique et social : grande précarité économique et sociale.* Paris 1987
28. Corty JF, coordinateur des missions France à MDM *La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?*

Bibliographie

LIVRES

- PONS. E Les Tsiganes en Roumanie : des citoyens à part entière Ed. L'Harmattan
- FONSECA. I Enterrez-moi debout. L'odyssée des Tsiganes Ed. Latitudes Albin Michel
- DURANTEAU. C La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale Ed. L'Harmattan
- MISSAOUI. L Gitans et santé de Barcelone à Turin Ed. Llibres del Trabucaire
- TISON. B Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle Ed. Masson
- LEVY. I Soins et croyances Ed. Estem
- MORO , NEUMAN , REAL Maternités en exil . Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle Ed. La pensée sauvage
- CLEBERT. JP Les Tsiganes Ed Arthaud 1961

ROMAN

- FERNEY. A Grâce et dénuement Ed Flammarion
- MAXIMOFF. M Les Ursitory Les anges du destin

PERIODIQUES

- Etudes Tsiganes : L'esclavage des Roms Revue trimestrielle n°29
- Etudes Tsiganes : Etre une femme dans le monde tsigane Revue trimestrielle n°33-34
- La Revue Sage-femme 2005

RAPPORTS

- Rapport Richard Situation enjeux Roms migrants Nantes juin 2008
- Médecins du Monde :
 - Mission périnatalité auprès des femmes roms. Mars 2008
 - Rapport d'activités de l'action auprès des Roms. 2008
 - La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ?
- La santé des gens du voyage. Comprendre et agir élaboré par le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.
- Rapport de l'ONG Romani Criss - juillet 2010 -

MEMOIRES

- BULTET. S La maternité chez les Gens du Voyage Ecole de Nîmes 1996-2000
- FERNAGU. C Les Roms et la régulation des naissances, comprendre pour mieux accompagner Ecole de Dijon 2003-2007
- LENOIR. O « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » : Quel choix pour les femmes roms roumaines ? 2010
- PROUST. S Devenir obstétrical des patientes en situation précaire et bénéficiaires de l'AME, suivies à l'UGOMPS. 2006

THESES

- MERLE. MS Les Gitans : leur attitude face à la maladie et à la mort. Fac de médecine de Clermont-Ferrand. 1982

FILMS / DOCUMENTAIRES / CONFERENCES

- Caravane 55 de Valérie Mitteau, Anna Pitoun
- Envoyé Spécial 16/12/10 « Vie de Rom »
- Regards sur...Paroles de... *Les Roms migrants* du 08/04/09 au 03/05/09 à Nantes

Annexes

1) Témoignages

Extraits de l'enquête sur la santé des femmes roms menée par MDM en 2008

« J'aime mes enfants c'est la joie de ma vie, j'en ai trois mais un de plus je ne pourrais plus assurer, aidez-moi à avoir une contraception ! »

Ce matin là sur le terrain de Seine-Saint Denis plusieurs femmes de la famille assistent à la consultation de la sage-femme dans le baraquement, complicité féminine autour de la grossesse. L'une des femmes, P. nous explique que l'implant qu'elle s'est fait poser deux mois auparavant, marche très bien et que bientôt elle fera la visite de contrôle. D. lui demande de quoi il s'agit et nous interroge timidement sur ce que sont le stérilet et l'implant. Nous lui expliquons et proposons à l'ensemble des femmes présentes de prendre un rendez-vous au planning familial. Nous leur précisons également que la consultation sera gratuite. Aucune ne manifeste d'intérêt...En fin de consultation, au moment de quitter le terrain, une des femmes de la cabane insiste pour nous raccompagner à la sortie du bidonville. Sur le chemin, c'est mal à l'aise, qu'elle nous confie vouloir parler de quelque chose discrètement. Nous la suivons loin derrière les cabanes, à l'abri des regards de la « communauté »... Elle ose enfin aborder le sujet. M. évoque sa terrible peur de tomber de nouveau enceinte et d'être contrainte, une fois de plus, de recourir à une IVG : *« vous savez mademoiselle j'aime mes enfants c'est la joie de ma vie, j'en ai trois mais un de plus je ne pourrais plus assurer, aidez-moi à avoir une contraception ! »*

« Il est difficile d'établir une cartographie de la population pour apporter une offre de soin adaptée »

Expulsés d'un terrain à l'autre, les Roms pourtant sédentaires depuis plusieurs décennies, sont contraints de se déplacer très fréquemment. Ces mouvements incessants rendent plus difficiles la prise en charge des familles. Un pédiatre ne peut ainsi suivre et proposer correctement le calendrier vaccinal d'un nourrisson ; Marion confirme : *« Nous suivons les enfants 2 mois, 6 mois parfois plus et parfois nous les voyons seulement pour une consultation, et puis nous n'avons plus aucune nouvelle des familles. Il est ainsi difficile d'établir une cartographie de la population pour apporter une offre de soin adaptée. C'est au jour le jour, un petit plus... »*. Dans ces conditions, les médecins de MdM ne sont pas assurés de pouvoir suivre l'évolution de la jaunisse de la petite F, 3 semaines ; ni l'hépatite B. de sa maman ; d'ici à 2 mois, elles seront sûrement reparties... pour revenir plus tard, ailleurs.

