

**UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2012

Thèse
Pour le diplôme d'état de
DOCTEUR EN MÉDECINE

**REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS SUR LES POPULATIONS RROMS AUX
URGENCES PÉDIATRIQUES D'UN HÔPITAL DE LA MÉTROPOLE LILLOISE**

Présentée et soutenue publiquement
Le 10/09/2012
Par Aymeric Pansu Frély

Jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur J.L. SALOMEZ

Monsieur le Professeur F. PUISIEUX

Monsieur le Professeur A. MARTINOT

Monsieur le Docteur N. MESSAADI

Madame le Docteur Z. ZEROULOU

Monsieur le Docteur N. MESSAADI

II. SOMMAIRE

I. REMERCIEMENTS	3
II. SOMMAIRE	5
III. SIGLES UTILISES	7
IV. INTRODUCTION	8
A. <i>Inégalités sociales de santé et déterminants sociaux</i>	8
B. <i>Rroms</i>	9
1. Historique.....	9
2. Etat de santé des populations Rroms.....	11
3. La situation des Rroms à Lille et l'accès aux soins.....	13
C. <i>Construction politique d'une peur autour des représentations</i>	14
1. Construction d'une population dangereuse.....	14
2. Les représentations des Rroms sur la Santé.....	16
3. Représentations des Soignants sur les populations Rroms.....	17
V. Matériels et Méthode	19
A. <i>Objectif</i>	19
B. <i>Type d'étude</i>	19
C. <i>Méthode de recueil des Données</i>	19
1. Entretiens individuels semi-dirigés et grille d'entretien.....	19
2. Déroulement de l'étude.....	19
3. Echantillonnage des sujets interrogés.....	20
D. <i>Méthode d'analyse des données</i>	20
E. <i>Méthodologie de la recherche bibliographique</i>	21
VI. Résultats	22
A. <i>Echantillon analysé</i>	22
B. <i>Accès aux soins</i>	23
1. Absence de couverture sociale :.....	23
2. Accès à la Sécurité Sociale:.....	24
3. Explication Parcours de Soins:.....	25
4. Associations et Organismes:.....	25
5. Hébergement:.....	26
6. Secteur Social :.....	26
C. <i>COMMUNICATION</i>	26
1. Barrière de la langue:.....	26
2. Communication non verbale:.....	27
3. Niveau de compréhension :.....	28
4. Explications adaptées :.....	28
5. Interprétariat:.....	29
D. <i>DIFFERENCES CULTURELLES</i>	30
E. <i>Spécificités de la Pédiatrie</i>	31
1. Carnet de Santé.....	31
2. Critères d'hospitalisation :.....	32
3. Dimension Sociale.....	33
4. Dossier Médical.....	33
5. Orientation et Suivi.....	34
6. Traitements et Vaccination Pédiatrique.....	35
7. Types de consultations.....	35
F. <i>Représentations sur la santé des populations Roms</i>	36

1.	Conditions de vie et santé	36
2.	Connaissance et utilisation système de soin.....	37
3.	Complexité de la prise en charge	38
4.	Etat de santé des enfants Roms	39
5.	Pathologies spécifiques des Roms.....	39
6.	Réactions des Rroms par rapport à l'hôpital.....	40
G.	<i>CONNAISSANCE DU MODE DE VIE DES RROMS</i>	41
1.	Habitat.....	41
2.	Noms	41
3.	Situation Politique et Sociale	42
4.	Stéréotypes.....	43
H.	<i>Structuration de l'hôpital</i>	43
1.	Différence selon le revenu	43
2.	Administratif et précarité	43
3.	Hôpital de cette étude, lieu d'accueil de la précarité.....	44
I.	<i>Représentations Positives des Soignants</i>	44
J.	<i>Représentations Négatives des Soignants</i>	45
K.	<i>Vécu du Soignant</i>	47
1.	Emotions positives.....	47
2.	Emotions négatives.....	48
3.	Générosité de la part des soignants.....	49
4.	Implication personnelle et précarité.....	49
5.	Manque de connaissance sur la sécurité sociale	50
6.	Mise en difficulté des soignants	51
7.	Renonciation.....	52
VII.	DISCUSSION	54
A.	<i>Biais et limites de l'étude</i>	54
1.	Biais de la méthode.....	54
2.	Biais de recueil de données.....	54
B.	<i>Représentations des soignants sur les populations Rroms et données de la littérature</i>	55
1.	Représentations négatives ou interprétations culturalistes	55
2.	Barrière de la langue	56
3.	Accès à la sécurité sociale	56
4.	Conditions de vie	57
C.	<i>Spécificité du service des Urgences pédiatriques dans le parcours de soin des patients Rroms migrants</i>	58
D.	<i>Lien historique entre cet hôpital de la métropole lilloise et les populations en situations de précarité</i>	61
E.	<i>Etat de santé des populations Rroms et spécificité par rapport aux populations précaires.</i> 62	
F.	<i>Aspects pratiques et amélioration des trajectoires de soin des populations « Rroms migrants »</i>	64
	CONCLUSION	67
	Bibliographie	69
	Tables & Figures	72

III. SIGLES UTILISES

AREAS	Association d'Etude et d'Action Sociale auprès des Gens du Voyage et Roms migrants
AME	Aide Médicale d'Etat
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CMU	Couverture Maladie Universelle
FNASAT	Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les Gens du Voyage
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MdM	Médecins du Monde
MSL	Médecins Solidarité Lille
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASS	Permanence d'accès de Soins et de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RFVS	Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé
SDF	Sans Domicile Fixe

IV. INTRODUCTION

A. Inégalités sociales de santé et déterminants sociaux

Les Rroms vivant en France ont une espérance de vie de vingt ans de moins que la moyenne française. Alors que nous avons un des meilleurs systèmes de santé, considéré par tous comme particulièrement équitable, comment peut-il y avoir une telle différence entre deux populations. L'espérance de vie moyenne au cours de la deuxième partie du XXème siècle n'a cessé d'augmenter. L'historien Villermé avait dès la première partie du XIXème siècle mis en évidence une relation entre le niveau socio-économique et l'état de santé d'une personne. Pourtant, ce n'est qu'à partir de la fin du XXème siècle que l'on commence à parler des inégalités sociales de santé en médecine(1). L'idée même que notre système de soins était l'un des meilleurs du monde et que la protection sociale était l'une des plus généreuses imaginables a longtemps constitué un obstacle pour penser aux inégalités sociales de santé et de ses déterminants(2).

Le sociologue Pierre Aïach a longtemps étudié les inégalités sociales de santé. Celles-ci sont pour lui « le produit final des autres inégalités sociales structurelles à un moment donné de son histoire et de son développement économique(3). » Les déterminants sociaux de santé sont donc souvent extra sanitaires, représentés par les conditions de travail, de logement, l'omniprésence d'aliments à forte teneur en graisse et en sucre. Ce sont ces déterminants qui impactent la santé et rendent compte de l'espérance de vie si différente entre groupes sociaux dans un même pays.

Au sujet de ces déterminants, Aïach écrit « au fur et à mesure que le temps passe, les conditions de vie et de travail impriment leur marque dans la tête et le corps des femmes et des hommes ; ce qui va se traduire par une usure, un vieillissement, une vulnérabilité biologique et sociale d'autant plus forts que les conditions de travail ont été difficiles et que les modes de vie, qui en sont en grande partie leur conséquence, ont comporté des conduites nuisibles pour la santé présente et future(4). »

Les inégalités sociales de santé en France se sont accrues ces dernières décennies. Selon une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les inégalités sociales de mortalité s'accroissent encore(1). Entre 1976-1984 et 1991-1999, l'espérance de vie à 35 ans des cadres est passée de 41,5 ans à 46 ans. Pendant ce temps, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est passé de -6 ans à -7ans et entre les cadres et les inactifs non retraités de -14 ans à -17,5ans(1).

Parmi les populations les plus précaires et les plus atteintes par les inégalités sociales de santé se trouvent les populations Rroms. Le rapport Romeurope réalisé en 2000 sur l'état de santé des « Roms, Sinté, Kalés, et Tsiganes en Europe, » retrouvait une espérance de vie de 50 à 60 ans soit 20 ans de moins que la moyenne nationale en France de 80 ans. Bien que ces chiffres soient à prendre avec modération puisque provenant de groupes sociaux distincts, dans plusieurs pays d'Europe avec différentes modalités d'accès aux soins et de systèmes de santé, on note une espérance de vie encore plus basse que chez les inactifs non retraités en France(5).

Les Rroms regroupent ce que l'on considère comme les déterminants sociaux les plus bas : logements insalubres, hygiène défectueuse, mendicité. Il est important de noter que les Rroms ne sont pas un groupe inconnu puisque tout le monde en parle mais un groupe méconnu(6). Dans notre société, le sociologue Oliveira montre que « l'identification d'une communauté marginalisée et pauvre, vivant dans des bidonvilles de bord d'autoroute à des nomades, incapables de s'intégrer et qui s'excluent socialement d'eux-mêmes s'est imposée comme une évidence(7). » Qui sont les Rroms ?

B. Rroms

1. Historique

Les Rroms souffrent d'une méconnaissance des sociétés européennes et forment un groupe hétérogène à la fois par le nom des différentes populations que

par les coutumes et les langues. Les Rroms sont un produit de migrations à différentes époques, arrivés d'Inde en Europe à partir du 14^{ème} siècle (Figure 1, Annexe A). La population totale de Rroms est aujourd'hui de 8 à 12 millions, dont la majorité vit en Europe de l'Est (Figure 2, Annexe A) (6).

Selon Delépine et Lucas, le terme « Tsigane » a l'avantage de rassembler sous un même nom 3 grands groupes, même si ce terme dans certains pays peut avoir une connotation négative(8). Les « Gitans » sont principalement localisés dans la péninsule ibérique et dans le sud de la France. Les « Sinté, les Manùs » dans le reste de l'Europe de l'Ouest. Parmi ces groupes, certains ont gardé leur tradition de voyageurs. Les « Rroms » représentent le groupe majoritaire implanté de manière prédominante en Europe de l'Est, en Roumanie et en Bulgarie. Le terme « Rroms » est le terme phonétiquement le plus proche de la langue Rromanie et est celui utilisé par les instances politiques Rroms et sera celui utilisé lors de cette thèse. Les écritures utilisées par différents auteurs, tel que Rom, Tsigane, Gitan, Manouche seront respectées.

Le terme « gens du voyage » est une dénomination administrative exclusivement française tirée de deux décrets d'application de la « Loi n°69-3 du 3 janvier 1969, relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe. » Ce terme générique non reconnu par les populations Tsiganes est utilisé par la France qui ne reconnaît aucune minorité ethnique(9). Ces personnes sont majoritairement françaises depuis de nombreuses générations et regroupent des personnes également non Rroms tels les forains ou les circaciens. Cette thèse ne se focalisera pas sur cette population.

Oliveira considère que les Rroms en tant que catégorie générique, ne forment ni un groupe social, ni une entité culturelle(10). Liégeois affirme que les Tsiganes constituent une « mosaïque » avec chaque groupe possédant ses caractéristiques propres mais dont les éléments sont reliés les uns aux autres à différents moments de l'histoire(11). Il existe donc une très grande diversité ethnique, socioéconomique et culturelle parmi toutes ces populations. C'est cette même diversité selon Delépine et

Lucas qui entraîne toutes les confusions en terme de noms donnés aux populations et de stéréotypes dévalorisants(8).

Les « Roms migrants, » sont la population tzigane actuellement la plus stigmatisée et la plus précarisée, et seront l'objet d'étude de cette thèse. Sous ce terme, on regroupe les Roms provenant de l'Europe de l'Est et de l'ex Yougoslavie qui ont tenté une migration de « survie » fuyant la marginalisation sans précédent connue dans leur pays d'origine(8). Cette migration a commencé lors de la chute du mur de Berlin et s'est accentuée avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne en 2007, sans pour autant créer la déferlante roumaine tant redoutée(8). On dénombre actuellement entre 7000 et 8000 « Roms migrants » en France actuellement. Ceux-ci étaient tous sédentaires en Roumanie et ceux que l'on retrouve dans des campements sauvages, les « bidonvilles » des périphéries des grandes villes viennent pour la plupart de la même région ou du même village(7). Pourtant, Delépine et Lucas argumentent que ces stratégies sont individuelles pour la plupart et n'ont pas l'objectif de créer une nouvelle communauté avec une économie propre.

2. Etat de santé des populations Roms

Halfen a écrit un texte majeur sur la « situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France à la demande de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France en 2012(11). Elle explique en préambule que les déterminants sociaux des populations Roms imposés par la politique gouvernementale en France ont un impact majeur sur la santé. L'accès au travail est verrouillé en France. Ceci conduit à des ressources limitées entre travail non déclaré et mendicité. Les « Roms Migrants » n'ont pas accès aux aires habilitées pour les gens du voyage et vivent donc dans des campements insalubres sans accès à l'eau potable, à des sanitaires, et au ramassage des ordures ménagères. Halfen note une condamnation à l'errance avec les expulsions répétées et à une marginalisation et précarisation sans cesse accrues. Ces populations doivent sans cesse reconstruire le minimum vital dans des campements de plus en plus petits afin de diminuer leur visibilité, alors qu'il est clairement noté que les Roms restent attachés à un territoire géographique

particulier. Les mesures d'éloignement soit par Obligation de Quitter le Territoire soit par les Procédures d'Aide au Retour Humanitaire contribuent également à l'instabilité de ces populations.

L'accès à la sécurité sociale est particulièrement difficile. Alors que la plupart des gens du voyage français relèvent de la Couverture Maladie Universelle (CMU), les « Roms migrants » n'y ont pas le droit. Jusqu'en 2007, tous les ressortissants communautaires pouvaient être affiliés à la CMU. Cependant, lors de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union Européenne, un changement a été opéré et la liberté de circulation est devenue subordonnée à une condition de ressource et d'assurance maladie(11). Les « Roms migrants » n'ayant pas ces conditions de ressources et ne pouvant pas travailler en France sont donc pratiquement tous en situation irrégulière de séjour et ne peuvent bénéficier que de l'Aide Médicale d'Etat (AME). L'accès à l'AME est particulièrement difficile, les patients devant prouver une présence en France depuis plus de trois mois, doivent avoir une domiciliation, avec un dossier à renouveler tous les ans, et un accès à la CPAM pas toujours favorable. Médecins du Monde dénonce l'importance de la barrière de la langue, de la méconnaissance des démarches administratives et du délai de traitement des dossiers, dans l'accès à la sécurité sociale des populations Roms(12).

Sur le plan médical, la plupart des études dans les pays d'origines des Roms (pays de l'est majoritairement) indiquent un état de santé nettement dégradé par rapport à la population majoritaire(11). On note une espérance de vie plus faible de dix ans avec un taux de mortalité infantile de deux à quatre fois plus élevé. On retrouve également chez les Roms dans les pays de l'Est un faible taux de couverture vaccinale chez les enfants, une santé bucco-dentaire dégradée, une fréquence plus élevée de maladies infectieuses (tuberculose, VIH et hépatites), ainsi qu'une fréquence plus élevée de maladies chroniques.

En France, les données sont plus parcellaires car la France ne recueille pas de statistiques sur le plan ethnique. La plupart des données sur les « Roms Migrants » émanent d'Organisations Non Gouvernementales (ONG), telle que Médecins du Monde. En comparaison, des études ont été faites chez des Gens du Voyage ne retrouvant pas de pathologies spécifiques à ces populations. Leur état de

santé global est considéré comme moins bon que celui de la population générale, à cause des conditions de vies plus précaires. Moukagni-Pelzer lors de sa thèse sur les gens du voyage en comparant l'état de santé de femmes enceintes et des enfants avec un groupe contrôle ayant la CMU retrouvait un plus haut taux de femmes enceintes non suivies (8%), un poids et taille des enfants à la naissance inférieurs et un taux de prématurité plus élevé(13).

3. La situation des Rroms à Lille et l'accès aux soins

L'Association Régionale d'Etude et d'Action Sociale existe depuis 1959 et accompagne les Gens du Voyage et les populations Rroms à Lille dans les domaines du logement, de l'éducation, et de la santé. Selon la veille de l'AREAS, on dénombre en juin 2012 sur le Nord Pas de Calais, environ 2150 « Rroms migrants » soit 503 familles. 405 familles sont d'origine Roumaine, principalement des villes de Mare Mure, Bacaû et Tinisoara.¹ Les autres familles sont Bulgares, Slovaques, ou originaires d'ex-Yougoslavie. C'est un doublement de la population par rapport à janvier 2011, où il restait 850 « Rroms migrants, » après la politique d'expulsion massive de l'été 2010. On note une relative stabilité des campements avec notamment un campement principal situé à Lille Porte d'Arras avec environ 700 personnes.

Sur le plan de la santé, l'AREAS a une infirmière responsable de la médiation santé sur tout le territoire du Nord - Pas de Calais. Une éducatrice est aussi responsable d'un projet d'accès aux soins des femmes et des jeunes enfants par la médiation sanitaire auprès de certaines familles ciblées.

Les deux lieux de soins principalement utilisés par les « Rroms migrants » sont l'hôpital, objet de cette thèse, et l'association Médecins Solidarité Lille. L'hôpital a une tradition d'accueil des populations défavorisées notamment à cause de sa situation dans un quartier défavorisé de la métropole Lilloise.

¹ Les statistiques sur la population "Rrom migrante" sur l'agglomération Lilloise sont tirées d'un entretien avec Patrick Vigneau, président de l'AREAS, le 01/08/2012.

L'association Médecins Solidarité Lille (MSL) est une organisation non gouvernementale loi 1901 fonctionnant avec un personnel bénévole et salarié. Le financement est assuré par les dons privés, le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé. Un autre hôpital de la métropole lilloise n'étant pas doté d'une Permanence d'Accès de Soins et de Santé (PASS) finance des postes d'assistants sociaux et médicaux. Parmi le personnel bénévole, on note des infirmières chargées de l'accueil, des pansements et des bilans sanguins. Il y a également des médecins bénévoles assurant des plages de consultation libre.

MSL permet l'accueil de toute personne, sur le territoire en situation irrégulière ou régulière, avec des difficultés d'accès aux soins de recevoir des soins vitaux et urgents. Il y a des consultations médicales sans rendez-vous, un bureau infirmier pour les soins paramédicaux, et un accès au service social pour vérifier l'accès aux droits et pour la création de dossiers d'AME ou de CMU. La pharmacie est dotée à titre gracieux des 100 médicaments essentiels de l'OMS, fournis par Pharmacien Humanitaire International. L'accès aux examens complémentaires est possible via une convention avec deux hôpitaux de la métropole lilloise. Les bilans sanguins urgents sont fait par l'Etablissement Français du Sang à titre gracieux. MSL est également doté d'un bus qui permet de faire des consultations directement sur les campements des « Roms migrants » de la métropole lilloise.

C. Construction politique d'une peur autour des représentations

1. Construction d'une population dangereuse

La construction des Roms en tant que communauté problématique a toujours existé. François de Vaux de Foletier, un des premiers historiens à s'intéresser aux Tsiganes, écrivait qu'au XVème siècle « plus que les autres passants, les Orientaux faisaient peur. Leur teint sombre, leurs vêtements bizarres, leur mode de vie et leur langage incompréhensible les désignaient comme des étrangers, et des étrangers inquiétants(14). » Cette peur toujours vivante refait rapidement surface et le sociologue Pierre Larcher argumente que lors de l'ouverture des frontières avec les pays d'Europe de l'Est en 1999, il a suffi que les Roms « soient logés dans des caravanes misérables et se mettent à mendier à la mode d'autrefois pour que soient

ravivées toutes les anciennes peurs des Romanichels voleurs de poulets quand ce n'était d'enfants(15)... »

Les Roms ont survécu à beaucoup de discriminations. Parmi les plus connues, 500 ans d'esclavagisme en Roumanie, l'extermination sous les nazis, et la sédentarisation forcée sous les régimes communistes. Jean-Pierre Liégeois remarque que malgré des siècles de traitements si durs, les communautés Roms sont demeurées « ouvertes, dynamiques et font encore preuve d'une formidable flexibilité et adaptabilité(6,8). »

Ces discriminations en Europe et en France continuent notamment au niveau politique, et ce, quelque soit le gouvernement. Le discours de Grenoble du 30 juillet 2010, annonce une politique d'expulsion massive à l'encontre des populations Roms, les désignant comme responsables de problèmes sécuritaires en amalgamant Gens du Voyages et « Roms migrants(12,16). » Plus récemment, début août 2012, il a été décidé de reprendre les expulsions dans plusieurs villes française dont Lille, toujours avec un argument sécuritaire et sans offrir de possibilité de relogement(17).

Sur le plan de la santé, l'accès aux soins a été encore plus précarisé en 2011 avec un forfait d'entrée pour l'AME de 30 euros, avant d'être abrogé par le nouveau gouvernement. La Mission Inspection Générale des Finances/Inspection Générale des Affaires Sociales prévenait dans son rapport que ce forfait d'entrée conduirait à « de lourds effets pervers » soulignant « les risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours de soins ambulatoires par la population concernée(18). » On estime que 82% des « Roms migrants » n'ont pas accès à la sécurité sociale(19). Ceci pousse les populations Roms à recourir de plus en plus aux services d'urgences devant le manque d'accès à la sécurité sociale.

La présence de plus en plus importante de « Roms migrants » dans les services d'urgence peut être source de difficultés ou d'incompréhension. Le Réseau Français des Villes-Santé (RFVS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle « de la rencontre de deux peurs, la confrontation de deux représentations qui peut générer de l'agressivité de part et d'autre(18). »

2. Les représentations des Rroms sur la Santé

Le RFVS a écrit en 2009 un guide sur la santé des Gens du Voyage(20). Il explique que chez les manouches « le somatique et le psychologique ne sont pas perçus de manière différenciée, et l'intégrité de la personne est étroitement liée à l'intégrité du groupe, d'où le souci d'un équilibre entre soi et son environnement matériel et social(20). »

Pour les problèmes de santé bénins, les Rroms utilisent la prière et la médecine traditionnelle. Corinne Knaff en travaillant sur les représentations sociales de la tuberculose chez les Rroms Caramidari note que pour les Rroms, « la santé représente le capital relié au travail et le corps en est l'instrument(21). » Les Rroms ne se tournent vers les soignants pour une guérison que lorsque la maladie est devenue un obstacle et qu'il ne peuvent plus travailler. Ils ont donc du mal à envisager des maladies chroniques, telles que l'hypertension artérielle et le VIH, qui n'ont pas de retentissement immédiat sur leur vie.