« Cela nous arrive toutes les semaines »

Le 11 novembre 2007, une médiatrice de l'équipe de Médecins du Monde est à 9h à la gare du Nord : *« J'avais rendez-vous avec deux femmes Roms, enceintes de près de 7 mois que je devais amener au laboratoire d'analyses médicales afin de faire un bilan sanguin. Celui-ci est nécessaire dans le cadre du suivi de leur grossesse. Le lieu du rendez-vous ne convenait pas aux deux femmes : « la police nous embête toujours là-bas » mais je les avais rassurées « si on s'y retrouve à 9h, il n'y a pas de raison qu'ils vous fassent des histoires »*. Pourtant, une demi-heure après l'heure du rendez-vous, je ne les vois toujours pas arriver. L'après-midi, je me rends sur le terrain pour prendre des nouvelles des femmes et comprendre le motif de leur absence. Celles-ci se précipitent sur moi pour s'excuser. Elles étaient bien là à l'heure mais des policiers les ont interpellées pour un contrôle d'identité et les ont mises, sans motif réel, en garde à vue pendant 3h, avant de les libérer. *« Cela nous arrive toutes les semaines expliquent-elles »*...mais leur rendez-vous était manqué.

« Le service public ne serait-il pas tout public ? »

8 mars 2007, journée de la femme. A 7h du matin, la médiatrice de la mission Roms de Médecins du Monde vient chercher une femme sur le terrain Rrom pour l'amener à l'hôpital où elle a rendez-vous à 8h30. Celle-ci doit se faire faire une IVG puis placer un stérilet. A la station de bus, trois autres femmes Roms attendent le bus pour aller travailler, ticket en main. Une dizaine de minutes plus tard, le bus passe mais ne s'arrête pas...La médiatrice de MdM s'étonne, les femmes Roms semblent habituées *« il ne s'arrête jamais quand il n'y a que*

nous ». Ne pouvant prendre que le bus suivant, la médiatrice et la patiente arrivent en retard à la consultation. Elles sont alors refusées car « *il ne fallait pas rater l'heure !* » Stupéfait, un médecin de MDM contacte le responsable de ligne à la RATP. Celui-ci ne nie pas les faits et répond : « *nous recevons des lettres, les Rroms puent, ça dérange les autres usagers, et ils ne payent pas leur ticket* ». Les femmes présentes ce matin là, avaient toutes un titre de transport. Leurs jupes longues et colorées étaient toutes propres, mais visiblement Rroms. Le service public ne serait-il pas tout public Depuis, une rencontre entre l'équipe de Médecins du Monde et les services de la RATP a favorisé une prise de conscience des conséquences de ces actes de discriminations et une amélioration de l'accueil de ces publics.

« Ils n'ont qu'à appeler une ambulance ! »

Ce matin de septembre, on lit sur les visages des Rroms du terrain, l'angoisse d'une expulsion et de la destruction imminentes de « leur » campement. Une jeune femme se rend au camion médicalisé de Médecins du Monde avec son nourrisson, elle présente un abcès au sein. Robert, médecin bénévole à la mission, s'étonne de son état, malgré l'accueil plutôt favorable fait aux Rroms à l'hôpital de la ville la plus proche ...la femme lui explique qu'elle n'a pu se rendre à l'hôpital car, outre l'expulsion imminente, le maire de la commune a interdit l'accès au chemin communal. Celui-ci mène au terrain et chaque fois qu'ils l'empruntent, ils sont frappés d'une amende de 22€...soit 44€ l'aller-retour pour aller à l'hôpital. Le médecin téléphone à la mairie de la commune pour expliquer la situation, la gravité de l'état de santé de la femme et l'urgence des soins. Un agent de mairie lui rétorque « *ils n'ont qu'à appeler une ambulance* »...Finalement, le médecin lui fournira un traitement, qui mettra fin à son abcès.