Selon Knaff, la culture Rrom « par ses façons de vivre, pense les façons de se soigner comme un désordre social » en opposition à « notre savoir médical qui traite le corps comme un objet au dépens de sa dimension sociale(21). » Ce n'est pas l'individu qui est malade, c'est le groupe qui s'approprie la pathologie, d'où une gestion collective du soin(19). L'hospitalisation peut provoquer une « perte de repères et de liberté, une rupture entre les malades et leur famille, et une peur de se retrouver seul en cas d'expulsion du camp(21). »

Alors que nous avons vu que les Rroms consultent souvent les structures de soins en dernière intention, il n'en est pas de même pour la santé de leurs enfants. Le recours aux soins est très précoce et selon le RFVS, la démarche est souvent « en urgence et la guérison doit être immédiate, l'enfant est considéré comme sacré(11,20,21). » Les urgences médicales sont alors fréquemment sollicitées devant la nécessité d'une réponse urgente et devant les difficultés d'accès aux soins.

3. Représentations des Soignants sur les populations Rroms

Les représentations des soignants sont importantes à déchiffrer afin de comprendre les nombreuses difficultés rencontrées pour soigner les populations Rroms. A la croisée entre la médecine générale et l'hôpital, Brieuc Galès a étudié l'intérêt de co-formations entre Gens du Voyage et soignants impliqués dans le soin de ces populations(22). L'analyse des représentations réciproques des soignants et des Gens du Voyage peut conduire à des changements de pratiques améliorant le soin. Claire Huygue a montré que le recours au médecin généraliste par les patients Tsiganes est de plus en plus fréquent et qu'il est ainsi possible d'établir une relation de confiance(23). Julie Kerouredan va un peu plus loin et explore la prévention primaire des médecins généralistes chez les patients Gens du Voyage. Les patients Tsiganes n'ayant pas une démarche de soins préventive, travailler sur les représentations réciproques est particulièrement important(5).

Ces travaux ont tous étudié les représentations de médecins généralistes et des populations Gens du Voyage. L'étude actuelle se focalise sur les « Rroms migrants » qui utilisent plus fréquemment des dispensaires d'associations ou les urgences médicales en premier recours de soin. L'hôpital est une occasion fréquente de rencontre entre la population Rroms et les soignants, selon Alexandra Nacu, « une occasion d'échanges ou de connaissance mutuelle, » mais qui « ne sont pas dénués de frustrations et d'échecs ressentis fortement des deux côtés(24). » Nacu dit que dans les discours des professionnels de santé, les Rroms apparaissent « comme une présence troublante qui remet en question les routines médicales(24). »

Knaff à la fin de son mémoire se posait la question des comportements et représentations des soignants vis-à-vis des populations Rroms, en particuliers dans le service des urgences situé à proximité des campements Rroms(21). L'hôpital de cette étude est un lieu connu et utilisé par la communauté Rroms de la métropole lilloise. Les urgences pédiatriques sont fréquemment utilisées par la communauté des « Rroms migrants » devant l'inquiétude qu'ils portent à la santé de leurs enfants, les difficultés d'accès aux soins en ville, et l'accessibilité.

Le personnel soignant de cet hôpital n'a pas choisi de travailler avec des populations Roms et n'a pas de formation spécifique, au contraire des soignants travaillant dans un dispensaire d'association. L'hypothèse de départ était que les soignants avaient les mêmes représentations négatives que celles véhiculées par les médias, et que cela affectait négativement le soin.

V. Matériels et Méthode

A. Objectif

L'objectif de ce travail est d'explorer les représentations des soignants aux urgences pédiatriques d'un hôpital de la métropole lilloise, afin d'identifier les obstacles et les facteurs facilitants de la prise en charge des populations Roms à Lille.

B. Type d'étude

La recherche qualitative à base d'entretiens est utilisée dans de nombreuses disciplines, la sociologie, l'ethnologie, la psychologie, l'histoire, et de plus en plus en médecine. La recherche qualitative permet d'étudier des phénomènes sociaux et humains complexes. Elle est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer(25). Dans le cas qui nous occupe, elle est utile pour travailler sur les représentations sociales des soignants et l'impact sur leur pratique médicale.

C. Méthode de recueil des Données

1. Entretiens individuels semi-dirigés et grille d'entretien

Des entretiens exploratoires ont été menés initialement sur un nombre réduit de soignants destinés à explorer leurs représentations sur les populations Roms. Une grille d'entretien a été ensuite élaborée, composée de questions ouvertes dont l'ordre peut varier selon la tournure de l'entretien. L'interviewer s'adapte à l'interviewé et explore les nouvelles notions apportées, quitte à ne pas suivre strictement le canevas. Les entretiens sont codés au fur et à mesure, et le guide d'entretien est modifié progressivement selon les données afin de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion. Des entretiens ont été conduits jusqu'à saturation de données nouvelles.

2. Déroulement de l'étude

Les entretiens ont été fait sur le lieu du travail des soignants dans le service des Urgences Pédiatriques de l'hôpital, entre avril 2011 et mai 2012, dans une salle

mise à disposition. Les entretiens ont été effectués soit pendant les heures de travail soit en dehors, en demandant de réserver au moins une heure ininterrompue, avec l'accord du cadre de service et du chef de service.

Tous les entretiens ont été réalisés par le même interviewer. L'enregistrement de l'entretien a été réalisé par enregistreur numérique. Les retranscriptions ont été réalisées par deux personnes différentes, dont l'interviewer.

3. Echantillonnage des sujets interrogés

Tous types de soignants ont été interrogés, travaillant aux urgences pédiatriques, incluant les auxiliaires de puéricultures, les infirmier(ères), les médecins et les internes afin d'explorer toute la diversité des représentations des soignants.

Les soignants ont été choisis de manière aléatoire en fonction de qui était disponible lors des journées de recueil de donnée. L'heure choisie était celle du changement d'équipe afin de ne pas perturber le fonctionnement du service. Il n'y a pas eu de critère d'exclusion. Aucune personne n'a refusé une interview.

D. Méthode d'analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit littéralement, les propos n'ont pas été reformulés dans le verbatim. Par souci de clarté, certaines onomatopées ont été retirées afin de clarifier les propos.

L'analyse a été réalisée grâce au logiciel NVIVO9, par l'interviewer. Des nœuds ou codes ont été individualisés correspondant à chaque nouvelle idée exprimée par un soignant. A chaque fois que cette idée était de nouveau exprimée par ce même soignant ou un autre, une nouvelle référence était ajoutée au nœud. Les nœuds ont ensuite été classés par thématique permettant d'explorer les champs de représentations des soignants sur les populations Rroms.

La théorie ancrée à la base de la recherche qualitative se génère donc à travers le processus même de collecte de données(26). L'évolutivité de la grille d'entretien au fur et à mesure des entretiens se faisait grâce au codage. Chaque nouveau code permettait d'explorer un nouveau concept lors des entretiens ultérieurs. Le raisonnement inductif est donc une comparaison constante entre les données d'analyse (le codage) et les données du terrain (l'entretien).

E. Méthodologie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des bases de données Pubmed® et Sudoc®, les moteurs de recherches Cismef®, Google scholar®. Les recherches les plus fructueuses ont été réalisées grâce au SUDOC et à Google scholar. Les mots de recherches utilisés ont été « tsigane » ou « gypsies » ; « gitan » ou « romanies » ; « populations de passage et migrants » ou « transients or migrants. » ; « Accessibilité des services de santé » ou « Health services accessibility » ; « Disparités d'accès aux soins » ou « Healthcare disparities. »

Ces moteurs de recherche étant principalement orientés vers la recherche quantitative, la recherche a été complétée par la base de données de la Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les Gens du Voyage (FNASAT).

VI. Résultats

A. Echantillon analysé

Douze soignants ont été interrogés en entretien individuel dans le service des urgences pédiatriques de l'hôpital. Les caractéristiques de chaque soignant sont listées dans le tableau 1. Les nœuds correspondent à chaque nouveau concept introduit lors d'un entretien, et les références sont le nombre de fois que les différents nœuds ont été évoqués.

Table 1: Caractéristiques des soignants interrogés.

	Fonction	Age	Genre	Durée Entretien	Nœuds	Références
D1	Auxiliaire de Puériculture	50 à 60	féminin	21m12s	62	87
D2	Infirmière Puéricultrice	30 à 40	féminin	18m32s	71	94
D3	Auxiliaire de Puériculture	50 à 60	féminin	27m28s	64	85
D4	Infirmier	30 à 40	masculin	1h06m30s	127	201
D5	Médecin	30 à 40	féminin	37m47s	88	135
D6	Interne de pédiatrie	20 à 30	féminin	31m28s	61	85
D7	Médecin	50 à 60	masculin	18m19s	45	57
D8	Infirmière Puériculture	30 à 40	féminin	15m18s	49	71
D9	Interne de pédiatrie	20 à 30	féminin	24m50s	86	122
D10	Interne de Médecine Générale	20 à 30	féminin	25m24s	71	100
D11	Infirmier	20 à 30	masculin	24m26s	95	139
D12	Auxiliaire de Puériculture	50 à 60	féminin	34m48s	70	110

L'intégralité des retranscriptions des entretiens est disponible en Annexe A, sous forme de CD-Rom en fin de thèse.

L'analyse des données n'introduit pas de clivage selon la fonction, selon le sexe, et selon l'âge du soignant. Pour cela, le terme "soignant" a été utilisé, et il n'a pas été fait de différence selon les fonctions des soignants lors de la description des résultats.

B. Accès aux soins

1. Absence de couverture sociale :

La moitié des soignants interrogés faisaient référence à des populations sans sécurité sociale. *« J'ai pas été parce que la pharmacie était fermée et puis quand on creuse un peu ils avaient pas de couverture sociale. » D001* On note une renonciation aux médicaments pour cause financière, soit par absence de couverture sociale, soit par absence de moyens financiers. *« Il y en a qui nous disent carrément qu'ils ne vont pas aller à la pharmacie. Parce qu'ils savent qu'ils ont pas de papiers de mutuelle, pas de sécurité sociale, euh, pas les moyens d'acheter les médicaments. » D008*

Un soignant explique que l'absence de couverture sociale n'est pas un motif d'exclusion aux urgences. *« Je suis toujours à dire, on répète et on redit aux agents administratifs que tous les enfants doivent être accueillis (...) et puis s'ils ont pas de papier c'est pas grave. » D011* Les difficultés d'accès aux soins aux urgences sont principalement administratives et peuvent être un motif d'exclusion. *« Des gens sont refoulés par ignorance à l'accueil parce qu'ils ont pas de sécu (...) en disant, revenez quand vous aurez une carte, » D005*

Plusieurs soignants mettent en avant l'absence d'avance de frais comme étant un motif de consultation aux urgences. *« Oui, pas d'avance des frais, ça peut-être des fois un motif entre autres. » D007* Certains soignants font références à la difficulté d'accès aux soins sans avance de frais le week-end et jours fériés. *« On lui avait donné des compresses (...), c'est (...) dimanche, y a personne et tout le monde est embêté. » D002* Une autre manière d'obtenir un accès aux urgences est l'erreur d'identité parfois acceptée aux urgences. *« Il y a quand même des erreurs d'identité, (...) on l'a ignoré parce qu'il y en avait un qui avait la sécu, et on était sur qu'il allait avoir l'ordonnance. » D005*

Plusieurs soignants donnent des médicaments de première urgence en dépannage pour les patients Rroms. « Si on ouvre un antibiotique ici, ben on va parfois leur donner la bouteille avant qu'ils ressortent parce (...) qu'on sait pas s'ils vont aller à la pharmacie. » D009 Tout en sachant qu'ils ne peuvent donner tout le traitement. « Pour les dépanner une nuit, ou pour une journée, mais après, euh, non, on ne donne pas de médicaments pour les Rroms. » D003 De même, beaucoup de soignants sont conscient de la précarité des patients Rroms, et des repas ou des habits peuvent être donnés. « Quand on a des boîtes de lait qui vont être périmées dans peu de temps, on leur donne. Si on peut, on leur rempli un biberon avant de partir (...) pour qu'ils aient déjà un bib d'avance. » D003

2. Accès à la Sécurité Sociale:

Lors des entretiens, la connaissance ou méconnaissance des différents accès à la sécurité sociale a été évoquée. Le dossier médical est évoqué par plusieurs soignants comme la pierre angulaire d'information à l'accès aux soins. « Déjà sur les papiers c'est écrit, je regarde si c'est une CMU ou pas, et après très vite dans la conversation, ça vient, tu donnes l'ordonnance, tu leur dis tu vas chez le pharmacien, la plupart, ceux qui n'ont pas de couverture, ils te regarde avec des yeux écartés. Tu comprends très vite qu'ils vont pas chez le pharmacien, donc très vite tu parles d'autres systèmes d'aide, style MSL. » D010

La prise en charge financière des soins est évoquée par certains. « Le problème aussi de tout ce qui est euh, prise en charge financière. » D002 Quelques soignants notent que l'accès aux soins pour les Rroms peut-être différent. « Ils ont pas un accès aux soins identique. » D009 Une personne cite l'AME. « Si ils ont déjà une Aide Médicale, enfin si un dossier a déjà été mis en route. » D002 Plusieurs soignants citent la CMU. « Certaines populations ont un accès (...) qui peut être plus limité. Ils ont pas (...) forcément de mutuelle, ils ont la CMU. » D009

Beaucoup de soignants font référence à la mutuelle pour l'accès au traitement ou à l'hospitalisation. « L'accès aux médicaments, ben quand t'as une mutuelle, c'est facile, avec la sécu ou la CMU même, tu vas chez le pharmacien. » D010 Quelques soignants notent que tous les médicaments ne sont pas remboursés et que cela peut poser un problème de prise en charge. « Avec la CMU on a quand même une couverture correcte pour tout ce qui est des médicaments courants, si le médecin pense à lui mettre des trucs remboursés quoi bien sûr. » D004

Certains soignants ont peu de connaissances sur la sécurité sociale. « C'est quelque chose dont je me sens pas très concerné, finalement tout ce qui est cotation et, et sécurité sociale et tout ça, bien qu'on devrait l'être un peu plus. » D011

3. Explication Parcours de Soins:

L'accès aux soins pour les patients sans sécurité sociale est difficile. Certains soignants renseignent les patients sur les possibilités de structures de relais. « L'ordonnance, ben il faut connaître les conditions d'accès aux pharmacies. Donc, euh, si c'est une famille qui n'a pas d'accès à la sécurité sociale, ben on va faire l'ordonnance, en disant d'aller à MSL (rires). Euh, pour les vaccins ben c'est la PMI. » D005

D'autres soignants pensent que l'on ne renseigne pas systématiquement sur le parcours de soins. « Soit on a conscience de leur précarité et on leur dit d'emblée, soit si ils nous disent rien, je ne suis pas sûr qu'il y ait toujours quelqu'un pour les informer. » D008

4. Associations et Organismes:

Tous les soignants font référence à MSL de très nombreuses fois lors des entretiens. « C'est un centre qui est pas très loin d'ici, qui délivre les médicaments. (...) Ils font aussi des consultations, moi j'ai déjà été amenée à les appeler pour voir s'ils avaient tel traitement ou pas. Euh, heureusement qu'ils sont là. » D010

Pourtant, la plupart des soignants ne connaissent pas le fonctionnement de MSL. « Je connais pas bien. C'est un peu vague, mais je sais que c'est à côté et que ben, ils s'occupent de, des, des populations qui n'ont pas forcément la prise en charge sociale et les... et les papiers et qui, et qui peuvent leur donner les médicaments... sans faire, sans faire payer. » D009

Les autres organismes dont parlent les soignants sont la Protection Maternelle et Infantile (PMI). « Après si ils sont dehors sur le trottoir comme ça, je ne suis pas sûre qu'ils soient connus et qu'ils puissent être suivi par les services sociaux de la PMI. » D002 Quelques soignants mentionnent également la Croix-Rouge. « Je pense pas qu'ils puissent recevoir de courrier comme à la Croix-Rouge, mais je sais pas. Je sais qu'il y en a qui ont leur adresse comme la Croix-Rouge. » D006

Quelques soignants remarquent un défaut de communication entre les différents intervenants. « Est-ce que on se parle entre l'hôpital, le médecin généraliste et la PMI,

ça j'en sais rien. (...) C'est très complexe à mettre en place mais... en tout cas, ici on ne peut pas se permettre encore une fois quoi, aux urgences. » D004

5. Hébergement:

L'hôpital peut parfois être utilisé également comme hébergement. « J'ai l'impression, je pense que dans tous les hôpitaux, il y a des cas sociaux, qui viennent dormir au chaud. Quand il fait très froid, ça arrive qu'ils viennent avec leurs enfants, peut-être qu'ils prétextent une température ou une toux persistante, tout simplement pour que leur enfant dorme à l'hôpital, et puis qu'il soit en sécurité. » D003 Selon un soignant, les urgences n'ont pas vertu à être un centre d'accueil. « il est assez rare qu'on hospitalise pour raison sociale on va dire, on fait peu d'hébergement je pense. » D011 Les soignants utilisent aussi le 115 pour aider à trouver un logement pour les personnes en difficulté. « Moi, ça m'est déjà arrivé d'appeler le 115 pour eux et d'attendre 3 heures et de ne rien avoir et de se demander où ils vont aller. » D001

6. Secteur Social :

Le service social est une des possibilité de recours. « D'autres qui vont dire ben non on sait pas ce qui pourrait ce passer, je préfère l'hospitaliser. Puis peut-être faire le point avec l'assistante sociale. » D002 Pourtant, il est rare que cela se fasse aux urgences. « Pour un simple passage, c'est vrai que c'est rare que ça se fasse. » D008 La Permanence d'Accès de Soins et de Santé (PASS) est aussi un moteur de cette prise en charge. « Ca va se manifester par une sensibilité particulière dans le secteur social pour les urgences. » D005

C. COMMUNICATION

1. Barrière de la langue:

Le handicap de la barrière de la langue est évoqué par tous les soignants, dans les difficultés de prise en charge des patients. Celle-ci peut –être angoissante pour le patient. « Je pense que c'est hyper angoissant pour les gens de débarquer à l'hôpital déjà quand on peut s'exprimer correctement, mais si en plus quand on sait qu'on va pas se faire comprendre ça doit être difficile. » D008 Ca rend les choses compliquées. « Ca complique plein de choses, même les problèmes administratifs, leur expliquer d'aller faire les papiers de sortie. » D009 Ca peut être frustrant ou énervant. « C'est frustrant et énervant, tu peux pas, tu

commences à expliquer, lui il va te regarder, tu sais, il va faire ça, ce qui va te faire plaisir et puis après tu te rends compte qu'il a rien pigé. » D004

Cette barrière est parfois un motif d'hospitalisation. *« Parfois on est obligé de les garder pour les surveiller de nous même, quand on n'est pas sûr que ça soit compris par les parents. » D009* Cela rend difficile les consignes de surveillance. *« Si on doit les rassurer et être sûr, ben leur expliquer ce qu'ils doivent surveiller et ce qui doit les amener à revenir. » D009* Cela peut être dangereux. *« Je pense, ça peut être dangereux ouais. (...) le gamin il a, je sais pas, des antécédents rénaux, (...) mais les parents ils savent pas le dire. » D004*

La barrière de la langue est souvent vue par les soignants comme l'obstacle le plus important. *« Quand il n'y a plus la barrière de la langue, ça (...) te change une prise en charge totalement. Du début jusqu'à la fin même, parce qu'après il y aura le traitement, il y aura aussi... » D010* La barrière de la langue est souvent à l'origine d'incompréhension. *« Il y a comme même quelques cas où la compréhension n'est ni d'un côté ni de l'autre, et c'est toujours compliqué de savoir si tout le monde a bien compris. » D005* Une incompréhension qui n'est pas forcément admise. *« il y en a qui ne le disent pas, parce qu'en fait il y a la barrière de la langue. Ils font oui oui avec la tête et quand je leur pose la question, ils ont pas compris. » D006* Cela ne change pas l'examen clinique. *« Examiner l'enfant à priori, ça ne pose pas de souci, mais du coup, le diagnostic il pourrait être un peu entravé, la prise en charge elle est biaisée. » D009*

2. Communication non verbale:

La communication non verbale peut être un outil de réassurance. *« Déjà de le regarder, de lui faire un sourire, de lui dire de s'asseoir, de demander la température, le mal au ventre, donc c'est des choses, des gestes qu'on peut faire euh, sans savoir les mots dans différentes langues. » D003*

Beaucoup de soignants utilisent des schémas ou des dessins pour se faire comprendre. *« Alors, moi je fais des dessins, le soleil, la lune, etc. Et ça je pense que les gens le comprennent bien. » D005*

La majorité des soignants utilisent des signes ou des gestes permettant une meilleure communication. *« En faisant des gestes (...) enfin tout montrer au fur et à mesure et puis parler lentement et répéter si, et bien s'assurer quelques fois, deux trois fois s'ils ont bien compris*

quand même et si pour les médicaments (...) bien montrer (...) le doliprane² avec la pipette. » D012 Les gestes techniques sont souvent montrés avec des gestes. « Un geste technique c'est faisable. Le babyhaler³, tu vois, tu pchites, tu montres comment on le monte, tu le mets,(...) tu comptes. » D004

3. Niveau de compréhension :

Certains soignants sont à l'écoute des difficultés de compréhension lié à l'analphabétisme. « Le niveau scolaire ou on va dire socio-culturel de la mère, parce que c'est ça qui va rentrer en ligne de compte (...) l'accès à la lecture d'une ordonnance, à la connaissance des effets secondaires ne sera pas du tout le même. » D005 De même, certains soignants s'adaptent au niveau socioculturel. « Avec des mots simples, pas un langage trop médical, faut être compréhensible, de toute façon c'est valable même quand on est pas de culture différente. » D008 Des termes simples sont utilisés. « La façon dont on va expliquer aux parents va être beaucoup plus simple pour une famille que pour d'autres. » D001

Il existe toujours un doute sur la compréhension. « Je pense qu'on n'arrive pas à les rassurer entièrement et à leur expliquer entièrement, je pense qu'il y a (...) une part de flou derrière. » D011 D'où l'importance de s'assurer de la compréhension. « Je m'assure qu'ils aient compris... souvent je pose une petite question... genre... tout à l'heure vous allez faire quoi... » D006 Cela permet de limiter les difficultés. « Si les gens ont bien compris, on limite vraiment les difficultés. » D008

4. Explications adaptées :

La communication avec les populations Roms nécessite une adaptation du langage et du comportement. « C'est sûr qu'il faut être différent et qu'il faut expliquer différemment les choses, et c'est tout. » D001 Pour un soignant, les explications varient selon le milieu. « Une petite Rrom qui vient pour une suture du cuir chevelu... bon on n'allait pas lui dire pas de piscine parce que de toute façon (rire), parce que de toute façon elle n'allait pas aller à la piscine. » D006 Les explications permettent d'enlever la différence culturelle. « Expliquer un peu plus longtemps comme on dit parce que déjà ils ont pas été à l'école, mais tout le monde est capable de comprendre il est malade, (...) ça passe nettement mieux, t'expliques aux gens

² paracétamol, médicament antalgique et antipyrétique

³ Chambre d'inhalation utilisée en pédiatrie pour le traitement de l'asthme

le pourquoi du comment de la maladie du gamin, (...) les gens, ils sont contents (...) et après ça passe et la perfusion elle passe comme une fleur. » D004

La communication nécessite des explications répétées sans toutefois, selon plusieurs soignants, arriver à une compréhension parfaite. *« On essaye d'expliquer, c'est des gens qui sont gentils, souriants, qui disent toujours oui. Mais des fois, (rires), j'ai pas l'impression qu'ils aient intégré ce qu'on leur explique, donc nous on y va, le médecin y va aussi, apporter le plus d'information possible. » D002*

La communication repose aussi sur d'autres outils. Soit en passant le relais à un autre soignant. *« C'est plutôt le côté médical d'une façon générale, l'ordonnance, elle est plutôt expliquée par l'interne ou le médecin. » D011* Où alors sur des outils tels des fiches explicatives. *« Des fiches traduites en plusieurs langues (...) sur les soins de base. » D011*

5. Interprétariat:

La présence d'un interprète est considérée comme essentielle. *« La barrière de la langue c'est infernal, déjà, y aurait pas ça, ça nous aiderait beaucoup. Des fois on aimerait bien avoir un interprète. » D004* Dans la communauté Rroms, ce service est parfois tarifé. *« Il y a souvent un interprète qui vient, qui est là depuis bien plus longtemps et qui se fait payer. » D001* Souvent, les patients sont accompagnés par un membre de la communauté quelle qu'elle soit. *« Souvent ils se déplacent en famille, et puis y en a un qui parle français un petit peu (rires) qui vient expliquer. » D002* Parfois, la solidarité entre patients joue. *« Ca nous arrive très souvent d'avoir des gens qui parlent roumain. (...) Parfois il y a de la solidarité entre patients, s'il y a d'autres Roumains dans le service. » D008* Cependant, ceci peut causer un problème pour le secret médical. *« Voilà, après, pour le secret médical, c'est peut-être pas génial, mais au moins... donc elle m'a fait la traduction. » D008* A l'hôpital, il existe également un système officieux de traduction, dont la majorité des soignants ont connaissance. *« Il existe un système de traduction, on peut appeler du personnel qui parle la langue, il suffit que ce soit de l'arabe, du roumain, etc., mais c'est pas toujours évident. » D005* Avoir un traducteur permet de vérifier la compréhension et d'éviter une hospitalisation. *« Une fois qu'il y a eu le traducteur, ça été beaucoup plus simple, on pu laisser sortir calmement l'enfant, alors qu'on l'aurait peut-être gardé. » D005*

D. DIFFERENCES CULTURELLES

Certains soignants notent la diversité des patients qui consultent aux urgences pédiatriques de cet hôpital. *« Je trouve qu'il y a plus une mixité. C'est à dire, les Rroms, les musulmans, les français, de tous, de tous niveaux, culturel et (...) économique, enfin, social. Y a ceux (...) qui sont très bien rangés, mélangés avec les roumains du feu. » D006* La mixité est conçue comme une richesse. *« J'avais déjà dit que faire un stage ici, enfin, ça servait à rien d'aller faire de l'humanitaire à l'autre bout de la planète parce que faire un stage ici, c'était déjà très (...) riche en mixité. » D006* Certains soignants parlent des « étrangers. » *« Ici on est confronté à, on reçoit beaucoup de gens, des étrangers. » D003* Un soignant fait la différence entre population sédentaire et non sédentaire. *« Je parle de culture étrangère, de personne étrangère non sédentarisée. Sédentaires, ceux qui sont en France depuis longtemps. » D007*

La culture n'est pas forcément synonyme de l'étranger. *« Plein de cultures différentes... après je ne demande pas forcément la nationalité des parents, si ils sont français ou pas... » D009* Les soignants notent l'aspect physique, notamment pour la population Rroms. *« C'est souvent des gens ben d'origine, enfin tu vois physiquement d'origine étrangère, un peu tzigane. » D002* Parmi les patients sont mélangés, les pays, les continents, les langues et les religions. Les Rroms sont perçus comme la communauté la plus importante. *« C'est vrai que c'est essentiellement des Rroms, essentiellement cette population là. » D002* Des Africains. *« Parfois des Africains qui ne parlent pas français, qui parlent anglais. » D009* Des Anglais. *« On a des Anglais, ça va avec la langue, sinon c'est des gens qui ont les mêmes habitudes que nous. » D003* On note des amalgames. *« Il y a énormément de Rroms, et ensuite, une population importante de Musulmans qui heu, où les femmes qui amènent leur enfant, ne connaissent pas la langue française. » D006* D'autres soignants sont plus précis. *« Des Rroms, on a des Gens du Voyage qui même s'ils parlent français on une culture très différente de la notre, on a des gens d'origine maghrébine, qui ont aussi une culture différente de la notre, des Africains. » D008*

L'accompagnement est possible quelque soit l'origine. *« C'est pas les origines qui font qu'on peut pas accompagner les gens, qu'on peut pas les comprendre. » D004* Ce n'est pas forcément l'origine étrangère qui pose problème mais la représentation de la maladie. *« La culture, mais c'est pas forcément les étrangers, mais la représentation de la maladie et du traitement. » D010* Cependant, pour un des soignants la culture des Rroms peut être un problème. *« (Les) Gens du Voyage qui même s'ils parlent français on une culture très*

différente de la notre. » D008 Pour un autre, c'est surtout la barrière que la langue. « Ca peut être une barrière entre guillemets, parce que ça peut être compliqué ne serait-ce que par la langue, on a pas du tout le même langage. » D002 Si celle si est levée, la prise en charge est plus simple. « Beaucoup de gens issus de la communauté du voyage. Essentiellement. Après les autres parlent français en général, donc c'est pas compliqué. » D010 Ce problème est identique quelque soit la culture. « Ils comprennent pas ce qui leur arrive, donc ils s'énervent, mais on leur explique, ça arrive de temps en temps, mais quelque soit la culture, c'est pareil. » D003

Pour les soignants, le respect des traditions culturelles est important. *« C'est la barrière de la langue qui nous ennuie plus que le respect des traditions des choses (...) après on peut s'adapter, c'est plus savoir communiquer et puis d'échanger qui peut parfois être difficile. » D002 Au niveau différences culturelles, c'est surtout l'alimentation qui est notée. « Au niveau culturel propre (...) on a la possibilité de commander des repas en fonction des régimes particuliers donc si on doit (commander) sans porc (...) c'est pas un souci. » D002 L'impact de la culture est moins important chez les enfants. « Parce que le problème de la culture, on le ressent quand même plus avec les parents qu'avec les enfants. » D008*

E. Spécificités de la Pédiatrie

1. Carnet de Santé

Le carnet de santé est un élément essentiel dans la prise en charge de tout enfant aux urgences. *« Alors le carnet de santé, il a ses avantages, et ses inconvénients. (...) Il a l'avantage d'être en tout cas, donc moi je l'utilise quand même beaucoup, euh, à condition... mais les gens comprennent vite, l'intérêt du carnet de santé, même s'ils en ont jamais eu dans leur pays d'origine, pas tellement pour les vaccins, parce que c'est pas les premières urgences, mais justement pour le suivi de la croissance (et) des traitements. Je pense que les gens, c'est un outil qu'ils utilisent. » D005 C'est un élément clé du suivi notamment pour les patients non sédentarisés avec de multiples intervenants. « J'hésite pas non plus à donner des carnets de santé, s'ils en ont pas, pour avoir au moins un début de suivi, avoir un document pour engager le suivi, si c'est quelqu'un d'autre qui prend le relais (...) ça permet d'avoir un truc fixe entre les différents intervenants, plutôt que des feuilles volantes. » D005 C'est un outil qui est ressenti comme indispensable sur le plan médical. « C'est un outil qui est quand même assez indispensable, » D009 alors que sur le plan paramédical son utilité est discutée. « Après c'est vrai que c'est plutôt la partie médicale. » D011*

L'absence de carnet de suivi est ressentie comme compliqué. « Il n'y a pas le statut vaccinal, ce qu'on a subi généralement enfant à l'hôpital, ça empiète sur les données de base pour le suivi médical. » D009 Les Roms utilisent généralement le carnet de santé dépendant de l'âge d'arrivée des enfants en France. « Ca dépend si l'enfant est né (...) en France généralement ils ont un carnet de santé. » D011 Le carnet de santé est parfois mal entretenu. « Des fois c'est des carnets de santé qui sont complètement, des pages arrachées, tout ça mais, c'est lié aux conditions de vie aussi. » D011 Certains soignants sont dubitatifs sur l'utilisation du carnet de santé dans le suivi. « Ils ont un carnet de santé, donc tu sais le départ, donc poids de naissance, taille, APGAR, et compagnie. Puis alors après, pfff... C'est le flou le plus total, des vaccinations, souvent tu sais pas, est-ce qu'ils les ont pas eu, est-ce qu'il les ont eu, mais pas noté ? » D010

2. Critères d'hospitalisation :

En plus des critères habituels d'hospitalisation selon l'âge, la pathologie, le degré d'urgence, on note pour les populations Roms d'autres critères. La qualité de l'anamnèse. « Un grand garçon qui avait convulsé et on avait du mal à comprendre le contexte et l'enfant était justement hospitalisé parce qu'on avait pas beaucoup d'éléments sur l'interrogatoire. » D005 L'évaluation de l'entourage est primordiale dans la décision d'hospitalisation. La certitude que les parents puissent reconsulter en cas de problème. « Après l'interrogatoire on peut savoir si la maman parle français et si ça va être facile pour elle de reconsulter. » D005 Il faut également que la famille puisse reconnaître les signes de gravité. « C'était impossible pour cette maman de comprendre ce qu'il fallait faire et comment il fallait réagir si, si ça persistait. Sachant que je trouvais qu'il était quand même un petit peu abattu et apathique et peut-être un petit peu cerné, les seuls signes. » D006

Pour la majorité des soignants, les conditions de vie précaires même en dehors de critères médicaux peuvent engendrer une hospitalisation. « Le problème de précarité, d'absence de suivi, le milieu, absence de domicile fixe, par exemple pour les traumatismes crâniens, on sait que s'il a pas de domicile fixe, même pour la surveillance il n'y a pas de critères médicaux, ça va aboutir à une hospitalisation. » D007 La notion de vie dans une caravane entraîne souvent une hospitalisation ou une prise en charge différente. « Ca nous arrive souvent d'hospitaliser des enfants qui vivent en caravane alors que un autre enfant qui vit dans une maison et qui a les mêmes symptômes on l'aurait pas forcément hospitalisé. » D009 Ceci à cause de la promiscuité et des conditions de vie précaires. « Si il n'y a pas de chauffage dans la caravane, si heu, si ils vivent très nombreux dans la même caravane, d'autres enfants en contact (...) donc ils sont plus facilement hospitalisés que des enfants qui ont une maison et une

voiture, des choses comme ça. » D009 L'absence de couverture sociale ou de moyens financiers est aussi un motif d'hospitalisation. « C'est vrai qu'au niveau financier, je pense que ça compte aussi dans la balance, en fait.. » D002

Il faut que les parents aient les moyens de réagir. « Il faut qu'on ait en face de nous des personnes qui soient aptes à réagir, éventuellement à appeler les secours si il faut. » D005 L'absence d'accès aux moyens de locomotion ou de communication est un frein aux soins ambulatoires. « Selon les conditions de transport, (...) est-ce que c'est une personne qui est capable de téléphoner. Donc, ça va modifier notre prise en charge, ça peut éventuellement engendrer une hospitalisation. » D005 L'absence de suivi certain est aussi un critère d'hospitalisation. « Quand il y a un suivi qui est pas sur, donc ça entraîne automatiquement un recours à l'hospitalisation de manière présence sociale. » D007

La décision d'hospitaliser reste personne dépendante. « Certain médecins qui vont dire je pense que ça va aller de toute façon à la maison ils se débrouillent bien. D'autres qui vont dire ben non, on sait pas ce qui pourrait ce passer, je préfère l'hospitaliser. » D002

3. Dimension Sociale

Aux urgences pédiatriques, la dimension sociale est très souvent abordée par les soignants. Pour un soignant c'est de la déduction. « Un petit peu sur le dossier et beaucoup par, un petit peu, un peu d'entretien, pas mal de déduction quand même. » D004 L'aspect physique ou l'habit joue également. D004 : « On essaye de faire un peu abstraction de l'habit, on va dire, mais malgré tout, ça joue quand même quoi. »

Pour la communauté Rroms on note également une stigmatisation via les prénoms. « Les petits roumains, euh voilà ils ont des prénoms bien particuliers. C'est pas des prénoms d'enfants français entre guillemets, du coup on sait. » D001 Cette soignante parle de stéréotypes d'enfants. « Non, parce que parfois on est un petit peu, on a des stéréotypes d'enfants et je trouve qu'on accueille. » D001

4. Dossier Médical

En dehors du carnet de santé, le dossier médical est un outil de transmission d'information. « J'adapte comment je remplis le dossier pour que le médecin ait des informations. » D003 C'est aussi un outil pour évaluer la prise en charge par la sécurité sociale. « On le voit sur le dossier (...) parce que c'est souvent par là qu'on commence. Je vois les

prises en charge (...) on sait déjà un petit peu, ben... niveau social comme le niveau financier par exemple chez les gens, pour leur prise en charge, pour les traitements. » D004 Le dossier médical est aussi informatisé et permet des suivis. « C'est des noms qu'on repère ou des enfants qu'on reconnaît, on regarde pourquoi ils avaient été gardés les fois précédentes. » D011

5. Orientation et Suivi

Les soignants se préoccupent du suivi après le passage aux urgences. Un courrier est systématiquement fait. *« Il y a toujours un courrier qui est écrit, qui est écrit en français, après si ils ont quelqu'un dans la famille qui comprend le français ben le courrier ils le feront relire. » D009 Un carnet de santé peut être donné pour assurer la même fonction. « J'hésite pas non plus à donner des carnets de santé, s'ils en ont pas, pour avoir au moins (...) un document pour engager le suivi, si c'est quelqu'un d'autre qui prend le relais. » D005*

On note une inquiétude sur l'observance. *« C'est vrai que par rapport à l'observance des traitements parfois on a des inquiétudes, souvent on les voit revenir ces gens là de toute façon quand il y a un souci. » D002 Le devenir social est aussi une préoccupation. « On essaye quand même de savoir ce qu'ils vont devenir le soir quand même. (...) Moi, ça m'est déjà arrivé d'appeler le 115 pour eux et d'attendre 3 heures et de ne rien avoir et de se demander où ils vont aller. » D001 Certains soignants pensent qu'il y a des limites à cette préoccupation non médicale. « Mais encore une fois les prendre par la main je pense que ce n'est pas à nous de le faire en permanence quoi. Je pense qu'il faut qu'il y est d'autres, faut pouvoir faire passer le relai à d'autres organismes qui s'en occupent. » D004 Certains soignants ne savent pas orienter les patients à la sortie. « Moi en tant qu'auxiliaire, ou les infirmières j'ai jamais entendu qu'on les orientaient vers d'autres structures. » D003*

A l'opposé, beaucoup de soignants orientent vers une structure en particulier Médecins Solidarité Lille (MSL). *« J'avais donné carrément le numéro et l'adresse (...) de MSL... avec la date et ça j'avais fait attention qu'ils comprennent bien. » D006 Le suivi peut être aussi mis en place dès les urgences avec la prise de rendez-vous. « On essaie de mettre en place le rendez-vous dès les urgences (...) comme ça on leur note quelque part, ou si on sent que c'est des gens qui n'ont pas, qui n'ont pas forcément le téléphone ou qui ne vont pas savoir rappeler, en général on essaie de mettre en place un suivi. » D011 Certains suivis peuvent être fait aux urgences. « Dans les cas (...) où tu sais pas trop ce qu'ils ont compris, les faire revenir deux trois jours après, pour s'assurer de l'évolution. » D007 Pourtant, le suivi aux urgences reste compliqué. « Aux urgences, c'est pas vraiment un lieu, c'est compliqué d'avoir des nouvelles*

d'un enfant. » D004 Le suivi est plus simple lorsque les patients ont un médecin traitant. « Si ils ont un médecin traitant c'est toujours (...) plus simple parce qu'on peut les ré-adresser. » D009 Ceci se voit au carnet de santé. « Si le carnet de l'enfant est bien rempli, on voit s'il voit un médecin régulièrement, s'il a l'air d'être bien suivi, ben ça nous rassure, on voit qu'ils viennent régulièrement, que les parents savent voir un médecin quand il faut. » D009

6. Traitements et Vaccination Pédiatrique

L'avantage pour les traitements pédiatriques sont la simplicité de la galénique. « Tous les médicaments pour la pédiatrie, c'est quand même fait assez simplement, (...) les pipettes (...) c'est quand même assez simple. Sur les choses simples (...) c'est sûr qu'on les laisse repartir à la maison comme ça. » D011 Ceci se reflète sur les ordonnances de sortie. « Les ordonnances de sortie ici, je crois que c'est plutôt des choses assez simples. » D011

L'utilité des vaccinations est bien comprise par les populations. « Les populations ont quand même compris l'utilité des vaccins pour éviter que tout le monde soit contaminé. » D005 Les vaccinations sont faites soit à la PMI, soit chez le médecin traitant, mais les conditions d'accès ne sont pas connues. « S'ils ont un médecin traitant ben je pense que c'est chez le médecin traitant... après il y a des consultations de pmi, après je sais pas si ils ont un accès aux soins. » D009 Les vaccinations ne sont pas mises à jour aux urgences. « Ca m'est jamais arrivé de vacciner l'enfant aux urgences. » D009

Il y a souvent des lacunes notées dans les vaccinations des enfants Rroms. « Souvent c'est pas à jour, surtout les petits (...) qui ont huit mois, on voit qu'ils ont pas commencé les vaccinations (...) ou en tout cas rien n'est reporté dans le carnet de santé. » D009 La vaccination dépend également de la présence sur le territoire. « Ca dépend si la famille est un minimum présente sur la même commune, un certain temps, je pense qu'on peut sensibiliser aux vaccins, et à la prévention. (...) Ils sont pas très à jour de toute façon. » D005 C'est pourtant ces populations là qui devraient être le plus visées par les campagnes de vaccinations. « Alors, pour des populations migrantes, expulsables, expulsées, euh sans accès, enfin sans accès à la sécurité sociale, c'est encore plus compliqué alors que c'est les populations qui en ont le plus besoin. » D005

7. Types de consultations

Les consultations aux urgences sont très variées. « Il y en a pas une pareille. Chaque consultation est différente. » D010 Plusieurs soignants trouvent que ce sont des

consultations déguisées ne relevant pas d'un motif urgent. « *Qui ne relèvent pas de l'urgence vraie (...) c'est des enfants qui auraient très bien pu consulter en ville avant de consulter aux urgences.* » D007 On note une saturation des urgences liée à ces consultations déguisées. « *J'en pense que parfois ça sature les urgences alors que (...) ça ne nécessite pas forcément une prise en charge aux urgences.* » D009

Un soignant pense que ce côté « urgences ressenties » est spécifique à la pédiatrie et aux patients en dehors du système de soin. « *Je pense que c'est personnel à la pédiatrie (...) c'est plus le côté soit urgence ressentie, soit le côté consultation plus facile aux urgences, pour plusieurs raisons, soit proximité, soit la question d'avancer les sous (...) soit le fait qu'ils n'ont pas de suivi médical à l'extérieur, régulier, ou pour lequel le médecin traitant, régulier donc. Ceux-là, pratiquement tout leur historique du carnet de santé, ils ont quarante tampons par les urgences.* » D007

F. Représentations sur la santé des populations Roms

1. Conditions de vie et santé

Les conditions de vie sont considérées comme inadéquates pour la prise en charge des pathologies. « *C'est un enfant qui a un eczéma profus ou une gale profuse, un problème dermato qui peut être contagieux ou pas, mais dont les conditions d'accès à l'eau sanitaire potable ou correcte va être difficile, ça va engendrer une hospitalisation, non pas parce que la maladie est grave, mais parce que les soins vont être fait correctement dans les bonnes conditions.* » D005 La promiscuité est notée également. « *Si il n'y a pas de chauffage dans la caravane, si heu, si ils vivent très nombreux dans la même caravane, d'autres enfants en contact, qui peuvent soit attraper la maladie, soit lui redonner autre chose.* » D009

L'expulsion est un problème dans le cadre de suivi de pathologie aiguë ou chronique. « *Elles bougent au fur et à mesure des expulsions, et ça peut jouer dans le suivi des pathologies chroniques ou pas, enfin qui ont besoin de suivi ou de soins. Et ça, ça peut être un stress pour les familles, de pas savoir si elles pourront être suivies là.* » D005 Le risque d'expulsion peut-être un facteur d'hospitalisation. « *J'hospitaliserai plus facilement parce que ça peut être un argument de dire ben si mon enfant est hospitalisé, (...) parce que ça rentrera en ligne de compte dans l'expulsion.* » D005 Le mode de vie itinérant n'est pas un problème pour le suivi des patients. « *Le mode de vie itinérant n'est pas en lui-même un problème, c'est plus où est hébergé l'enfant, dans quelles conditions, si c'est dans un terrain officiel avec tout ce qui faut, où si c'est, où il y a rien, quoi. Ca fait une très grosse différence.* » D005