« Nous sommes obligés de désinfecter après leur passage »

Maryse, sage-femme bénévole de la mission Rroms de Médecins du Monde, accompagne régulièrement les femmes Rroms enceintes jusque dans les structures de soins. Celles-ci sont pourtant censées prendre en charge toutes les femmes enceintes, quelques soient leurs origines, quelques soient leur couverture maladie : « *Pour être sûres qu'elles seront reçues correctement, nous sommes très souvent obligées de venir avec elles aussi bien dans les PMI que dans les hôpitaux. Elles restent encore trop régulièrement victimes d'actes de discriminations flagrants. Un jour, nous nous sommes ainsi entendues dire dans une PMI « Les femmes qui attendent ne veulent pas passer après ces femmes là. Nous sommes obligés de désinfecter après leur passage et elles sentent trop mauvais*».

Pas de consultation sans interprétariat téléphonique

J'accompagne R. qui est enceinte de 8 mois au service de la maternité d'un hôpital de la banlieue Nord. Elle est fatiguée et nous confie que ce bébé va être le dernier, c'est le quatrième. Elle n'a pas eu d'écographie pendant cette grossesse, mais les autres femmes du terrain lui prédisent, ce que confirme son intuition, que ce sera une fille : « *j'aurai 2 filles et 2 garçons, c'est le bonheur d'une mère !* ». Malgré la fatigue son visage rayonne sur ces paroles. Il y a un mois alors qu'elle avait une infection urinaire, R s'est rendue dans ce même hôpital. Très mal accueillie parce qu'elle ne parlait pas français et que sa grossesse n'était pas suivie, nous l'accompagnons ce matin, en espérant que notre présence facilitera sa prise en charge. Pourtant à l'accueil, nous sommes prises de haut. La secrétaire nous demande si la dame a un rendez-vous. Nous lui expliquons que la demande de rendez-vous est justement le motif de notre visite. R. n'a pas été suivie jusque là pour sa grossesse et nous souhaitons faire un bilan avant l'accouchement. La secrétaire nous demande alors si la dame sera accompagnée d'un interprète pour le rendez-vous. Nous lui expliquons que cela n'est pas certain, qu'il ne nous est pas possible d'accompagner toutes les femmes Rroms lors des consultations. Nous lui rappelons que les hôpitaux peuvent recourir à l'interprétariat par téléphone. La secrétaire refuse se justifiant par le manque de qualité de ce genre d'interprétariat. Elle ne donnera un rendez vous qu'à la condition que nous nous engageons à accompagner la dame. A force d'insistance nous obtenons finalement un rendez vous. Mais R. a finalement accouché avant ! Un grand nombre de femmes Rroms rencontrées dans le cadre des nos actions nous font part d'histoires semblables : « *je n'ai pas su leur expliquer mon problème je suis repartie de l'hôpital sans aucun résultat* »

« Elle serait couverte pour l'accouchement mais pas pour une fausse couche... »

A., 26 ans, est une Rrom roumaine. Elle vit avec son mari en banlieue Nord de Paris depuis environ un an. Elle habite un squat vétuste sans eau courante et risque d'en être expulsée. Lorsqu'elle est vue par un médecin de Médecins du Monde en décembre 2007, A. est enceinte de 2 mois. Elle explique qu'elle a perdu 4 grossesses lorsqu'elle vivait en Roumanie, chaque fois au terme de 6-7 mois, sans connaître la cause de ce problème. Ses grossesses n'avaient pas été suivies en raison de la pauvreté de sa famille et de la discrimination qui frappe les Rroms dans ce pays. En janvier 2008, enceinte de 3 mois, elle a des saignements vaginaux depuis 4 jours, elle se rend donc aux urgences de la maternité d'un grand hôpital de la banlieue Nord. On lui annonce qu'elle est peut-être en train de faire une fausse couche et qu'elle doit revenir dans 48 heures pour un nouveau contrôle. Deux jours après, de retour aux urgences, les saignements ont augmenté et le médecin lui confirme qu'elle a fait une fausse couche, qu'il faudra donc une intervention chirurgicale afin d'évacuer les restes de la grossesse. Elle est hospitalisée d'urgence et l'intervention est effectuée. Le lendemain, l'assistante sociale lui signifie que l'ouverture d'une AME n'est pas envisageable dans l'immédiat et n'ayant pas de couverture, elle recevra donc la facture de son hospitalisation. L'AME nécessite une présence ininterrompue de 3 mois en France or A. est retournée brièvement voir sa famille en Roumanie pour les fêtes de fin d'année. Lorsqu'un membre de l'équipe Rroms de MdM évoque, au téléphone, la circulaire « soins urgents » qui garantit une prise en charge gratuite des femmes enceintes et de toute situation pouvant menacer la vie, l'assistante sociale doute que la circulaire s'y applique : « *elle serait couverte pour l'accouchement mais pas pour une fausse couche* ». Elle évoque le poids que représentent les patients sans couverture maladie pour l'hôpital, qui n'est pas assuré de se faire rembourser pour ces actes.