2. Connaissance et utilisation système de soin

Les Roms ont une connaissance des différentes structures de soin. « C'est quand même des gens qui gravitent dans la région, ils connaissent les différents intervenants. » D005 Par exemple, MSL est déjà fréquemment connu des populations Roms. « Je pense qu'on (...) propose beaucoup aux populations Roms d'y aller, mais en général ils connaissent. On fait rarement découvrir MSL aux gens qu'on accueille ici. » D011 A tel point, qu'un amalgame est fréquemment fait avec les populations Roms. « Je pense qu'il y a un petit amalgame qui est fait pour le rôle de MSL. » D011

Ils utilisent fréquemment les urgences hospitalières. « C'est vrai qu'ils viennent fréquemment, quand même facilement aux urgences, facilement, enfin sans, pas forcément pour des trucs qui nécessitent une prise en charge aux urgences. » D009 Une soignante la recherche de l'hospitalisation. « Quand il faisait très froid, on avait quand même beaucoup le soir des petits Roms qui venaient pour ça 'être interné.' Donc, je me dis eux ils retrouvent un confort. » D001 Pourtant, selon cette soignante il n'y a pas de recours aux soins plus fréquent. « Ils viennent pas plus que ceux qui ont tout chez eux. » D001 Le recours est fréquemment perçu comme justifié. « C'est sûr qu'ils viennent en général, c'est pas pour des bêtises (...), l'enfant est come même malade. » D002

Parfois, le seul suivi régulier qu'ont les enfants Roms sont les urgences médicales. « Ils n'ont pas de suivi médical à l'extérieur, régulier, (...) ceux-là, pratiquement tout leur historique du carnet de santé, ils ont quarante tampons par les urgences. » D007 Certaines familles sont très connues des urgences. « Des fois on connaît toutes ces familles, quoi. On connaît leurs noms, on connaît les gamins, on sait quand il y en a un nouveau qui arrive. » D004 Pour certains soignants, les urgences sont parfois considérées comme le médecin traitant de facto de certains enfants. « Souvent ils viennent aux urgences (...) en premier recours. On est les médecins traitant de certains enfants (...) parce qu'ils ont pas de médecin traitant ou parce qu'il faut payer chez le médecin. » D009

Pour une des soignantes, les Roms ont une connaissance des traitements de base. « Les roumains (...) ils savent quand même, on voit ça a bien été expliqué quand même, pas plus de quatre heures ou, de toute façon s'ils lui ont rien donné ils le disent bien aussi... » D012 Ils acceptent les soins. « Ils sont coopérant sur les soins. » D004

3. Complexité de la prise en charge

La majorité des soignants parlent de la complexité de la prise en charge des populations Roms. Certaines prises en charges sont considérées comme un échec. *« Le traitement n'a pas fonctionné, ou qu'ils l'ont mal fait, problème d'observance, parce que manque de communication, manque de soins, certains qui ont pas compris et qui reviennent. » D010*

Le fait que les Roms n'utilisent pas les filières dédiées en cas d'urgence est un problème pour un soignant. *« Vu qu'ils ne passent pas par les filières, pour les grosses urgences en tout cas, ils ne passent pas par les filières dédiées et du coup ça peut poser des problèmes souvent. » D011* Les structures adéquates ne sont pas sollicitées. *« Cet enfant on n'a pas pu bien le prendre en charge parce qu'on n'avait pas les moyens techniques et humains en fait ici pour le, pour l'accueillir et s'il avait été vu par le SAMU, il aurait été dispatché directement et il aurait eu plus de chance, je pense, de s'en tirer. » D011* Il existe un recours très tardif aux soins. *« Ils viennent ici quand il le faut, quand c'est l'urgence, quoi, quand on peut plus rien faire. » D012*

Les Roms n'ont souvent pas d'historique médical. *« (Les) gens qui ne sont pas sédentarisés, donc ils ont aucun historique médical. » D007* Certaines données essentielles sont donc manquantes. *« Dans les carnets de santé, à part le tout départ, c'est la sage-femme qui l'a noté, poids de naissance, et tout ça, mais sinon, après pfff. En gros, à part le départ quand tu sais comment c'est passé le début de vie, et puis après tu sais pas quoi. » D010* Les Roms sont considérés comme moins bien intégrés et moins bien suivis du point de vue santé. *« Il y a des, au niveau de la population Roms, il y a des gens, enfin qui sont plus ou moins intégrés (où) le suivi (...) est plus ou moins efficace. » D011* Selon un soignant, c'est la précarité de ces populations qui pose un problème. *« Les seules difficultés qu'on peut avoir dans la prise en charge non médicale, c'est la prise en charge sociale, le suivi des populations précaires. » D007*

La prise en charge est considérée comme différente. *« On les prend pas en charge pareil vu qu'on va les hospitaliser plus facilement ou on va parfois leur donner, si on ouvre un antibiotique ici, ben on va parfois leur donner la bouteille avant qu'ils ressortent parce que bon, on sait qu'ils iront pas forcément, on sait pas s'ils vont aller à la pharmacie. » D009* La réalité sociale est parfois considérée comme plus importante que le côté médical. *« C'est plus le côté médical qui passe, (...) Faut pas être un grand médecin pour savoir soigner la gale. C'est plus tout le côté psychosocial qui est vraiment triste, et tu as pas tellement de solution quoi. » D010*

La santé n'est pas toujours considérée comme la priorité par rapport aux considérations économiques. *« Il faut qu'ils puissent le faire, si à un moment ils sont tous occupés à chercher à manger, enfin voilà, y a, ya des priorités et ça m'est arrivé à moi même en étant étudiant. Tu vas pas au médecin, tu préfères garder tes sous pour acheter à manger quoi. (...) Beaucoup de gens ont vécu ça. »* D004 L'absence de moyen de communication est également considéré comme un frein. *« On en reçoit pas de coup de fil ou quoi que ce soit pour avoir des nouvelles, ou quoi que ce soit, d'eux. Ils n'ont pas les moyens de communiquer comme ça, donc ils reviennent le lendemain. »* D003

4. Etat de santé des enfants Roms

Les enfants Rroms sont considérés plutôt en bonne santé. *« Je les trouve malgré tout assez résistanst, tu sens qu'il y a, c'est fou parce que ils sont aussi habitués à vivre dans de telles conditions. »* D001 Avec une croissance staturo-pondérale peut-être plus basse. *«C'est rare qu'ils soient obèses (rires). Non, mais en général ils ont des tailles plus petites que la moyenne, ils ont pas des courbes de poids qui augmentent en flèche, c'est des petits gringalets souvent. »* D003

5. Pathologies spécifiques des Roms

La plupart des soignants considèrent que certaines pathologies sont liées aux conditions de vie. Les dermatoses ne sont pas plus fréquentes selon les soignants, notamment la gale mais dont la prise en charge plus complexe du fait du manque d'accès à l'eau potable. *« La gale, la varicelle, mais ça c'est chez tout le monde, mais comme ils vivent en communauté, c'est sur que ça se propage plus vite. »* D010 Certaines plaies sont prises en charge tardivement. *« Des plaies qui traînent pendant une semaine qui sont super sales. »* D010 La tuberculose. *« Ils peuvent être porteurs de pathologies par exemple la tuberculose. »* D007

Le mode de vie en caravane et le chauffage au poêle est responsable d'intoxications au monoxyde de carbone. *« Il y a beaucoup d'enfants qui viennent pour intoxication au monoxyde de carbone dans les caravanes. Et ça j'en avais eu pas mal cet hiver. »* D006 Certaines consignes sont données par rapport à ces pathologies spécifiques. *« Mais il y a des messages qui passent quand même bien, euh, et c'est pas compliqué aussi de dire de faire attention à l'intoxication au CO dans la caravane l'hiver, et les gens ont les réflexes facilement. »* D005

La peur de la propagation de la maladie est présente. « Si ils vivent très nombreux dans la même caravane, d'autres enfants en contact, qui peuvent soit attraper la maladie, soit lui redonner autre chose. » D009 Certaines épidémies ont eu lieu. L'hépatite A. « Au moment des épidémies d'hépatites A qu'il y a eu il y a 18 mois, c'est un problème qui a bien été souligné, mais bon c'est un problème d'argent et d'accès aux soins quoi. » D005 La rougeole. « L'épidémie de rougeole l'année dernière, (...) il y avait beaucoup de Roms. » D007 Certaines années il n'y a pas d'épidémie ou de pathologie spécifique relevée. « Etonnamment, (...) enfin cette année en tout cas, je trouve qu'il n'y a pas eu de pathologies plus particulières venant des populations Roms. » D011

Les patients arrivent aussi parfois avec des pathologies d'importation ou des pathologies non prises en charge dans leur pays d'origine. « Des fois c'est un peu compliqué surtout quand c'est des enfants qui présentent des pathologies assez particulières, savoir si ça avait déjà été exploré, si les parents ont déjà une prise en charge particulière. » D002 Parfois, ce sont aussi des thérapeutiques particulières. « Ce sont des personnes qui viennent de pays étrangers qui ont d'autres thérapeutiques, d'autres médicaments, c'est vrai que ça, ça peut être un peu une barrière au départ pour expliquer. » D002

6. Réactions des Roms par rapport à l'hôpital

Plusieurs soignants ont noté les réactions des Roms par rapport à l'hôpital. Ils notent de l'énervement lié à l'incompréhension, qui reste identique quelque soit la culture. « Ils comprennent pas ce qui leur arrive, donc ils s'énervent, mais on leur explique, ça arrive de temps en temps, mais quelque soit la culture, c'est pareil. » D003 Une peur de l'inconnu. « Les enfants quand ils arrivent aux urgences ils sont comme même un peu terrorisé on va dire. » D001

On note un isolement lors des hospitalisations. « Ils sont beaucoup plus seuls, cette dame qui est restée une semaine là, ça nous désolait de la voir là mais on savait pas quoi faire. » D004 Les Roms peuvent être soit demandeurs, soit au contraire très effacés. « Maintenant c'est vrai que c'est soit des gens qui vont attendre, qui vont rien dire du tout, soit c'est des gens qui vont être demandeurs d'être pris tout de suite. » D002

G. CONNAISSANCE DU MODE DE VIE DES RROMS

1. Habitat

Les soignants notent souvent les conditions de vie des Rroms. Ils vivent en caravane ou alors sont sédentaires. *« Tsiganes après on a deux populations. Ceux qui sont encore en caravane, ceux qui vivent, qui sont sédentaires. » D002* Les logements sont parfois plus précaires. *« Ils vivaient même pas dans une caravane, ils vivaient sous les cartons sous les ponts. Alors, là c'est des conditions pareilles pfff. de misère totale, c'est horrible. » D010* Certains ont des logements plus stables en foyer ou à l'hôtel. *« On dit à la caravane et ils nous disent à l'hôtel... à l'hôtel, donc... parfois on se trompe, on les met tous en caravane, ils sont pas tous en caravane. » D012*

Les conditions de vie dépendent du type de terrain. *« Le mode de vie itinérant n'est pas en lui-même un problème, c'est plus où est hébergé l'enfant, dans quelles conditions, si c'est dans un terrain officiel avec tout ce qui faut, où si c'est, où il y a rien, quoi. Ca fait une très grosse différence. » D005* Chauffage au poêle. *« Les systèmes de chauffage de caravane quand t'as pas l'électricité, c'est des poêles fabriqués, euh avec du bois ou du charbon ou autre combustible mal étiqueté (rires) et évidemment, il y a une circulation plus que douteuse dans un endroit qui est souvent calfeutré pour pas avoir froid, et donc aucune évacuation enfin douteuse. » D005*

On note une absence de moyens de communication. *« On en reçoit pas de coup de fil ou quoi que ce soit pour avoir des nouvelles, ou quoi que ce soit, d'eux. Ils n'ont pas les moyens de communiquer comme ça, donc ils reviennent le lendemain. » D003*

2. Noms

On note une confusion des termes. *« Les populations Rroms, je pense que c'est un peu le fourre tout qu'on fait tous, (...) c'est des populations de migrants en général des pays de l'Est, des gens qui sont (...) plutôt en caravane ou (...) plutôt des campements. (...) C'est un peu confondu quoi, c'est un peu compliqué. » D011* Ce sont des Tsiganes. *« Tsiganes après on a deux populations. Ceux qui sont encore en caravane, ceux qui vivent, qui sont sédentaires. » D002* Des Forains. *« On a des forains parfois lors des passages des cirques. » D005* Le terme Gens du Voyage est également utilisé. *« C'est des gens qui voyagent du coup ils ont pas d'endroit à eux particulièrement, (...) la Roumanie (...) en fait c'est pas leur pays, pas plus qu'ailleurs, c'est plus des Gens du Voyage, j'ai l'impression enfin tu vois, je le ressens plus comme ça. » D001* Une soignante parle des Gitans, notamment de deux familles implantées dans la région historiquement. *« Les Demestres et les Hoffmans.... C'est plus, c'est nos gitans à nous. » D012*

Certains soignants parlent aussi des Manouches. « Avant (...) on disait les Manouches, (...) c'est vrai qu'on en a moins, ils se sont plus sédentarisés, maintenant c'est les Rroms. » D001 Certains soignants font aussi référence aux 'Roumains.' « Des gens qui viennent beaucoup ici, (...) les roumains et tout. » D004 Le terme revenant le plus fréquemment est celui des Rroms. « Surtout les populations Rroms. » D011

3. Situation Politique et Sociale

Les soignants distinguent différents niveaux de vie dans les populations Rroms. « Je pense qu'il y a des différences, ils viennent de familles différentes et puis ils ont des moyens différents et puis je pense par exemple qu'il y en a qui ont des moyens financiers, qui vivent dans des belles caravanes. Ils sont pas tous dans la pauvreté. » D001 Alors que d'autres sont plus pauvres. « Les Rroms c'est de la récupération, des trucs qu'on voit, les Tsiganes enfin ils font un peu plus propre entre guillemets. » D002

Certains soignants notent la précarité administrative des patients Rroms. « Beaucoup de gens qui ont peur de se faire arrêter tout simplement, enfin, nous on le sent même ici quand on leur demande si ils ont des papiers juste pour faire l'accueil administratif. » D011 Le risque d'expulsion est toujours présent, et l'hospitalisation est un frein. « On a pas à faire au même genre de famille parce que évidemment avec les risques d'expulsion qui pèse sur les terrains, on va dire sauvage, ça pèse comme même sur le stress des parents. » D005 Une soignante note que lorsque les familles reviennent fréquemment, c'est un signe d'intégration. « Quand c'est des gens je pense qu'on a l'habitude de voir, qui reviennent plusieurs fois, on aura plus tendance à ce dire ben c'est bon maintenant, ça fait un moment qu'ils sont là, je pense que ça s'est un peu clarifié dans leur situation. » D002

Certains soignants pensent que les conditions de vie des Rroms sont précaires dans leur pays d'origine. « Elle préfère encore dormir dans sa voiture avec son enfant et avoir à manger tous les jours pour lui que retourner là-bas. » D002 La qualité de vie en France est considérée comme meilleure. « Ils sont pas tellement plus acceptés en France mais bon, mais je pense qu'il y a quand même une meilleure, une meilleure qualité de vie malgré tout. » D011

L'arrivée des Rroms en France est considérée comme une situation nouvelle. « Il y a quelques années, t'avais pas tout ça de Rroms. C'est quand même nouveau, c'est depuis quatre ans moi je dirais. » D001

4. Stéréotypes

Plusieurs soignants remarquent systématiquement l'apparence physique. *« Ils ont un physique quand même, ils ont un physique bronzé, ils parlent pas français. »* D003 Le mode de vie itinérant est toujours noté. *« Qui partent, qui vont d'endroit en endroit... »* D009 Les vêtements sont aussi notés. *« Des enfants qui sont couverts de la tête aux pieds, avec cinq épaisseurs parce qu'il dort et parfois ils sont bien, bien, couverts. »* D002 L'alimentation est aussi stéréotypée. *« J'ai même été surprise moi par toute l'alimentation qu'ils ramenaient, enfin je me suis dit ils avaient déjà une chose. On a pas la même notion d'hygiène, mais ils ont pas faim. »* D001

H. Structuration de l'hôpital

Plusieurs soignants ont fait des remarques sur la structuration de l'hôpital permettant la prise en charge des populations plus précaires, notamment des populations Roms.

1. Différence selon le revenu

Le type d'hospitalisation dépend de la couverture sociale. *« T'as une mutuelle, tu gagnes de l'argent donc, t'as accès à la chambre particulière avec un peu plus de confort, avec le lit machin. T'es un pauvre, tu vas dans la chambre double, tu vas sur un fauteuil. »* D004 Ceci instaure une division. *« Les chambres c'est payant, donc il faut une mutuelle. Donc c'est vrai que forcément ça te fait une division. Tu vois que ceux en chambre quelque part ils sont plus riches que ceux qui sont en service. Tu vois vraiment plus de cas sociaux quand t'es du côté service. »* D010

2. Administratif et précarité

L'accueil des personnes en situation de précarité est permis pas le système PASS. *« Ce système est un peu officialisé par les PASS, permanence d'accès aux soins, qui permet d'organiser l'accueil de ces gens-là en fait, (...) qui est évidemment en dehors des clous par rapport aux hospitalisations et aux soins classiques. »* D005 Le financement est permis grâce aux MIGAG. *« L'institution à ce niveau là est soutenue par le système des MIGAG, mission d'intérêt général, pour lesquelles un financement est prévu pour les populations défavorisées. Pour compenser le manque à gagner via les caisses de sécurité sociale. »* D005 La PASS est organisée de manière différente par chaque hôpital. *« Nous c'est pas un lieu, c'est pas une*

consultation, c'est pas un secteur privé, c'est à dire que chaque partie de l'hôpital peut mobiliser ces ressources là. » D005

Les patients sont plutôt adressés à un autre hôpital. *« On avait entendu dire que, ils devaient plus aller (à l'autre hôpital), niveau, niveau (...), ils sont plus invités à aller là-bas (à l'autre hôpital) qu'ici mais ils viennent ici quand même. » D012* Pour les Rroms, certains soignants pensent qu'ils viennent plutôt à l'hôpital de cette étude. *« Ils ont l'habitude de venir, je sais pas, on les envoie ici quand même. » D012*

3. Hôpital de cette étude, lieu d'accueil de la précarité

Traditionnellement, l'hôpital initial servait de lieu d'hébergement. *« Y en a qu'on a vu grandir mais ça ne se fait plus, les services qui servent de pensionnat, ça n'existe plus ça mais à l'hôpital ça se faisait bien quand même. » D012* Il y avait moins de stigmatisation. *« C'était encore l'époque (du premier hôpital)... ici c'est bien parce qu'(à l'autre), l'assistante sociale elle vient souvent chez nous après, mettons une brûlure ou, une enquête est vite faite à l'autre hôpital, que chez nous, le soin, et puis après. » D012* Cela reste dans la tradition de cet hôpital de soigner les personnes sans ressources. *« On a jamais de frein institutionnel à l'hospitalisation des populations même sans papier. Ça fait partie d'une part de notre histoire en temps (...) et on va dire dans un bassin de population défavorisée. » D005* Pour une soignant c'est un souhait de l'hôpital d'être identifié comme un lieu d'accueil de la précarité. *« J'espère c'est qu'on est identifié, enfin j'aimerais bien que ce soit perçu comme ça par les populations qui connaissent, j'espère que le message passe qu'on peut être accueilli et soigné correctement à (l'hôpital), quelque soit le niveau de revenu et d'accès aux soins. » D005*

Plusieurs soignants notent la fréquence de la précarité. *« On a quand même pas mal de cas sociaux, des histoires difficiles, des contextes familiaux très durs. » D012* Il existe une relation de confiance avec cet hôpital. *« On a une population, puis une population qui revient, j'allais dire, habituée, des gens qui reviennent régulièrement avec leurs enfants, qui je pense, enfin j'espère, se sentent en confiance. » D011* La situation de l'hôpital est importante. *« Vu où on est placé, vu la population qu'on draine ici, (...) c'est un hôpital de ville, donc on est une ville-cité (...) c'est tout un quartier. » D004*

I. Représentations Positives des Soignants

Beaucoup de soignants notent l'acceptation des soins par la population Rroms. *« Les Rroms (...) je vois bien dans ma tête quelques enfants où la maman parlait pas un*

mot de français qui m'ont donné l'enfant presque sur la table dès que j'avais eu quelques renseignements, à peine, la fièvre, la toux... » D006 Ils ont confiance dans l'hôpital. « Je sais pas si c'est une interprétation personnelle, mais d'eux-mêmes ils font plus confiance (...) ils laissent l'enfant beaucoup plus facilement se faire examiner que d'autres familles françaises. » D006

Ils ont une adaptabilité importante et ne sont pas difficiles. *« Ils sont pas difficiles en général. Ils ont peur, mais quand ils ont compris qu'on leur faisait pas mal, euh, c'est des enfants qui mangent de tout, qui s'adaptent à tout. » D003 La notion du temps est différente. « Au contraire, je trouve qu'ils ont le temps. » D003*

Plusieurs soignants notent l'importance du lien parent-enfant. *« Quand ils sont malades je trouve qu'ils s'occupent super bien de leurs enfants. Il y a quand même beaucoup d'amour avec leur famille. » D001 On note aussi leur gentillesse. « C'est vrai qu'on essaye d'expliquer, c'est des gens qui sont gentils, souriants, qui disent toujours oui. » D002*

J. Représentations Négatives des Soignants

Certains soignants reprochent la notion d'abandon. *« Les Roumains ils nous amènent leur enfant, les Rroms, puis ils partent. » D003*

Au niveau du comportement, certains soignants notent une certaine ambivalence. *« Ca dépend lesquels... quelques fois on les sent bien et puis quelques fois ça passe plus ou moins bien quoi, on sent qu'ils sont pas très, mais bon, en général ça se passe bien. » D012 Parfois de l'agressivité. « C'est, les Rroms, là, (...) c'était agressivité physique c'est à dire que, son enfant, elle avait une façon, elle m'avait un peu bousculée, il me semble et puis elle avait une enfant, une façon de l'arracher à moi, alors qu'en même temps elle me la présentait pour que je la soigne. » D006*

Plusieurs soignants considèrent qu'ils peuvent être très demandeurs et peu patients. *« C'est des gens qui vont être demandeurs d'être pris tout de suite. Genre « il est malade, il est malade, il faut venir tout de suite... » et c'est vrai que c'est difficile de leur expliquer qu'il y a pas qu'eux, qu'il y en a d'autres qui sont un peu plus malade, qu'il faut attendre. » D002 Ils peuvent aussi être très exigeant avec beaucoup de demandes. « Dans un service où ils s'installent et t'as l'impression que plus tu en donnes plus il faut donner. » D001*

Pour une soignante la notion de temporalité n'est pas la même, et les Rroms ne veulent pas attendre les soins. *« Surtout qu'on a, à part leur réexpliquer, on n'a pas moyen*

du tout d'aller plus vite ou de, de faire en sorte qu'ils soient, qu'ils se calment donc... ça m'est arrivé une fois, je crois, uniquement, de faire une sortie contre avis médical et en fait, je préparais le papier, ils ont fugué carrément. » D006 Certains consultent pour être rassuré, mais ne veulent pas rester pour les soins. « Ils viennent souvent pour se rassurer, parce qu'au bout d'un moment ils comprennent quand même certaines choses et quand ils voient que l'enfant il tousse, ils viennent, ils disent « saturation, saturation, c'est bon ? » et là ils veulent rentrer quand ils compris que c'était bien, on finit même pas l'examen, ils veulent repartir. » D009

Un soignant note parfois un certain envahissement et une difficulté à cadrer la consultation. *« C'est très théâtral comme consultation, ça part dans tous les sens, t'es obligé de te concentrer sur l'un, essayer de comprendre pourquoi il vient. » D010* La moitié des soignants note le nombre important de personnes accompagnant l'enfant malade. Certains questionnant la culture. *« Après il y a des histoires de familles, des cultures familiales, pourquoi est-ce qu'ils débarquent à dix alors que le gamin il a juste, il tousse quoi. » D004* Le lien de parenté n'est pas toujours connu. *« Ils arrivent (rires) pratiquement toujours à cinq (...) les parents, les frères et sœurs, les cousins, t'as toujours du mal à savoir le lien de parenté entre chaque. » D009* Une soignante exprime sa réticence à soigner des patients Rroms. *« On n'est jamais ravi d'aller voir une famille Rroms avec quinze personnes dans la salle. » D009*

Certains soignants notent aussi un comportement turbulent. *« Ils ont un peu moins, je dirai un peu moins de patience, ils vont avoir tendance à aller se balader, aller à droite à gauche, aller discuter, et puis tu as les copains qui arrivent, ils rentrent d'un côté puis de l'autre. » D004*

Un soignant regrette une forme d'assistantat. *« T'as encore des gens, tu vas les voir apparaître ici comme des fleurs avec le papier, alors que tu as marqué en gros le numéro et puis ils ont rien compris quoi. Après il y a pas de miracle hein, tu pourras faire ce que tu veux, je pense qu'il y a des gens ils auront besoin d'être pris par la main tout le temps quoi. » D004* La barrière de la langue est toujours vue comme un obstacle. *« Les populations Rroms (...) c'est ce qui est le plus visible au final, parce qu'il y a quand même la barrière de la langue qui est importante. » D011*

Le manque d'hygiène dérange la majorité des soignants. *« Mais ça, c'est moi, parce que l'hygiène c'est quelque chose d'important et que tous les jours, même si c'est pas tous les jours, mais là c'est jamais. Pfff, ils les lavent pas beaucoup, c'est triste, t'imagines un nouveau-né, un petit bébé de 3-4 mois qui arrive, qui est crasseux, enfin moi ça me dérange. » D001* Une soignante note l'olfactif. *« Ils ne sentent pas toujours très bon. » D009*

La mendicité dérange plusieurs soignants. « *Les roumains du feu, les Rroms du feu qui tendent la main. D'ailleurs y a un externe qui m'a dit (rire) qu'il avait un papa et la fille qu'il avait vu la veille aux urgences qui étaient au feu d'à côté, qu'il avait été tout gêné.* » D006 Pour d'autres c'est le travail des enfants qui dérange. « *Il faut retourner au trou (rires), ou non mais il faut retourner au boulot, c'est ça que je pense, c'est que les enfants ils travaillent énormément. Ca ça me dérange aussi tu vois, parce quand je vois les pères, je les vois ici, quand ils sont malades les enfants allez, c'est bien, ils sont très malades alors on s'en occupe, mais très vite on les remet à faire la manche au coin et pas toujours avec le père quoi. Avec la maman, mais les enfants ils travaillent. Ca ça me dérange, que ici en France entre guillemets on laisse faire ça.* » D001 Cette même soignante remarque que dans la société Rroms, certains services se monnayent. « *Il y a un truc qui me choque dans leur famille (...) ceux qui arrivent et qui ont un petit peu d'argent, j'ai senti ça, et je l'ai vu. Il y a souvent un interprète qui vient, qui est là depuis bien plus longtemps et qui se fait payer.* » D001

Certains soignants notent des vols dans le service dûs aux Rroms. « *Une petite aussi en garde, qui avait piqué tout ce qu'il y avait dans le chariot, (rire) enfin une petite rom avec sa maman, elles avaient rempli leurs sacs.* » D006 Ce sont plutôt des objets de consommation quotidienne. « *Ca arrive que quand ils sont passés, ben tien on a plus de couches, ou on a plus de suppos. C'est pas un larcin, pfff, c'est humain. Voilà. Dans le vestiaire, dans le service, non.* » D003 Pourtant, certains soignants se prémunissent contre ces vols lorsqu'il y a des patients Rroms. « *C'est vrai parfois on les voit, on se dit ah on va fermer les chariots pour être sûr qu'il n'y ait pas de vol, mais bon, c'est pas grave en soit.* » D002

K. Vécu du Soignant

1. Emotions positives

Faces aux Rroms, certains soignants ont des émotions positives. De la gentillesse. « *Les gens ils sont pas dans leur pays, les gosses ils sont jamais allé à l'hôpital, donc ils ont peur. Donc faut comme même le comprendre ça, il faut s'adapter. S'adapter, on est gentille, mais il faut encore être plus douce, avoir un peu plus de patience avec eux.* » D003 De l'indulgence. « *On sera un peu plus indulgente.* » D002 De la tolérance. « *Moi je suis quand même assez tolérant.* » D004

2. Emotions négatives

Un soignant note qu'il peut y avoir des aprioris face aux populations qu'on ne connaît pas. « C'est surtout des aprioris par rapport aux gens qu'on connaît pas quoi. C'est normal tu connais pas. » D004 Parfois il y a de la colère. « Personne vient s'en occuper, personne vient donner à boire, enfin, tu vois tu te dis... d'un côté t'es triste et d'un côté t'es un peu en colère. » D004 Parfois de l'énervement. « Enfin moi je ne me sentais pas de commencer à m'énerver avec ces gens là, je leur avais laissé, et puis surtout ils avaient piqué un thermomètre. » D006 Il peut y avoir de la peur. « C'est pas évident, en garde, la nuit et avec les infirmières et moi uniquement, et on sait pas comment il faut réagir et si ça va les énerver. » D006 Parfois il y a de la pitié. « Parfois j'ai un peu entre guillemets pitié, parce que je me dis que celui-là il a moins de chance que l'autre mais voilà c'est la vie. » D001 De la tristesse. « A chaque fois c'est des histoires très tristes, de vivre à je sais pas combien sous des baraquements en question. Tu sens qu'il y a une misère, mais c'est l'horreur quoi. Donc non, tu peux jamais te sentir très bien. » D010

Parfois la communication peut être sur un ton agressif. « Des fois je leur réponds sur le même ton. » D004 Ce comportement est lié à une sensation d'être agressé. « Au début je me sentais un peu agressé, maintenant je me rends compte que c'est un peu leur façon de parler. » D004

Il existe des réactions d'exaspération. « Ca peut nous saouler quand même, enfin : « ouais c'est des Rroms, on va rien comprendre encore » ou « ils viennent pour rien », parce que souvent ils viennent pour rien. » D009 Parfois, pour certains soignants c'est compliqué de prendre en charge une famille Rroms. « Il faut bien les prendre en charge quand même, même si... même si ben, on n'est jamais ravi d'aller voir une famille Rroms avec quinze personnes dans la salle (sourires) et voilà, tout ce qui va avec... » D009 Une difficulté qui est systématiquement présente. « Lors de mes gardes c'est toujours difficile, quoi. Parce que t'as la barrière de la langue, parce qu'ils arrivent (rires) pratiquement toujours à cinq. Du coup, c'est très théâtral comme consultation. » D010 Une soignante note qu'elle n'a pas le droit à la stigmatisation. « J'ai déjà dû dire, on n'a pas le droit de dire ça, t'as pas le droit de dire qu'il faut rien dire à chaque fois, mais bon. » D012

3. Générosité de la part des soignants

Certains principes sont rappelés par les soignants. La nécessité d'accueillir tous les patients quelque soit le statut légal ou social. *« S'ils ont pas de papiers, c'est pas grave, on, voilà faut vraiment, faut vraiment les accueillir. Nous, oui, non, y a aucune, par rapport à ça, en tout cas en terme paramédical et médical. Heureusement. On vit encore dans un beau pays. »* D011 L'accès aux soins est considéré comme ouvert pour tous. *« On est dans un pays où la santé est accessible pour tout le monde donc moi ça me pose aucun problème d'accueillir quelqu'un qui n'a pas un rond, qui n'a même pas de sécu. »* D004 Pour une soignante, aider celui dans le besoin est important. *« J'ai plutôt tendance à donner à celui qui a peu, ce qui me paraît logique. Donner à manger à celui qui va rentrer chez lui que tu sais qu'il rentrera chez lui et il aura tout ce qu'il lui faut. »* D001 Pour une autre, il faut essayer de faire au mieux. *« On essaye de faire notre maximum, de notre mieux. »* D010

La majorité des soignants considèrent qu'en pédiatrie tous les enfants sont soignés de manière identique. *« Qu'il habite (rires) Bondues entre guillemets ou dans une caravane, pour moi il a une gastro⁴ il est déshydraté, je le prends en charge pareil. »* D001 Avec parfois une attention au social. *« Ils attendront pas plus qu'un autre, ils auront les mêmes soins, j'ai dis, pour les repas on élargit un peu. »* D003 La seule différence est le degré d'urgence. *« Tout le monde il est soigné de la même façon, sauf s'il y a une urgence, les parents le savent, on s'en occupe tout de suite, sinon c'est pareil pour tout le monde. En fin de compte, carte ou pas carte, les soins sont faits. »* D012

4. Implication personnelle et précarité

Selon une soignante, être ouvert aux différences permet la prise en charge de la précarité. *« Des gens qui ont envie que ça tombe dans des cases, et que ça aille vite et que ce soit pareil pour tout le monde, et t'en as qui ont envie de connaître un peu plus les différences. »* D005 Cette sensibilité là est personne dépendante. *« Peut-être, au-delà d'une sensibilité, je dirais une patience. Et la volonté de comprendre les difficultés d'autrui, et ça, ça dépend des gens. »* D005 Cette patience ne dépend pas nécessairement du niveau social ou de l'expérience. *« (Il) y a la patience et la compréhension des difficultés d'autrui, on va dire l'empathie, et ça c'est aussi personne dépendant, c'est pas une question d'âge, c'est pas une*

⁴ gastroentérite

question de niveau, c'est une question des gens qui ont envie d'être curieux ou pas des difficultés et de comprendre pourquoi c'est difficile.» D005

La prise en charge de la précarité n'est pas enseignée en cours de médecine. « Je leur apprend quand l'occasion se présente, mais sinon, je ne pense pas qu'ils l'ai appris, non. A part le risque sanitaire, dans les cours, non, non. » D005 Il n'y en a pas non plus du côté paramédical. « La prise en charge sociale, c'est quand même quelque chose, on n'est pas formé à fond là-dessus, (...) on n'a pas les connaissances acquises, on n'a pas la sensibilisation à tout ça. » D004 C'est un message qui s'apprend sur le terrain. « Les gens sont comme même à l'écoute, et puis ils sont comme même encore en formation, et ils sont à l'écoute de ce que l'on peut transmettre comme message. » D005 Ce n'est qu'à force d'explication qu'on peut dépasser les aprioris. « Tant qu'on t'explique pas tu as des aprioris quoi. » D004

Cette sensibilité là, peut passer par de l'autoformation. « J'ai essayé depuis que je suis ici, de m'intéresser un peu plus parce qu'on en voit de plus en plus. » D001 Un des médecins a fait sa thèse sur les gens du voyage. « (...) a fait son mémoire sur les gens du voyage (...) elle est un peu plus je pense sensibilisée à ce type de population là. » D002 C'est parfois une sensibilité personnelle. « Je m'habitue pas à la pauvreté tu vois, enfin voilà depuis 25 ans que je suis là c'est un truc, c'est comme même dingue, et heureusement pour moi d'ailleurs je me dis, mais il y a plein de choses auxquelles je m'habitue pas et jamais à cette détresse. » D002 Certains soignants s'impliquent plus dans la prise en charge sociale. « Niveau social comme le niveau financier (...) c'est cette partie là que je regarde beaucoup. » D004

5. Manque de connaissance sur la sécurité sociale

Aux urgences, pour de nombreux soignants, le soin passe avant les questions administratives. « On pose pas trop de question sur leur vie quotidienne (...) On règle le problème pour lequel ils viennent. » D001 La question d'accès aux soins n'est pas parfois pas abordée aux urgences. « Ici aux urgences mêmes, il n'y a pas de différence puisque de toute façon on les soignera, (...) moi je ne cherche pas à savoir si ils ont une couverture sociale, c'est exactement la même prise en charge. » D010

Tous les soignants *ne pensent pas que les connaissances sur l'accès aux soins soient de leur ressort.* « J'avais du mal à m'y intéresser quand j'étais à l'école, à ces histoires de sécu, (...) mais après je me dis c'est pas moi infirmier de gérer ça quoi. » D004

Certains soignants ne regardent pas l'accès aux mutuelles. *« J'ai jamais regardé le dossier en disant, est-ce qu'il a une mutuelle ou pas. » D011* Ce soignant là, se sent complètement déconnecté. *« La couverture sociale, moi je suis déconnecté de ça, moi ça me... ça me parle pas (...) les enfants, ils sont là (...) je regarde pas s'ils ont une mutuelle pour les soigner. » D011* D'autres soignants trouvent que c'est important par rapport aux soins possibles en ambulatoire. *« Si nous on regarde mais quand on installe l'enfant on dit pas, ah puis lui c'est une CMU, tu vois, on fait pas. Ça peut-être qu'on, je sais pas si on devrait le faire ou pas, pour être sûr que le médecin il prescrive des trucs qui soient remboursés, parce que si c'est non remboursé les gens « douillent » à chaque fois. » D004*

L'accès aux médicaments et le « réflexe précarité » est un problème pour certains soignants. *« Quand on en parle c'est pas un souci, le problème c'est d'y penser. L'idée de me dire que les gens viennent consulter et qu'ils sortent avec une ordonnance et que l'enfant n'aura pas les médicaments, oui c'est un véritable souci pour moi. Ceci dit, le problème c'est d'y penser tout le temps quoi (...) Et ça, moi j'y pense pas du tout, tout le temps. » D008*

6. Mise en difficulté des soignants

Les soignants notent plusieurs situations où la prise en charge des Rroms a pu les mettre en difficulté. Soit de l'abus de gentillesse. *« Dans les services où là tu dois faire quand même très attention parce que... Après t'es repérée un peu comme la gentille qui donne et du coup on va tout le temps te solliciter. » D001* Le don est parfois mal vécu par le reste de l'équipe. *« Ca fait des remous, c'est difficile à accepter pour certains de mes collègues, dire, ah, tu lui donnes du doliprane. » D004*

La barrière de la langue peut être vécue comme très angoissant par le soignant. *« Je pense que c'est hyper angoissant pour les gens de débarquer à l'hôpital déjà quand on peut s'exprimer correctement, mais si en plus quand on sait qu'on va pas se faire comprendre ça doit être difficile, et nous on est en grande, enfin moi personnellement, je suis en grande difficulté si je peux pas les comprendre. » D008* Cela peut parfois être traumatisant. *« Il y a rien de plus monstrueux que de soigner un enfant et de pas comprendre ce qui se passe quoi. » D004*

Les conditions de vie rendent les prises en charge complexes pour certains soignants. *« C'est très compliqué, cette prise en charge de patients qui, soit ne parlent pas français, soit vivent dans des conditions différentes. » D009* Concilier le motif de consultation important pour le soignant et pour le patient n'est pas facile. *« Faut comprendre quel motif, des fois il y en a plusieurs de motifs, faut essayer de trouver le plus important. Des fois ils vont*

se pencher sur un motif qui est pas vraiment important à nos yeux, alors que eux viennent pour ça. C'est pas facile. » D010

7. Renonciation

Une soignante parle de la difficulté de la prise en charge de la précarité au long terme. *« Pour l'instant ça me dérange mais vraiment pas. Il paraît que au bout d'un moment, ça... ça pèse et que c'est, ça dépasse. » D006 « On m'a dit, ben t'es folle, après t'en peux plus, tu peux pas aider toute la misère dans le monde. » D006* Une autre soignante est fataliste par rapport au poids de la réalité face à la prise en charge. *« Tu sais très bien que la réalité prends le dessus, t'as beau essayer de faire ton maximum, (...) après, tu te rends compte que très vite ils reviennent. » D010*

On note parfois aussi une renonciation de la part du soignant. Soit à cause du rythme rapide des urgences. *« Ca prend du temps, de l'énergie aussi parce que, faut y penser. T'y penses pas forcément, t'es pris dans le feu, faut que ça tourne, ça se transforme en usine ici, faut que ça tourne et voilà quoi. » D004* Cela, dépend parfois du temps disponible. *« C'est aussi dépendant de l'activité du service, parce que c'est vrai aussi aux urgences que tu as le temps. Il y a des moments où tu n'as pas le temps. » D005* La fatigue est aussi un facteur de renonciation. *« Surtout quand tu commences à être un peu crevé, la patience au bout du cinquantième enfant, des fois tu fais vite des conclusions, tu peux vite faire des conclusions hâtives. Tu vas dire oh ceux là c'est des cas soc'. » D004*

Parfois les soignants ne pensent pas au fait que le patient puisse avoir des problèmes d'accès aux soins. *« Soit le médecin, soit nous, mais euh, alors soit on a conscience de leur précarité et on leur dit d'emblée, soit si ils nous disent rien, je ne suis pas sûr qu'il y ait toujours quelqu'un pour les informer. » D008* Parfois il y a un manque d'énergie ou de moyens. *« On peut pas tout faire quoi. C'est pas possible. On n'a pas les moyens humains, énergétiques. » D004* La surcharge de travail est parfois importante. *« Quand t'en as soixante dix, (...) toi t'en vois trente cinq, ou même quinze ou vingt et que tu penses à plein de choses en même temps parce que en même temps on a la gestion du service à s'occuper donc faut penser à tout le reste, (...) plus tes propres problèmes à toi aussi accessoirement, ben c'est trop lourd comme tâche. » D004*

Il peut y avoir des situations où l'enfant sort malgré une incompréhension persistante. *« Parfois on n'est pas sûr qu'ils aient tout compris mais si c'est pas grave ben on les*

laisse ressortir quand même, après si c'est plus grave on essaye de faire venir quelqu'un qui va expliquer. » D009 Réciproquement, l'hospitalisation peut-être un moyen de ne pas se préoccuper du problème social. « *Hospitaliser facilement une famille du fait de la difficulté d'accès aux soins, ou des conditions de vie, ça les gens le comprennent très bien, et à la limite, ça les arrange parce que finalement, c'est moins compliqué. » D005* Le suivi n'est pas forcément le premier souci aux urgences. « *Je sais pas, c'est eux qui se débrouillent. » D008*

VII. DISCUSSION

Le fait que les soignants aient des représentations négatives sur les populations Roms affectant le soin était l'hypothèse de départ. Certes, certains soignants véhiculent des représentations négatives, tel que le vol, la mendicité, le défaut d'hygiène. Cependant, tous les soignants mettent en avant la langue, l'accès à la sécurité sociale et les conditions de vie des Roms comme étant les principales barrières au soin. C'est la situation socioéconomique des Roms au delà de toute représentation qui explique la complexité de la prise en charge. Les soignants sont parfois en difficulté face aux Roms avec une prise en charge qui demande beaucoup plus que les seuls soins médicaux.

A. Biais et limites de l'étude

1. Biais de la méthode

La recherche qualitative est évaluée selon des critères de validité interne et externe. La vérification des observations des interviewés a été faite par des demandes répétées de confirmation de la bonne compréhension de l'interviewer. Par manque de temps et de disponibilité, la triangulation des données n'a pu être faite. La triangulation se fait généralement sur les verbatim des trois premiers entretiens pour vérifier la concordance des codes choisis. Egalement, l'analyse des résultats n'a pu être restituée aux participants afin de confirmer la juste interprétation des propos.

2. Biais de recueil de données

J'ai travaillé en tant qu'interne dans le service d'urgences pédiatriques de cet hôpital de mai à octobre 2010, je connaissais donc la majorité des soignants qui ont été interviewés. Cela a pu être un biais dans la sélection des soignants et dans la conduite de l'entretien. De plus en tant qu'interne, il est possible que le lien hiérarchique ait eu une influence.

L'entretien est un art difficile nécessitant beaucoup d'expérience, et nous sommes peu formés en médecine à la pratique de cette technique issue de la

sociologie. Les premiers entretiens ont donc parfois été trop directifs avant d'adopter une réelle technique d'entretiens semi-directifs ouverts.

De plus, dans ces entretiens sur un sujet politiquement sensible, il est possible que certaines choses n'aient pas été dites afin de respecter le politiquement correct.