« J'aimerais passer plus de temps avec eux, mais je n'ai pas le choix... »

En arrivant sur le bidonville avec la pédiatre ce matin de septembre, je vois 4 jeunes femmes partant à toute allure. Je questionne l'une d'entre elles, sur leur destination : elle rie en nouant son écharpe sous le menton. : « *Où est ce que vous voulez qu'on parte ? au « s'il-vous plait-madame ! » »... Nous connaissons bien cette jeune Rromni : D, a 21 ans et habite ce bidonville depuis plus d'un an. La sage-femme de la mission l'a suivie pendant sa dernière grossesse et la pédiatre voit régulièrement son bébé de tout juste 1 mois et son fils de 2 ans. Elle essaye de convaincre la maman de continuer à l'allaiter. Mais moins de 3 semaines après l'accouchement, elle a repris son quotidien, le même que celui vécu durant les 9 mois de grossesse, et les trois années précédentes depuis son arrivée en France : partir mendier du matin au soir pour ramasser de l'argent et nourrir son foyer. Durant ces journées, les enfants restent dans le bidonville sous la surveillance d'un cousin, de la grande mère ou de la voisine, et le bébé n'est donc plus allaité. « *J'aimerais bien passer plus de temps avec eux nous avoue D mais je n'ai pas le choix, je dois les nourrir et les habiller !* ». En 2005, une femme Rrom a été condamnée pour maltraitance à enfant, car elle avait mendié avec son bébé. Le cas de D. est similaire à celui de M, mère de 4 enfants à 22 ans, celui de C. qui, à 16 ans attend son second enfant, celui de F., 19 ans et deux enfants, mais aussi celui d'autres dizaines de femmes Rroms qui habitent sur d'autres bidonvilles d'Ile-de-France et qu'on croise peut être régulièrement dans le métro, dans des gares, aux sorties des magasins : « *S'il-vous-plait madame..* »*

2) CRAP

Score	Contexte social	Antécédents	Mode de vie	Grossesse
1	-Bon niveau socio-économique -Deux enfants ou plus sans aide familiale	-Moins de un an entre dernier accouchement et grossesse actuelle -Un curetage	-Travail à l'extérieur -Plus de trois étages sans ascenseur -Plus de dix cigarettes/jour	-Fatigue inhabituelle -Prise de poids exceptionnelle
2	-Absence de suivi de grossesse -Grossesse illégitime -Moins de 20 ans -Plus de 40 ans	-Deux curetages	-Efforts inhabituels -Longs trajets quotidiens -Travail fatiguant -Voyage	-Albuminurie -Moins de cinq kg de prise de poids -Tension artérielle > 13 ou > 8
3	-Moins de 1,50 m -Plus de 45 Kg -Très bas niveau socio-économique	-Trois curetages ou plus -Utérus cylindriques		-Perte de poids le mois précédant -Siège à 7 mois -Tête basse
4	-Moins de 18 ans	-Pyélonéphrite		-Col court -Col perméable -Métrorragies du 2ème trimestre -Utérus contractile
5		-Malformation utérine -Un avortement tardif -Un accouchement prématuré		-Grossesse gémellaire Hydramnios -Placenta praevia
TOTAL				
<p>Résultats:</p> <p>si < 5 = pas de risque d'accouchement prématuré</p> <p>si < 5 et < 10 = risque potentiel d'accouchement prématuré</p> <p>si > 10 = risque certain d'accouchement prématuré</p>				

Résumé

Dans la culture rom, on devient mère très jeune, et de nombreux enfants. Ainsi l'âge moyen à la 1^{ère} grossesse est de 17 ans, la parité moyenne de 3,5 enfants par femme. Effet d'une véritable tradition de la souillure, l'accouchement est considéré comme un acte impur.

Actuellement plus de 15 000 Roms vivent en France, dont environ 1200 à Nantes. Soumis à des conditions de vie extrêmement précaires, les suivis de grossesse restent souvent très incertains.

Malgré cela, et grâce à l'efficacité du trépied PASS, UGOMPS, UGO, la prise en charge de ces femmes reste satisfaisante.

Et les acteurs sociaux oeuvrant pour une meilleure prise en charge de ces familles sont nombreux.

Mots-clés :

1^{ère} minorité européenne, précarité extrême, tabou de la sexualité, concept de pureté/impureté, âge moyen à la 1^{ère} grossesse, multiparité, PASS, UGO, UGOMPS, accouchement eutocique.