B. Représentations des soignants sur les populations Rroms et données de la littérature

1. Représentations négatives ou interprétations culturalistes

La littérature rapporte souvent que les relations entre soignants et populations Rroms sont difficiles. Le RFVS parle de « la rencontre de deux peurs », Nacu rapporte « des attitudes réservées voire franchement hostiles, » Halfen décrit des « postures ouvertement critiques (...), (d)es pratiques d'exclusion(11,20,24). » On note lors des entretiens plusieurs réactions de ce type. On retrouve de la réticence « *On n'est jamais ravi d'aller voir une famille Rroms avec quinze personnes dans la salle.* » D009 ; de la peur « *C'est pas évident, en garde, la nuit (...) ça va les énerver.* » D006 Certains soignants se plaignent de vols, allant même jusqu'à prendre des mesures anticipatoires. « *C'est vrai, parfois on les voit, on se dit ah on va fermer les chariots pour être sûr qu'il n'y ait pas de vol, mais bon, c'est pas grave en soit.* » D002 Le manque d'hygiène est souvent reproché. « *Ils les lavent pas beaucoup, c'est triste, t'imagines un nouveau-né, un petit bébé de 3-4 mois qui arrive, qui est crasseux.* » D001

Ces réactions sont pour beaucoup d'auteurs une tendance de la part des professionnels à attribuer à la « culture » des comportements qui sont principalement causés par la pauvreté. Nacu argumente que dans « beaucoup d'interactions soignant - patient observées, la perception de la différence ou de l'altérité « culturelle » par les soignants semble dominer tout autre principe d'explication, devenant la principale source de compréhension des comportements du patient Rom(24). » Des exemples sont présents dans les entretiens. L'inquiétude sur l'observance des patients Rroms. « *Je me dis, il y en a qui ont beaucoup de mal à se soigner quand même, ou se soigner entre guillemets à moitié.* » D001 La différence entre urgence vitale et urgence ressentie n'est pas faite. « *C'est des gens qui vont être demandeurs d'être pris tout de suite. Genre « il est malade, il est malade, il faut venir tout de suite... » et c'est vrai que*

c'est difficile de leur expliquer qu'il y a pas qu'eux. » D002 La culture est perçue comme différente. « C'est vraiment une culture qui est fort opposée à la notre et c'est des fois, c'est compliqué. » D004

Pourtant malgré quelques remarques négatives et certaines interprétations culturalistes, la majorité des soignants ont conscience de la précarité dans laquelle se trouvent la population des « Roms migrants » et relèvent les trois thèmes les plus récurrents de difficulté de prise en charge: la barrière de la langue, les problèmes d'accès à la sécurité sociale, et les conditions de vie.

2. Barrière de la langue

La barrière de la langue est un obstacle majeur pour la prise en charge des patients Roms. *« C'est le problème numéro un je pense. » D004* Pour les soignants c'est une source d'incompréhension, une angoisse, et une cause d'hospitalisation. Ils se débrouillent souvent avec de la communication non verbale, des gestes, des schémas, des démonstrations techniques, qui restent vagues et n'assurent pas la compréhension. *« Tu peux faire des dessins, (...) mais heu, t'es même pas sûr qu'ils ont vraiment compris, ils peuvent pas te le dire non plus. Donc t'as toujours un doute quoi. » D004* L'interprétariat est vu comme une nécessité, mais aucun réseau formel n'existe. Les soignants utilisent un interprétariat officieux au sein de l'hôpital, un membre de la famille, ou un autre patient du service parlant roumain.

Le COMEDE remarque que même si les proches peuvent jouer un rôle essentiel dans l'accompagnement « de terrain, » seul l'interprétariat officiel permet de « traduire pour rendre la parole » et offrir ainsi la neutralité nécessaire à la qualité du soin et de la rencontre thérapeutique(27). Cependant, la restriction sans cesse croissante des budgets hospitaliers rend cette requête difficile. Comme le remarque plusieurs soignants, l'interprétariat entre patients peut engendrer des ruptures du secret médical ainsi qu'une dette de la part du patient envers le traducteur ; deux obstacles supplémentaires aux soins.

3. Accès à la sécurité sociale

Les difficultés d'accès aux soins sont un des premiers thèmes abordés par les soignants en parlant de la prise en charge des patients Roms. La dispense

d'avance de frais aux urgences est décrite comme un motif de consultation par plusieurs soignants. Les modalités d'accès à la sécurité sociale sont pourtant peu connues par les soignants. Un seul cite l'Aide Médicale d'Etat, pourtant seul accès possible pour les « Roms migrants. »

La CPAM aujourd'hui délivre ce précieux sésame et ainsi joue un rôle politique. En effet, les diverses mesures politiques essayant de restreindre le flux migratoire lors des trente dernières années sont très rapidement rentrées dans le champ de la santé publique. Initialement, la sécurité sociale était basée sur des critères socioprofessionnels, en excluant les populations les plus précaires. Une condition de séjour régulier en France a été demandée afin d'éviter d'accueillir les populations venues dans le seul but de se faire soigner(28). La loi Pasqua du 24 août 1993 a permis d'exclure les étrangers en situation irrégulière de la sécurité sociale.

A partir de 1986 on note le début de l'humanitaire au sein même de la France avec Médecins du Monde ouvrant les premiers dispensaires de soins permettant d'accueillir ces populations exclues, dont les chômeurs en fin de droit, les Sans Domicile Fixe (SDF), les migrants étrangers, les Roms(28). En 1999, la réforme de la CMU permet de sortir les inactifs pauvres de l'Aide Médicale d'Etat. Restent les migrants étrangers et les populations Roms migrantes, les indésirables du système de soin français. Au lieu d'une couverture maladie réellement universelle, on note une régression dans l'accès aux soins avec une institutionnalisation d'un système humanitaire remis en question chaque année(28). Le traitement des dossiers d'AME par les CPAM peut différer de région en région, un droit d'entrée à l'AME en 2011 a été demandé, finalement abrogé par le nouveau gouvernement. A quand un droit à la santé non précaire pour les populations en ayant le plus besoin ?

4. Conditions de vie

Le troisième point le plus fréquemment abordé dans les difficultés de prises en charge est les conditions de vie. Comme le relève une soignante, « *Faut pas être un grand médecin pour savoir soigner la gale. C'est plus tout le côté psychosocial qui est vraiment triste, et tu as pas tellement de solution quoi.* » D010 Les soignants notent les conditions très précaires qui peuvent être la cause de pathologies respiratoires, dermatologiques,

infectieuses et rendre plus difficile leur prise en charge. Ils notent aussi la difficulté à utiliser les filières dédiées, type SAMU, ainsi que les difficultés de transport, de communication qui peuvent être à l'origine de retard de soin dramatique. *« Cet enfant on n'a pas pu bien le prendre en charge parce qu'on n'avait pas les moyens techniques et humains en fait ici pour le, pour l'accueillir et s'il avait été vu par le SAMU, il aurait été dispatché directement et il aurait eu plus de chance, je pense. » D011*

Paul Farmer, travaillant sur la tuberculose multi résistante dans les hauts plateaux haïtiens, parle de violence structurelle(29). La barrière au soin n'est pas un problème culturel, mais un problème de conditions de vie. Le fait de devoir mendier toute la journée afin de gagner un revenu, le fait de vivre dans des conditions de misère totale, non seulement font passer la santé au deuxième plan, mais également aggrave celle-ci. En assurant une indemnité au paysan haïtien pour la demi-journée non travaillée passée à l'hôpital et en payant le transport, Paul Farmer a montré l'efficacité des traitements antituberculeux de 2ème et troisième ligne(29). Cela dans des conditions aussi précaires que celles des Roms, et avec un financement minime.

C. Spécificité du service des Urgences pédiatriques dans le parcours de soin des patients Roms migrants

Les urgences des hôpitaux publiques sont, pour les soignants, un lieu de premier recours pour les soins des populations Roms. Les soignants relèvent différents motifs qui sont également retrouvés dans la littérature comme des facteurs améliorant l'accès aux soins : absence d'avance de frais, absence de rendez-vous, plateau technique disponible sur place(30). Selon Nacu, « les Roms ont souvent recours aux urgences pour des soins qui n'en relèvent pas nécessairement, contribuant à l'engorgement des urgences et confirmant ainsi une tendance bien établie pour ce type de service à accueillir des « urgences sociales(24). » » Les soignants relèvent également cette notion ayant l'impression d'être parfois les médecins traitants de certaines familles. *« On est les médecins traitants de certains enfants parce (...) qu'ils ont pas de médecin traitant ou parce qu'il faut payer chez le médecin. » D009 « Ceux-là, pratiquement tout leur historique du carnet de santé, ils ont quarante tampons par les urgences. » D007* Ils relèvent également les saturations des urgences par des

urgences ressenties. *« C'est vraiment de la consultation de médecine générale la plupart du temps. » D010*

Les soignants semblent accepter ce rôle social aux urgences même lorsque ces tâches ne relèvent pas de leur fonction propre. Passer plus de temps pour une situation compliquée permet d'améliorer le soin. *« Le temps qu'on va passer là, c'est du temps aussi de gagné pour la suite, si c'est pour pas voir revenir cinq personnes. » D005* Cependant, par beaucoup de côtés les urgences ne sont pas un lieu adapté. L'aspect social peut passer au second plan lorsqu'il y a une urgence médicale ou lorsqu'il y a beaucoup de patients. *« C'est aussi dépendant de l'activité du service, parce que c'est vrai aussi aux urgences que tu as le temps. Il y a des moments où tu n'as pas le temps. » D005* Ceci semble logique, la prise de décision aux urgences est priorisée en fonction de l'urgence vitale. La prise en charge sociale n'est généralement pas vue comme une priorité, et n'est généralement que peu enseignée dans les facultés de médecine ou paramédicales. Un soignant dit clairement les limites de l'accompagnement social. *« Les prendre par la main je pense que ce n'est pas à nous de le faire en permanence quoi (...) faut pouvoir faire passer le relais à d'autres organismes qui s'en occupent. » D004*

Où s'arrête le soin ? Est-ce faire le diagnostic, prendre en charge l'urgence et faire la bonne ordonnance, ou doit-on s'assurer de l'accès aux soins et des possibilités d'observance ? Certains soignants ne se sentent pas concernés par les modalités administratives pourtant centrales dans l'accès aux soins des populations Rroms. *« C'est quelque chose dont je me sens pas très concerné, finalement tout ce qui est cotation (...) sécurité sociale et tout ça, bien qu'on devrait l'être un peu plus. » D011* Les soignants insistent sur l'accès aux traitements. *« L'idée de me dire que les gens viennent consulter et qu'ils sortent avec une ordonnance et que l'enfant n'aura pas les médicaments, oui c'est un véritable souci pour moi. Ceci dit, le problème c'est d'y penser tout le temps. » D008* Les soignants peuvent parfois donner des médicaments. *« On dépanne en traitement quand on voit que vraiment il faut. » D005* Quelques soignants parlent du problème des médicaments non remboursés comme le sérum physiologique, un autre exemple non relevé est l'Ascabiol®⁵ pour la gale. Cependant comme le note une soignante *« Soit on a conscience de leur précarité et on leur dit d'emblée, soit si ils nous disent rien, je ne suis pas sûr qu'il y ait toujours quelqu'un pour les informer. » D008* La question éthique de où s'arrête le soin

⁵ produit scabicide en lotion contre la gale.

est importante. C'est une spécificité également des urgences puisque c'est un endroit qui draine par principe ces populations ayant des difficultés d'accès au soin. La formation sociale doit donc se faire aux urgences notamment pour tous les étudiants en médecine et paramédicaux, pour apprendre à repérer ces urgences « sociales » en plus des urgences médicales.

Cette spécificité du travail des soignants au delà de leur champ de compétence habituelle n'est habituellement pas reconnue et valorisée. Le fait de s'assurer que les patients puissent avoir leur traitement, qu'ils sachent comment aller à MSL, de s'assurer que les conditions de vie sont réunies sont des tâches difficiles. C'est une empathie que peuvent avoir certains soignant. *« Peut-être au delà d'une sensibilité, je dirais une patience. Et la volonté de comprendre les difficultés d'autrui, et ça, ça dépend des gens. » D005* C'est un apprentissage qui se fait sur le terrain aux urgences si le soignant le souhaite. *« La prise en charge sociale, c'est quand même quelque chose, on n'est pas formé à fond là-dessus, (...) on n'a pas les connaissances acquises, on n'a pas la sensibilisation à tout ça. » D004*

Les soignants sont parfois fatigués et ne se préoccupent pas du devenir social du patient. *« Ca prend du temps, de l'énergie aussi parce que, faut y penser. T'y penses pas forcément, t'es pris dans le feu, faut que ça tourne, ça se transforme en usine ici, faut que ça tourne et voilà quoi. » D004* Ceci peut être une cause de renonciation de soins aux urgences. *« Parfois on n'est pas sûr qu'ils aient tout compris mais si c'est pas grave ben on les laisse ressortir quand même. » D009* De plus si on surajoute une barrière de la langue, les soignants sont en grande difficulté. *« Moi personnellement, je suis en grande difficulté si je peux pas les comprendre. » D008* Cela peut être frustrant pour certains soignants de ne pas sentir son travail récompensé à cause de toutes ces difficultés. *« Tu sais très bien que la réalité prend le dessus, t'as beau essayer de faire ton maximum, (...) après, tu te rends compte que très vite ils reviennent. » D010* On peut parler de notion de burn-out face à des soignants confrontés sans cesse à ce travail pas forcément gratifiant et avec une sensation d'échec fréquente. Il paraît important de revaloriser cette spécificité et, à un moment de restriction budgétaire, de s'assurer que les urgences soient suffisamment dotées en moyens humains et financiers pour y faire face.

Malgré ces difficultés, on note que même lorsque les soignants ont des représentations négatives ou sont accaparés par le temps, la plupart sont sensibles

aux obstacles présentés par les Rroms, et l'hospitalisation est toujours une possibilité, et parfois une nécessité. *« Hospitaliser facilement une famille du fait de la difficulté d'accès aux soins, ou des conditions de vie, ça les gens le comprennent très bien, et à la limite, ça les arrange parce que finalement, c'est moins compliqué. » D005*

D. Lien historique entre cet hôpital de la métropole lilloise et les populations en situations de précarité.

Cet hôpital avait été choisi comme lieu de recherche dû à sa proximité avec plusieurs campements Rroms et la fréquence d'utilisation des urgences pédiatriques comme lieu de premier recours aux soins. Plusieurs soignants reconnaissent que la population retrouvée aux urgences pédiatriques de l'hôpital est très variée. *« Ici c'est déjà un bon bouillon de culture. » D004* Il y a beaucoup de patients d'origine étrangère ou de culture différente. *« Dès le premier regard. L'aspect, ici il y a énormément d'étrangers quand même. » D008* Parmi ceux-là, on retrouve une population importante Rroms habituée à utiliser les urgences. *« C'est vrai que c'est essentiellement des Rroms, essentiellement cette population là. » D002* Ce lieu est reconnu par les populations Rroms ainsi que les principales associations en lien.⁶

Les soignants ont souvent des connaissances floues sur les Rroms qui peuvent se rapprocher du traitement si fréquemment ambigu par les médias et les politiques. Halfen écrit que *« Le fait le plus notable concernant les discours stigmatisants à l'encontre des populations Rroms est la liberté avec laquelle ils trouvent à s'exprimer, y compris dans les médias, comme s'il n'existait pas de normes du « politiquement correct » pour ces populations ou comme si, pour les Rroms, l'incorrect pouvait être normal(11). »* Les soignants ont différents niveaux de connaissance par rapport aux populations Rroms. Pour certains, les frontières sont floues, et une confusion est souvent faite entre Rroms et Roumains. *« Moi, je mets tout le monde dans le même sac, en fin de compte, les Rroms, les roumains. » D012*

La plupart des soignants différencient les Gens du Voyage français, incluant les Tsiganes, les Manouches, les circaciens, les forains, des « Rroms migrants »

⁶ Entretien avec Patrick Vigneau, président de l'AREAS, le 01/08/2012

arrivés plus récemment. Ils notent que ces populations ont différents niveaux de vie et différents problèmes d'accès aux soins. *« Les problèmes ne sont pas du tout les mêmes pour les Manouches ou les Forains, que pour les Rroms roumains (...) c'est pas du tout la même problématique d'accès aux soins par rapport à leur modalité de sécurité sociale. » D005* L'arrivée des « Rroms migrants » est un phénomène nouveau pour plusieurs soignants depuis quelques années correspondant à l'intégration de la Roumanie et de la Bulgarie à l'Union Européenne. *« Il y a quelques années, t'avais pas tout ça de Rroms. C'est quand même nouveau, c'est depuis quatre ans. » D001* Dans la littérature il n'a pas été retrouvé d'étude sur les connaissances des soignants sur les populations Rroms.

Cet hôpital de la métropole lilloise a toujours eu une tradition d'hospitalité et d'accueil des populations en situation de précarité. La plupart des soignants sont habitués à travailler avec les populations Rroms et le soin ne semble pas affecté. Du temps où la clinique de pédiatrie était un bâtiment individualisé, une soignante rappelle la tradition d'hébergement notamment par rapport à certaines familles de Gitans. *« (Il) en a qu'on a vu grandir mais ça ne se fait plus, les services qui servent de pensionnat. » D012* Aujourd'hui cette tradition se prolonge au niveau institutionnel. *« On a jamais de frein institutionnel à l'hospitalisation des populations même sans papier. Ça, ça fait partie d'une part de notre histoire en temps qu'hôpital (...) et on va dire dans un bassin de population défavorisée. » D005* Elle est également revendiquée par les soignants.

E. Etat de santé des populations Rroms et spécificité par rapport aux populations précaires.

L'hôpital n'accueille pas seulement des populations Rroms mais aussi d'autres populations précarisées du quartier. *« On a quand même pas mal de cas sociaux, des histoires difficiles, des contextes familiaux très durs. » D012* Cette thèse s'est focalisée sur les Rroms, car ils peuvent être considérés comme un miroir grossissant des autres populations précaires, migrantes, sans domicile fixe, ou de milieux socioéconomiques défavorisés.

Médecins du Monde a plusieurs fois tiré la sonnette d'alarme sur la situation des « Rroms migrants » en France. Comme avec d'autres populations précaires, Ils notent notamment le recours aux soins tardif, lié aux difficultés d'accès à la sécurité

sociale dont l'ouverture de droits à l'AME(19). Le fait que les « Roms migrants » n'aient pas accès à la CMU est une véritable précarisation de l'accès aux soins. Beaucoup d'associations pointent du doigt les difficultés avec les CPAM pour ouvrir l'accès au droit des « Roms migrants. »

Médecins du Monde notent aussi une exposition plus importante aux maladies à risque épidémique (tuberculose, coqueluche, grippe, rougeole). Ces pathologies sont liées avant tout aux conditions de vie précaires de ces populations. Ceci est retrouvé dans notre étude où les soignants parlent des différentes épidémies ayant eu lieu sur la métropole lilloise, notamment Hépatite A et Rougeole. Les soignants considèrent que ces pathologies sont liées aux conditions de vie. *« Si ils vivent très nombreux dans la même caravane, d'autres enfants en contact, qui peuvent soit attraper la maladie, soit lui redonner autre chose. » D009* Les pathologies infectieuses et la promiscuité, les pathologies dermatologiques et le manque d'accès à de l'eau publique, l'intoxication au monoxyde de carbone et les systèmes de chauffage des caravanes. Des réflexes ou messages précarité sont ainsi diffusés à certaines périodes de l'années ou pour certaines pathologies, par exemple pour l'intoxication au monoxyde de carbone. *« Il y a des messages qui passent quand même bien, (...) de faire attention à l'intoxication au CO dans la caravane l'hiver, et les gens ont les réflexes facilement. » D005* Ces pathologies affectent aussi les autres populations précaires, mais probablement pas dans des proportions aussi importantes. La plupart des populations précaires en France bénéficient d'un suivi par la Protection Maternelle et Infantile ou les services sociaux. Les enfants Roms étant peu scolarisés, ils ne bénéficient pas du suivi PMI ou des examens de santé scolaire.

Bien que la plupart des « Roms migrants » insérés sur le territoire aient un carnet de santé, la plupart des soignants considèrent que les vaccinations ne sont pas à jour. *« Souvent c'est pas à jour, surtout les petits (...) qui ont huit mois, on voit qu'ils ont pas commencé les vaccinations (...) ou en tout cas rien n'est reporté dans le carnet de santé. » D009* Ceci est confirmé par l'enquête en 2011 de Médecins du Monde, portant sur 281 « Roms migrants » de moins de 30 ans dans 4 villes françaises, montrant que seul 8% des Roms avaient un carnet vaccinal à jour(31). Seuls 55% étaient à jour de leur première vaccination contre la Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) contre 90% en France pour la première dose à 24 mois(32). Bouhaman a réalisé une étude

sur le lien entre couverture sociale et couverture vaccinale chez des enfants de 9 mois à 7 ans consultant dans des services d'urgence pédiatrique à Marseille de 2009 à 2010(33). Seuls 8.9% des enfants bénéficiant d'une assurance maladie complémentaire avaient un retard de vaccination pour le vaccin DTP. Les facteurs suivants favorisent le retard à la vaccination :

- les enfants non scolarisés,
- Les enfants dont les parents parlent mal ou pas le français,
- Les enfants qui vivent en caravane ou en squat,
- Les enfants bénéficiant de l'AME ou qui n'avaient aucune assurance maladie française,
- Les enfants de famille sans domicile fixe avaient plus de retard pour le vaccin ROR.

Le retard vaccinal n'est donc pas spécifique de cette population mais y semble aggravé alors même qu'elle est plus exposée aux maladies infectieuses.

Une des spécificité est comme le souligne Halfen que « la stigmatisation des Roms (et plus généralement des Tsiganes) est si fréquente dans la population générale (voir dans certaines institutions ou certaines politiques publiques) et si fortement et historiquement ancrée qu'elle constitue l'élément central conduisant les Roms à une telle vulnérabilité sur le plan social(11). » Bien que ces représentations négatives ne semblent pas affecter le soin des population Roms à l'hôpital Saint Vincent, si aucune amélioration sur le plan politique des déterminants sociaux (logement, accès à la sécurité sociale, scolarisation, droit au travail) n'est fait, on peut imaginer que l'état dégradé de santé des populations Roms ne puisse s'améliorer.

F. Aspects pratiques et amélioration des trajectoires de soin des populations « Roms migrants »

Imaginons qu'une famille primo-arrivante arrive sur la métropole lilloise et se présente aux urgences pour une bronchiolite du nourrisson ne nécessitant pas une hospitalisation. La famille sera renvoyée avec une ordonnance à MSL pendant les horaires d'ouverture, ou elle devra faire la queue avant de voir l'assistant social, et voir à nouveau un médecin pour la délivrance des médicaments. Pour le dossier

social, elle devra aller à la Croix-Rouge afin de faire une domiciliation requise pour l'ouverture d'un dossier d'AME. Afin de mettre à jour les vaccins, la famille sera adressée à la PMI sectorisée dépendant du lieu de stationnement de la caravane qui ne sera ouverte qu'à certains horaires. En cas de surinfection pulmonaire, l'enfant sera orienté par MSL pour la radiographie de thorax à un autre hôpital dont il dépend par convention, puis de nouveau à MSL pour la délivrance des médicaments. Enfin, au bout de trois mois de présence sur le territoire, la famille pourra déposer son dossier d'Aide Médicale d'Etat et attendre deux mois le traitement du dossier. En attendant, ils seront vus à MSL ou aux urgences en théorie qu'en cas de soins vitaux et urgents. Une fois obtenue la précieuse AME, les patients ne pourront plus aller à MSL mais relèveront du système médical libéral. Le tout par une famille « Roms migrante » analphabète, ne parlant pas français, vivant dans des conditions de vie d'une pauvreté absolue, expulsable à tout moment, et dont la priorité est de survivre et non le soin.

Nacu argumente que les soignants réalisent peu le « caractère systémique et le poids du système de santé lui-même dans le non - recours aux soins(24). » L'exemple précédent montre les « trajectoires éclatées » induisant une profonde méfiance des populations Roms face à notre système de soins(24).

Plusieurs systèmes sur la Métropole Lilloise permettent d'accompagner les patients Roms lors de ces trajectoires éclatées. L'hôpital de cette étude a mis en place un système de PASS permettant d'allouer des financements spécifiques. MSL possède notamment un système de bus qui va à la rencontre des populations Roms sur les différents campements de la métropole. L'AREAS a mis en place un système de médiation sanitaire, afin d'accompagner les « Roms migrants » lors de leurs rendez-vous ou démarches administratives.

Les soignants ont dans leur majorité exprimé leur intérêt pour la prise en charge des populations les plus précaires, et notamment les populations Roms. *« J'ai essayé depuis que je suis ici, de m'intéresser un peu plus parce qu'on en voit de plus en plus. »* D001 Cela nécessite des compétences qui ne sont pas traditionnellement reconnues ou valorisées. *« (Il) y a la patience et la compréhension des difficultés d'autrui, on va dire l'empathie, et ça c'est aussi personne dépendant, c'est pas une question d'âge, c'est pas une*

question de niveau, c'est une question des gens qui ont envie d'être curieux ou pas des difficultés et de comprendre pourquoi c'est difficile.» D005 Au delà de ces valeurs partagées par plusieurs soignants, certains soignants se posent la question de l'articulation du soin avec les différents intervenants extérieurs. *« Est-ce que on se parle entre l'hôpital, le médecin généraliste et la PMI, ça j'en sais rien. (...) C'est très complexe à mettre en place mais... en tout cas, ici on ne peut pas se permettre encore une fois quoi, aux urgences. » D004* Alors que MSL est l'interlocuteur principal, la plupart des soignants ne connaissent pas son fonctionnement. *« Je connais pas bien. C'est un peu vague, mais je sais que c'est à côté et qu' (...) ils s'occupent (...) des populations qui n'ont pas forcément la prise en charge sociale. » D009* Devant les trajectoires éclatées que doivent suivre les populations Roms pour le soin, on ne peut qu'encourager les différents soignants à être mieux informés sur les populations Roms et les différentes structures travaillant avec celles-ci. Il est possible également de travailler sur des protocoles d'orientation spécifiques du service en cas de problème social majeur avec des populations Roms migrantes.

CONCLUSION

Les urgences pédiatriques de l'hôpital de l'étude ont une place particulière dans la prise en charge médicale des populations Rroms. De part l'absence d'avance de frais, l'absence de rendez-vous, la disponibilité de tous les examens sur place, c'est un lieu de choix pour des Rroms pour lesquels la santé de leurs enfants est une priorité. C'est un lieu qui est identifié par les Rroms et reconnu par les associations gravitant autour de ces populations. Pour une population stigmatisée, précarisée, avec un recours au soin tardif, une multiplication de rencontres avec des soignants non formés à cette prise en charge est retrouvée.

Loin des théories culturalistes ou des opinions ouvertement hostiles, beaucoup de soignants ont conscience des difficultés posées par la barrière de la langue, l'accès aux soins et les conditions de vie précaires. C'est leur situation socioéconomique dégradée, qui explique la majeure partie des difficultés de prise en charge. Malgré des connaissances parfois approximatives sur les conditions d'accès à la sécurité sociale ou des structures d'aides disponibles, la plupart considère que c'est une partie intégrante de leur travail que d'assurer l'orientation des patients pour qu'ils puissent avoir le meilleur accès aux soins.

Nacu rappelle que « l'accès des Rroms migrants aux services de santé demeure donc contingent, conditionné par l'implication personnelle des associatifs ou des soignants : dans les cas où la trajectoire de soins comporte plusieurs lieux ou spécialités médicales, s'il n'y a personne pour informer, expliquer ou traduire dans les institutions de soins, la démarche des Rroms s'arrête(24). »

Au delà du rôle des soignants, il est important de rappeler que les politiques ont aussi leur rôle. Les Rroms migrants ne sortiront jamais de la spirale de précarité tant que leur droit au travail ne sera pas reconnu, et que des solutions de logement dignes ne soient trouvées. L'ouverture des droits à la santé doit être simplifiée.

Cela peut passer par l'abrogation de l'Aide Médicale d'Etat et la réintégration de ces populations aux indicateurs de santé particulièrement bas dans une Couverture Maladie réellement Universelle.

Parmi les pistes d'ouverture, il serait intéressant de comparer le soin des populations Roms avec d'autres populations précaires afin de cibler les aspects spécifiques de la prise en charge des patients Roms au delà de ce qui est commun à toutes les populations précaires.

De plus, le thème de la culture a souvent été abordé lors des entretiens sans approfondissement, car les soignants parlaient plus des déterminants sociaux de santé. Il serait intéressant lors d'une prochaine étude de voir ce que les soignants attribuent à la culture des patients Roms. Existe-t-il des éléments culturels importants à prendre en compte au delà des déterminants sociaux de santé ? Les Roms migrants n'ont selon Decrop « pas d'autres ambitions que de vivre, tout simplement, hors de cette errance imposée et harassante(34). » Il ne faut pas que nos représentations ou nos attentes soient déphasées par rapport à ce but.

Bibliographie

1. Prescrire. Aggravation des inégalités sociales de santé en France. *La Revue Prescrire*. 2010;30(322):571.
2. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du Praticien*. 2004;(54):2021–7.
3. Aïach P. De la justice sociale et des inégalités de santé: un couple indissociable? Les inégalités sociales de santé. Paris: Economica; 2010. p. 111–30.
4. Aïach P. Promotion de la santé et réduction des inégalités sociales de santé en Europe: une problématique complexe. *Les inégalités sociales de santé*. Paris: Economica; 2010. p. 245–62.
5. Kerouredan J. L'accès aux soins des Gens du Voyage permet-il une prise en charge préventive coordonnée par le médecin généraliste ? : Etude qualitative par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2012.
6. Liégeois J-P. Roms et Tsiganes. Paris: La Découverte; 2009.
7. Olivera M. Rom en (bidon)villes: Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'. Rue d'Ulm; 2011.
8. Delépine S, Lucas Y. «Les Roms migrants en France, ou Comment faire d'une population en danger une population dangereuse». *Études tsiganes*. 2007;31–2.
9. Dacheux J-P, Delemotte B. Roms de France, Roms en France: le peuple du voyage. Montreuil: Cédis; 2010.
10. Olivera M. Introduction aux formes et raisons de la diversité Rom Roumaine. *Études tsiganes*. 2009;38:10–41.
11. Halfen S. Situation sanitaire et sociale des "Roms migrants" en Île-de-France [Internet]. Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2012 [cited 2012 Jul 16]. Available from: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/ORS_Rapport_Roms.pdf
12. Médecins du Monde. Parias - Les Roms en France; Dossier de Presse [Internet]. 2011 [cited 2011 Sep 16]. Available from: <http://medecinsdumonde.org>
13. Pelzer Moukagni M, Charkaluk M-L, Kalach N, Huc A, Do V, Testard M-A, et al. La santé des enfants des gens du voyage: suivi périnatal et jusqu'à 6 ans dans la métropole lilloise. *Archives de Pédiatrie*. 2011;18(2):135–41.
14. Vaux de Foletier F de. Mille ans d'histoire des Tsiganes. Paris: Fayard; 1970.

15. Larcher P. Déterminants sociaux et inégalités de santé. CERAS Projet. 2008;(304):57–63.
16. Marwane C. Roms, les plaies restent ouvertes. Libération [Internet]. 2011 juillet [cited 2012 Jul 16]; Available from: <http://www.liberation.fr>
17. AFP. Expulsions de campements illicites: l'Intérieur prône la "fermeté" et la "concertation." Libération [Internet]. 2012 Aug 9 [cited 2012 Aug 10]; Available from: <http://www.liberation.fr>
18. Le Comède. Dossier: Vers la fin du droit à la santé pour tous? Maux d'exil. 2011;(32):1–8.
19. Médecins du Monde. La santé des Roms en France: une urgence sanitaire? (Synthèse du Forum du 25 Février 2010) [Internet]. 2010 [cited 2012 Jul 16]. Available from: <http://www.medecinsdumonde.org/>
20. Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. La santé des Gens du Voyage. Comprendre et Agir. [Internet]. Ministère de la Santé et des Sports, Direction Générale de la Santé; 2009 [cited 2012 Jul 15]. Available from: <http://www.villes-sante.com/?p=1342>
21. Knaff C. "Façons de vivre, façons de se soigner". Etude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les Roms Caramidari: Mémoire dans le cadre de santé & master 1 recherche en éducation et formation. Institut de formation des cadres de santé Ile-de-France; 2010 p. 107.
22. Galès B. Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation «santé et gens du voyage»: à propos d'une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2010.
23. Huyghe C. Médecin généraliste et patient tsigane: analyse des représentations, des attentes réciproques et de la diversité de la relation médecin-malade à partir d'une enquête de terrain au sein de l'agglomération toulousaine [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier (Toulouse); 2007.
24. Nacu A. Les Roms migrants et la santé. Diversité. 2009;(159):49–55.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142–5.
26. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie: de "Maladie" à "Verbatim." Exercer. 2009;20(88):106–12.
27. Comède. L'interprétariat: pour en finir avec les malentendus. Maux d'exil [Internet]. 2008 [cited 2012 Jul 15];(24). Available from: www.comede.org/
28. Izambert C. 30 ans de régressions dans l'accès aux soins. Plein droit. 2010;3(86):5–9.
29. Farmer P. Infections and Inequalities: The Modern Plagues. Berkeley: University of California Press; 2001.

30. Micheletti P. Les Roms étrangers en banlieue parisienne DDASS et secteur associatif: quelles interactions pour quel accès aux soins? [Internet]. [cited 2012 Jul 15]. Available from: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/misp/micheletti.pdf>
31. Médecins du Monde. Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France [Internet]. 2011 [cited 2012 Jul 16]. Available from: <http://medecinsdumonde.org>
32. INVS. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales en 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH. 2012;(14-15):161–88.
33. Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. 2012;19(3):242–7.
34. Decrop G. Dilemmes et ambiguïtés de l'accompagnement social des Roms migrants. Rhizome. 2012;(44):7–8.

Tables & Figures

La dispersion historique des groupes tziganes en Europe.

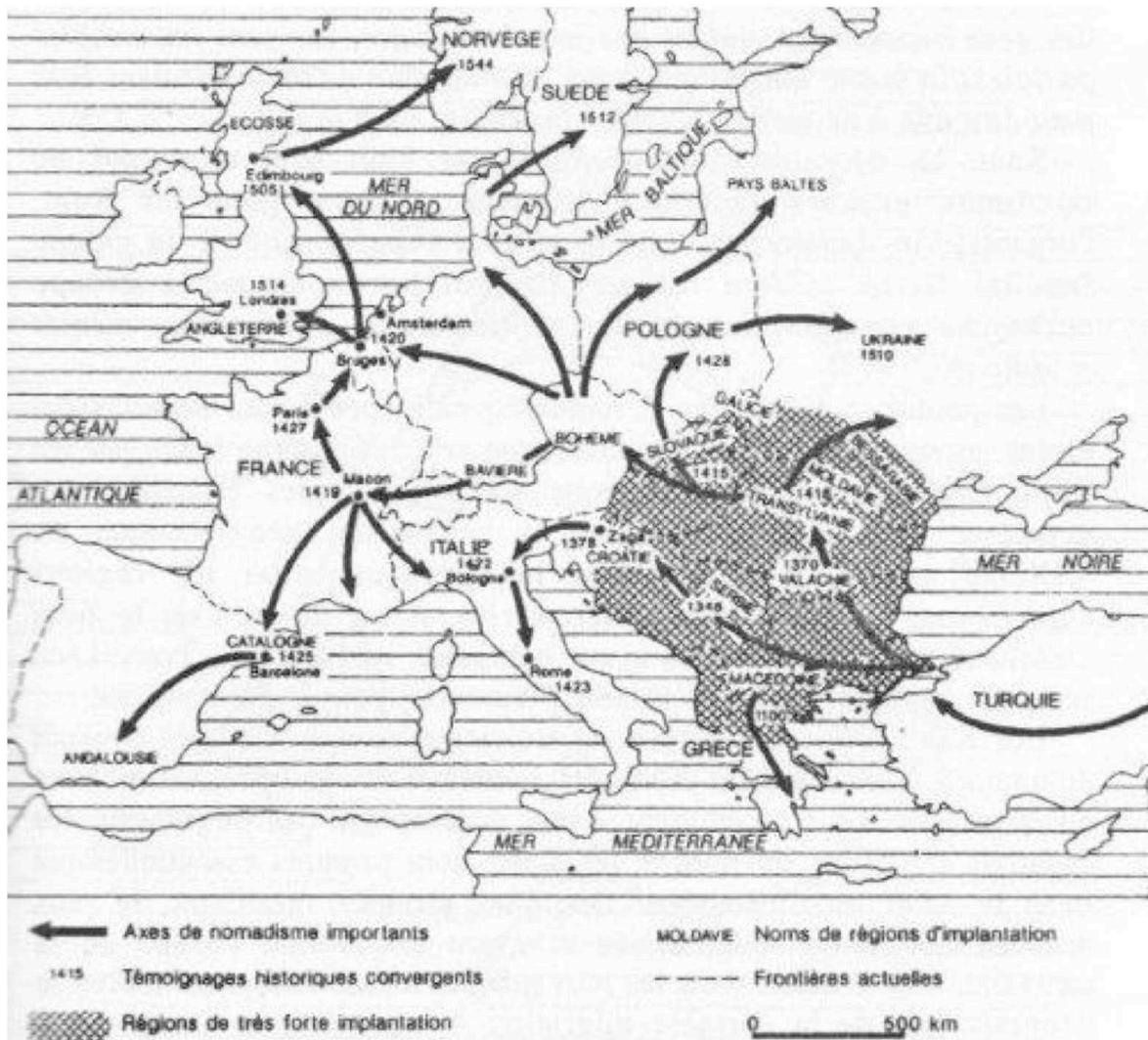
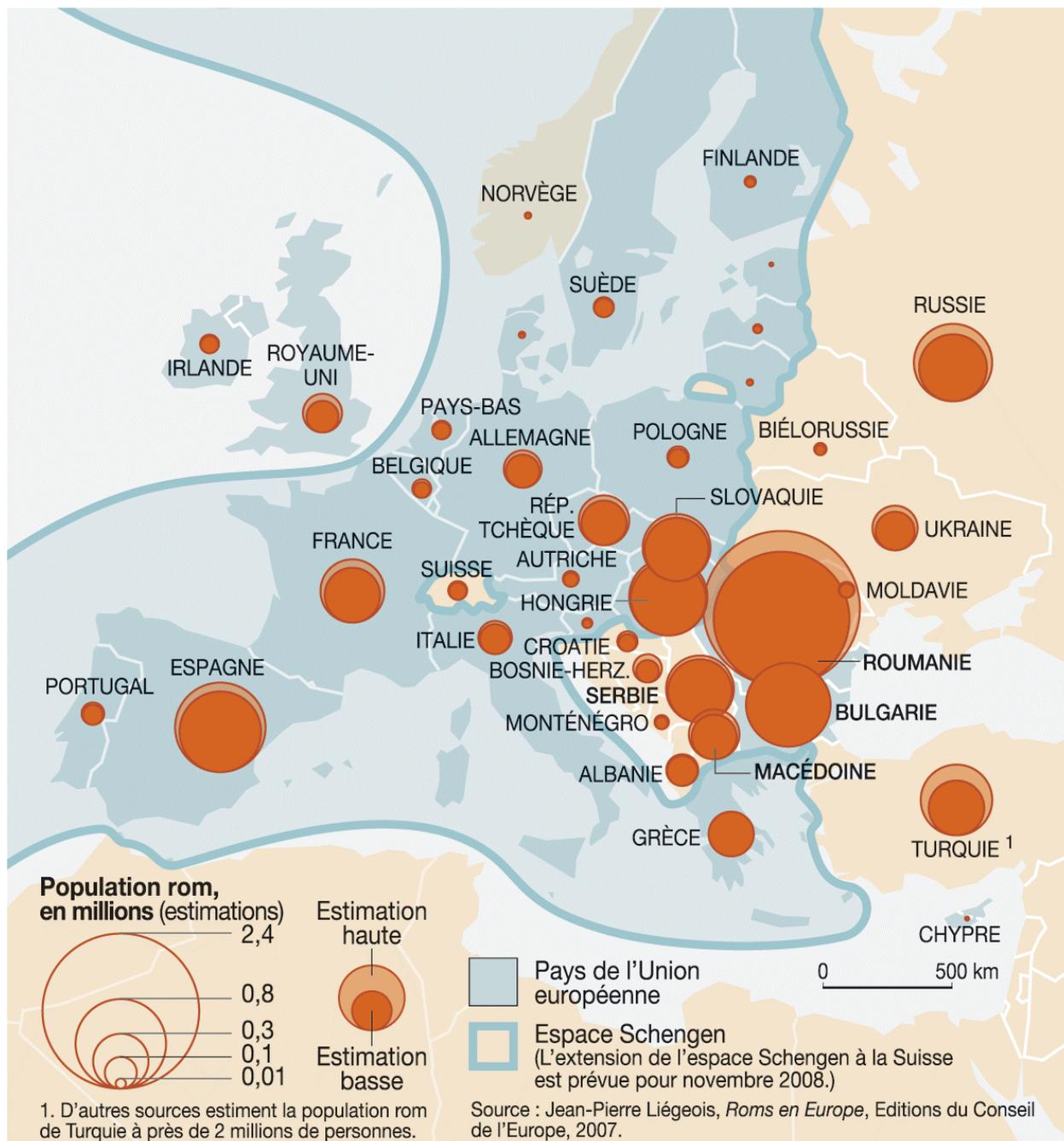


Figure 1: In Humeau J.B. Tsiganes en France: de l'assignation au droit d'habiter. Paris: Ed l'Hamarttan; 1995. p.37



CÉCILE MARIN

Figure 2 Population rom en million. Source: Jean-Pierre Liégeois. Roms en Europe. Editions du Conseil de l'Europe. 2007

1 **Auxiliaire de puériculture, 51 ans.**

2 **03/02/2011**

3

4 IR : On y va ?

5

6 IE : On y va ?

7

8 IR : Alors, j'aimerais savoir ton travail ici, ton rôle, me dire ce que c'est.

9

10 IE : Ben, c'est d'abord d'accueillir les enfants donc aux urgences, mais bon y a pas très
11 longtemps que je suis au urgences, tu sais, avant j'étais dans les étages, dans le service
12 de pédiatrie générale. Accueillir les enfants, j'ai presque entre guillemets le même rôle
13 que l'infirmière, sauf que je fais pas les gestes de la perfusion et du bilan sanguin. Donc
14 les peser, les mesurer, discuter avec les parents, donner des conseils aux parents, même
15 avec l'UHCD on peut être amené à faire des soins comme les toilettes, les changes, la
16 pesée, enfin toutes ces choses...

17

18 IR : Ton rôle, c'est donc auxiliaire de puériculture ? et la différence exacte avec
19 infirmière ?

20

21 IE : Ben l'infirmière elle fait des soins techniques, c'est à dire elle va poser des cathéters,
22 elle va faire une prise de sang, elle va, oui, mettre une perfusion. C'est beaucoup plus
23 technique, moi je suis beaucoup plus dans le relationnel presque, hein. Normalement,
24 c'est parce qu'ici on déborde un peu sur leur rôle mais sinon, moi je suis plus là pour
25 accueillir l'enfant, voir ce qu'il a besoin, et ses besoins fondamentaux entre guillemets, se
26 nourrir. Voilà.

27

28 IR : Et justement cette fonction d'accueil, quand tu accueilles un patient, l'enfant,
29 comment est-ce que ça se passe ?

30

31 IE : Ici, ben d'abord en fonction de son âge, donc souvent il est accompagné de sa maman
32 ou de son papa et on essaye de faire avec eux au maximum, parce que les enfants quand
33 ils arrivent aux urgences ils sont comme même un peu terrorisé on va dire. Donc les
34 parents participent beaucoup et nous on pose les questions qui nous semblent
35 judicieuses à l'instant T quoi. On extrapole pas non plus trop, on est plutôt dans
36 l'instant, pourquoi ils viennent. On pose pas trop de question sur leur vie quotidienne,
37 sur ce qu'ils, enfin on est vraiment ; s'ils viennent pour une gastroentérite, on pose les
38 questions qui nous intéressent sur ce sujet là. On est pas du tout comme dans un service
39 où on essaye de savoir si ils sont en collectivité, on est pas là pas du tout. On règle le
40 problème pour lequel ils viennent.

41

42 IR : Et donc à part l'âge quand ils viennent, donc quand tu vois l'enfant arriver, est-ce
43 que par exemple tu sais le situer socialement ?

44

45 IE : Oui, comme même assez rapidement, oui. (rires) C'est triste mais c'est comme ça.
46 Non, parce que parfois on est un petit peu, on a des stéréotypes d'enfants et je trouve
47 qu'on accueille... L'accueil pour moi il est le même enfin entre guillemets, peu importe
48 qu'on soit... mais c'est comme ça, on est... Rien que parce sont prénoms c'est parfois, on
49 sait de où il vient, c'est triste, mais c'est comme ça. Donc, oui comme même.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

IR : Alors comment est-ce que ça influence, par exemple juste pour les prénoms, c'est quoi les prénoms ?

IE : Ben par exemple on accueille les petits roumains, euh voilà ils ont des prénoms bien particuliers. C'est pas des prénoms d'enfants français entre guillemets, du coup on sait. D'abord on emploie des termes beaucoup plus simple aussi pour eux, parce que ils comprennent pas les mêmes choses. Parfois on doit même faire des gestes, ici faudrait parler plusieurs langues si on voulait être compris, donc je trouve que oui forcément ça découle. Oui, moi je pense que rien que par le prénom de l'enfant ça découle pas mal de choses. La façon dont on va expliquer aux parents va être beaucoup plus simple pour une famille que pour d'autres parce que c'est... On essaye de se mettre aussi à leur niveau quoi, de compréhension.

IR : Est-ce que pour toi, ça c'est un problème ?

IE : Non, moi non, parce que depuis que je travaille, j'ai... Moi, pour moi, c'est pas un problème parce que en fin de compte franchement, le problème c'est je suis ici d'abord pour soigner des enfants alors peu importe, franchement peu importe. Tout ce que... enfin qu'il ait une gastro ou... qu'il habite (rires) Bondues entre guillemets ou dans une caravane, pour moi il a une gastro il est déshydraté, je le prends en charge pareil, enfin c'est juste que c'est différent pour la famille. C'est sûr qu'il faut être différent et qu'il faut expliquer différemment les choses, et c'est tout. Non, pour moi c'est varié c'est tout, ça change pas. Enfin c'est pas ça qui me chagrine le plus quoi.

Parfois j'ai un peu entre guillemets pitié, parce que je me dis que celui-là il a moins de chance que l'autre mais voilà c'est la vie, après... Et je m'habitue pas à la pauvreté tu vois, enfin voilà depuis 25 ans que je suis là c'est un truc, c'est comme même dingue, et heureusement pour moi d'ailleurs je me dis, mais il y a plein de choses auxquelles je m'habitue pas et jamais à cette détresse, enfin je me dis heureusement pour moi parce que sinon ce serait triste. Il y a comme même parfois pas mal de détresse sociale et ça j'ai très vite envie d'appeler l'assistante sociale, mais je suis comme ça, j'ai pas envie de laisser passer tu vois.

Donc ça c'est un truc, ça fait parfois sourire les filles, mais c'est comme ça, je veux pas je me dis c'est triste alors si on peut les aider alors ici je pense qu'on peut les aider au niveau social ben qu'on le fasse. J'ai plutôt tendance à donner à celui qui a peu, ce qui me paraît logique. Donner à manger à celui qui va rentrer chez lui que tu sais qu'il rentrera chez lui et il aura tout ce qu'il lui faut. (Rires) C'est mon côté social entre guillemets.

IR : Ok, alors pour en revenir aux enfants roumains quand ils arrivent ici, peut-être quand tu les vois ou l'interaction, comment ça se passe ?

IE : Enfin c'est vrai que c'est plus dans les gestes, parce qu'avec eux ils comprennent pas grand chose donc on arrive a plus à communiquer avec eux en voyant que tout compte fait ça va comme même bien se passer, on donne un petit peu à manger on donne des petites choses qui font qu'ils voient que c'est pas enfin, je veux dire, parce que c'est vrai que la barrière du langage ça pose quand même problème je veux dire, tu vois qu'il comprend pas ce que tu lui dis. Il est terrorisé, à part donner un petit repas, un petit jouet, un petit truc, c'est comme ça que qu'on arrive à se faire comprendre et à se faire

1 entendre. Et par la famille aussi, je pense que ça aide aussi si la famille elle voit que bon
2 on est ...

3
4 IR : Alors justement, ce côté pauvreté, ce côté social que tu revendiques pour toi qui est
5 important, comment ça se passe pour toi avec les autres filles, est-ce que tu trouves qu'il
6 y en a qui sont moins touchées par ce problème, est-ce que ça pose problème ?

7
8 IE : Oh, enfin j'ai pas l'impression, enfin je pense pas que les gens... Non, je pense qu'on a
9 comme même envie de donner davantage à celui qui a peu ici. J'ai trouvé que non, ici les
10 filles elles étaient peut-être moins difficiles aux urgences parce que ils ne restent pas
11 longtemps alors que dans un service où ils s'installent et t'as l'impression que plus tu en
12 donnes plus il faut donner. Ici t'as pas ce problème là parce qu'ils restent pas longtemps.
13 Donc je me dis que quand on leur donne, ils ne sont jamais là, ils restent maximum deux
14 ou trois heures, c'est peu par rapport à ce que j'ai vécu dans les services où là tu dois
15 faire comme même très attention parce que... Après t'es repérée un peu comme la
16 gentille qui donne et du coup on va tout le temps te solliciter aussi et donc le budget
17 entre guillemets tu dois faire attention. Mais c'est vrai que bon ici on a pas ce souci là.
18 Ici on donne et puis ils s'en vont donc peut importe, on a pas ce souci là.

19
20 IR : Et sur les termes « ils s'installent... » est-ce que, moi je trouve ça génial parce que ça
21 revient souvent, est-ce que une famille Roms s'installe et une famille peut-être pas Roms
22 ne s'installe pas ?

23
24 IE : Oui, Non, parce que eux se sentent bien ici, ils sont au chaud, ils ont à manger, la fois
25 dernière ça m'a fait bizarre, un maman qui m'a dit « on peut l'interner. » Parce que elle
26 parlait donc pas bien le français « interner, interner le petit, » je me suis dit c'est fou,
27 « interner le petit » donc elle voulait forcément hospitaliser le petit alors que les autres
28 ils ont qu'une envie c'est de pas rester. Y a pas grand monde qui aime rester à l'hôpital,
29 hors eux, moi je trouve que quand ils y sont bien, ils ont pas forcément tellement envie
30 de partir, si ils ont à manger, plutôt que dormir à l'hôtel ou en caravane ils sont aussi
31 bien ici à l'hôpital hein. Quand il faisait très froid, on avait comme même beaucoup le
32 soir des petits Roms qui venaient pour ça « être interner. » Donc, je me dis eux ils
33 retrouvent un confort, ils trouvent ça génial, ils ont à manger à boire, ils ont pas le souci
34 de savoir où ils vont dormir le soir. Moi, je trouve oui ils trouvent un certain confort à
35 l'hôpital. Que dans les autres familles pas, ils ont qu'une envie c'est de rentrer chez eux,
36 on est pas du tout dans le même contexte.

37
38 IR : Est-ce que tu trouves que parfois justement ils viennent entre guillemets pour rien ,
39 ou ils viennent parce qu'ils ont envie d'avoir chaud, est-ce que tu trouves qu'à chaque
40 fois que tu vois un enfant Roms, il est malade ?

41
42 IE : Ah, non, moi je trouve qu'ils viennent quand ils sont malades, ils viennent pas quand
43 ils sont pas malades, non. Ben non, ben justement je me dis que parfois ils sont bien
44 malades. Non, je trouve qu'ils sont comme même malade. Ils viennent pas plus que ceux
45 qui ont tout chez eux et qui viennent, parce que parfois tu peux être inquiet et venir, ils
46 ont peut être pas grand chose mais ils sont inquiet quand même et les autres qui ont
47 tout chez eux ils viennent aussi pour pas grand chose et ils sont inquiets donc je trouve
48 pas de différence là-dedans. Ils viennent pas que pour le confort hospitalier, la chaleur,
49 non. Non, souvent ils sont comme même malades.

1
2 IR : Quand ils repartent, tu as dis au tout début quand les patients arrivent on voit leur
3 âge, on voit l'urgence et finalement le reste on ne s'en préoccupe pas, est-ce que pour les
4 enfants Roms c'est pareils ?
5
6 IE : Ben on essaye comme même de savoir ce qu'ils vont devenir le soir quand même.
7 Enfin, parfois je sais que plusieurs fois là où il faisait très froid, on s'inquiétait comme
8 même de ce qu'ils allaient devenir le soir même et c'est pas facile parce que on ne trouve
9 pas la solution non plus. Y a le 115 et puis voilà.
10 Moi, ça m'ai déjà arrivé d'appeler le 115 pour eux et d'attendre 3 heures et de ne
11 rien avoir et de se demander où ils vont aller. J'ai même dit à une maman, elle m'a dit
12 « je vais dormir dans ma voiture, » je lui ai dit mais c'est pas une solution ça de dormir
13 dans votre voiture, c'est fou, mais je lui ai dit mais pourquoi vous repartez pas en
14 Roumanie enfin tu vois, Je me suis dit mais qu'est-ce que vous attendez de la France, tu
15 vois j'avais discuté avec elle la nuit parce qu'elle voulait absolument qu'on garde son
16 petit, on pouvait pas. Parce qu'il était malade, mais pas non plus suffisamment malade,
17 il pouvait rentrer mais comme il avait pas de logement, il avait rien, elle allait dormir
18 dans la voiture avec lui.
19 Et du coup, et après j'ai discuté, tu vois, de qu'est-ce qui les a amené ici, pourquoi
20 ils sont ici, est-ce qu'ils sont envie de rester ici, pas repartir chez eux, enfin tu vois parce
21 que je leur ai expliqué et elle m'a dit qu'ici c'est trop bien, qu'on avait comme même à
22 manger, que ils allaient dans les associations, en Roumanie c'est pas le cas. Elle préfère
23 encore dormir dans sa voiture avec son enfant et d'avoir à manger tous les jours pour lui
24 que retourner là-bas. Je me suis dit ben c'est tout.
25
26 IR : C'est quoi un Roms ?
27
28 IE : Ben moi je pense que c'est, en fait au départ, je me disais c'est des petits roumains,
29 mais non, c'est des gens du voyage, ils sont pas vraiment... Enfin j'ai essayé depuis que
30 je suis ici, de m'intéresser un peu plus parce qu'on en voit de plus en plus, des fois un
31 peu moins, mais comme même pas mal. Et je me dis c'est des gens qui voyagent et ils
32 sont pas vraiment... La Roumanie c'est pas vraiment leur pays, ils ont pas d'endroit à
33 eux, je crois qu'ils sont intégrés... C'est des gens qui voyagent du coup ils ont pas
34 d'endroit à eux particulièrement, donc mouais c'est presque des gens du voyage je dirais
35 parce que c'est pas vraiment la Roumanie leur pays. Moi je pensais aussi, je me disais ils
36 ont qu'à retourner dans leur pays, mais en fait c'est pas leur pays, pas plus qu'ailleurs,
37 c'est plus des gens du voyage, j'ai l'impression enfin tu vois, je le ressens plus comme ça.
38 Avant on avait ça avec les gens, on avait, on disait les Manouches, enfin on avait
39 toutes des familles qui venaient... On en a peut-être moins, c'est vrai qu'on en a moins,
40 ils se sont plus sédentarisés, maintenant c'est les Roms.
41 Je retrouve certains trucs tu vois, de leur vie de caravane. De leur vie de bohème
42 (Rires).
43
44 IR : Alors, est-ce qu'il y a une différence entre les termes de Gitans, Roms, Manouches,
45 Tsiganes, ça c'est des termes qu'on a un peu utilisé là quand on discutait. Est-ce que tu
46 vois une différence ?
47
48 IE : Ah, oui, je pense qu'il y a des différences, ils viennent de familles différentes et puis
49 ils ont des moyens différents et puis je pense par exemple qu'ils y en a qui ont des

1 moyens financiers, qui vivent dans des belles caravanes. Ils sont pas tous dans la
2 pauvreté je me dis, parce que nous on en voit des très pauvres mais aussi des qui vivent
3 très très bien, qui ont leur terrain avec leur belle caravane, ils sont pas du tout, non je
4 pense qu'ils sont différents, ils viennent d'endroits différents, non pour moi ils sont
5 différents.

6
7 IR : Ok je pense que c'est pas mal, je pense qu'on va arrêter là.

8
9 Micro éteint, j'explique ma thèse sur les conceptions des soignants sur les populations
10 Roms et comment ça affecte le soin. Là, la conversation reprends.

11
12 IE : Il y a quelques années, t'avais pas tout ça de Roms. C'est quand même nouveau, c'est
13 depuis quatre ans moi je dirais. J'ai l'impression, alors oui c'est triste à dire. Non, en
14 même temps ça dépend aussi, ça dépend des fois, moi j'ai vu là haut, ils avaient pas l'air
15 entre guillemets au début je les trouvais très malheureux, après je trouvais que tout
16 compte fait ils étaient comme même avec leur deux sacs pleins de nourriture, avec des
17 fraises en plein mois de décembre, tu te dis qu'ils sont pas si malheureux que ça enfin.

18 Ils ont un mode de vie qui est pas le notre, alors quand t'as compris ça alors tu te
19 dis, ça c'est moins triste aussi, les enfants ils ont pas l'air... A côté si tu sors d'ici, tu vois
20 tous les jours le même monsieur avec le petit en train de faire la manche, je sais pas je
21 me dis des fois c'est comme même curieux. Mais quand ils sont malades je trouve qu'ils
22 s'occupent super bien de leurs enfants. Il y a quand même beaucoup d'amour avec leur
23 famille, ils ont des trucs, j'ai même été surprise moi par toute l'alimentation qu'ils
24 ramenaient, enfin je me suis dit ils avaient déjà une chose. On a pas la même notion
25 d'hygiène, mais ils ont pas faim. Ca c'est clair et net, ils n'ont pas faim, ils meurent pas de
26 faim ici. Moi, je me suis même dit, tout ce qu'il a dans son sachet, moi j'ai pas dans mon
27 frigo, enfin tu vois, (exclamation) donc je me suis dit... Ils sont pas si...

28 C'est parce qu'on a pas, au niveau hygiène je pense qu'on est... Comme à l'hôpital,
29 l'hygiène c'est un peu important, c'est un peu embêtant. (Rires) C'est surtout ça, c'est de
30 se voir comment ils sont super sales et qu'ils vivent comme ça.

31
32 IR : Ca dérange ?

33
34 IE : Un peu, moi ça me dérange, un peu, hein. Ben oui, parce ce que je me dis qu'un petit
35 si il est peigné tous les jours il se sent bien comme même. Mais ça, c'est moi, parce que
36 l'hygiène c'est quelque chose d'important et que tous les jours, même si c'est pas tous les
37 jours, mais là c'est jamais. Pfff, ils les lavent pas beaucoup, c'est triste, t'imagines un
38 nouveau-né, un petit bébé de 3-4 mois qui arrive, qui est crasseux, enfin moi ça me
39 dérange, ça me dérange beaucoup. D'ailleurs, je le lave... (Rires) Ben non, parce que
40 c'est curieux, mais en même temps je me dis ça va lui faire un bien fou, enfin c'est moi
41 qui pense ça, je sais bien mais c'est important donc je le fais, ça c'est sur.

42
43 IR : Pour toi, comment il arrive à se soigner dehors ?

44
45 IE : Ben ça doit être difficile comme même, on s'est rendu compte par exemple
46 dernièrement par exemple qu'ils avaient pas été chercher le traitement médicamenteux
47 et on s'est même dit ben faudrait peut-être leur donner les doses parce que tout compte
48 fait ils vont pas les chercher les médicaments. Le petit, il est revenu trois jours après, il
49 faisait toujours 40°. Et on a dit mais madame, et elle a dit non, j'ai pas été parce que la

1 pharmacie était fermée et puis quand on creuse un peu ils avaient pas de couverture
2 sociale. Pour le coup, ils avaient pas acheté les médicaments.

3 Je me dis, il y en a qui ont beaucoup de mal à se soigner comme même, ou se
4 soigner entre guillemets à moitié. Le temps qu'ils sont ici ça va, et puis quand ils sortent
5 s'ils sont guéris tant mieux quoi. Tant mieux, parce que sinon ça doit être léger comme
6 même les soins. Comme (il n') y a pas beaucoup d'hygiène...

7

8 IR : Où est-ce qu'ils peuvent aller d'autre que les urgences ?

9

10 IE : Ben la fois dernière, j'avais vu MSL (Médecins Solidarité Lille)

11

12 IR : C'est quoi ?

13

14 IE : Médecins Solidarité je sais pas quoi, Lille peut être ? On leur avait donné le plan
15 même, nous on a fait ça sur google, parce qu'ils devaient aller, parce qu'ils avaient
16 aucune couverture sociale, ils venaient d'arriver, ils parlaient pas bien et on leur a dit il
17 faut aller voir là pour au moins voir ben être connu, avoir un premier... Parce qu'ils
18 avaient vraiment rien et tout. Y en a je trouve, qu'ils ont...

19 Et moi, il y a un truc qui me choque dans leur famille, ou je sais pas si c'est dans
20 leur famille, mais ils vivent ensemble comme même beaucoup mais ceux qui arrivent et
21 qui ont un petit peu d'argent, j'ai senti ça, et je l'ai vu. Il y a souvent un interprète qui
22 vient, qui est là depuis bien plus longtemps et qui se fait payer. Et ça je me suis dit
23 comme même c'est moche parce qu'en fait ils profitent que eux viennent d'arriver pour
24 dire ben moi voilà je connais bien (l'hôpital) et je vais faire l'interprète. Et j'ai vu la
25 dame lui donner, et je me suis dit purée, c'est pas vrai, c'est dingue. Dans la vie y a tous
26 des pa... des parallèles à côté qui sont pas. (Rires)

27

28 IR : Est-ce que ici quand les familles Roms arrivent ici, est-ce que ça se passe toujours
29 bien, est-ce que parfois il y a des conflits ?

30

31 IE : Non, je trouve quand même, parfois il y a de l'attente ici, non ils attendent, de toute
32 façon attendre ici ou dehors, ils sont bien ici. Je pense que non, il y a pas trop de... En
33 hospit. plus souvent c'était plus pour se faire comprendre, des soins, si ça durait un peu
34 plus longtemps, ils veulent bien venir mais il fallait que ça aille assez vite, ils ne veulent
35 pas rester trop longtemps à l'hôpital. L'hôpital c'est bien, mais il ne faut pas trop y
36 rester.

37 Et après, je sais qu'ici on peut avoir des interprètes, ça c'est fait, on a déjà appelé,
38 quelqu'un vient leur parler, leur expliquer.

39

40 IR : Pourquoi faut pas rester ici trop longtemps ?

41

42 IE : Ben je pense qu'il faut retourner au trou (rires), ou non mais il faut retourner au
43 boulot, c'est ça que je pense, c'est que les enfants ils travaillent énormément. Ca ça me
44 dérange aussi tu vois, parce quand je vois les pères, je les vois ici, quand ils sont malades
45 les enfants allez, c'est bien, ils sont très malades alors on s'en occupe, mais très vite on
46 les remet à faire la manche au coin et pas toujours avec le père quoi. Avec la maman,
47 mais les enfants ils travaillent. Ca ça me dérange, que ici en France entre guillemets on
48 laisse faire ça. On a pas le droit de travailler, on dit que dans les pays sous-développés
49 les enfants y travaillent, c'est inadmissible, mais à Lille, les enfants ils travaillent, ils font

1 la manche, enfin je sais pas, tu vois. Ca se voit tous les jours, tous les jours. Et souvent
2 quand ils vont mieux, je leur dit il faudra pas le remettre dans la rue parce qu'il va avoir
3 froid, ce que je me dits, je suis sûr que demain ou après-demain, il fait la manche, il
4 retravaille quoi.

5

6 IR : Est-ce que les enfants Roms tu les trouves en bonne santé ?

7

8 IE : Je te dis au niveau... Je pense que oui, quand même, ils ont peut-être pas une très
9 bonne hygiène de vie mais ils sont en bonne santé quand même, enfin entre guillemets,
10 ils ont un peu beaucoup la diarrhée. (rires) Non, mais c'est vrai parce que ils mangent
11 tout et n'importe quoi, si tu creuses un peu ils sont peut-être pas en su... mais ma foie ça
12 va comme même je trouve.

13

1 **Infirmière puéricultrice, 30-40ans**

2 3/02/2011

3

4 IR : Quel est ton boulot ici ?

5

6 IE : Alors moi je suis infirmière puéricultrice aux urgences pédiatriques. Tu veux savoir
7 au niveau de notre fonction ici, ce qu'on fait ici ? Oui, donc ça va en fait du départ de
8 l'accueil des enfants qui sont dirigés par l'IOA (infirmier d'orientation de l'accueil), après
9 ça va dépendre du degré d'urgence à laquelle elle, quand elle trie en fait les enfants,
10 savoir si ils sont inquiétants, si il faut les voir absolument tout de suite, si ça peut
11 attendre, si c'est une consultation simple.

12

13 Donc, en fait notre premier travail c'est d'accueillir les enfants et de faire aussi
14 nous même un tri quand ils sont en salle d'attente, quand il y a beaucoup d'attente. Euh,
15 prendre les paramètres des enfants, voir un petit peu au niveau de leur état général,
16 pourquoi ils viennent, s'ils ont des antécédents, s'ils ont un carnet de santé, etc. s'ils
17 prennent des médicaments.

18

19 Donc en suite ça va être de disposer les dossiers par ordre de priorité, donc en
20 parler à l'interne ou au médecin qui est sur place. Hum, ça va être ensuite collaborer
21 avec le médecin, par rapport au niveau des soins à apporter à l'enfant, que ce soit des
22 thérapeutiques, soit des bilans des examens complémentaires à faire, soit réorienter
23 dans d'autres examens complémentaires type ORL, ophtalmo, etc. Ca va être aussi
24 répondre aux besoins physiques des enfants, s'il faut les changer, s'ils vomissent etc. s'il
25 y a une alimentation à donner, réchauffer des plats etc.

26

27 Et on a aussi tout un domaine dans l'éducation, par rapport aux conseils des
28 parents, tout ce qui est prise en charge alimentaire en cas de gastro, expliquer ce qu'il
29 faut manger pas manger, éviter. Le SRO (soluté de réhydratation orale), etc. tout ce qui
30 va être DRP (désobstruction rhinopharyngée), le babyhaler enfin, éducation à la maison.
31 Donner des conseils par rapport à la fièvre, par rapport aux risques de convulsions s'il y
32 a convulsion, que faire. Education par rapport aux TC (traumatismes crâniens), enfin
33 toutes les styles de pathologies que l'on peut rencontrer ici.

34

35 Donc ça c'est plus au niveau des soins, ensuite on a entre guillemets tout un
36 domaine administratif et gestion pour tout ce qui est pharmacie, matériel,
37 approvisionnement, etc. On a quoi encore comme fonction, au niveau de l'éducation des
38 élèves et des stagiaires qu'on accueille ici, enfin entre autres infirmières puéricultrices
39 et sages-femmes. Là on a aussi des élèves de 3èmes qui viennent en stage mais c'est plus
40 pour découvrir la partie médicale, mais bon on nous demande comme même des petites
41 questions par rapport à ça. Qu'est-ce qu'on va avoir aussi, hum notre fonction de
42 réévaluer notre connaissance en allant en formation, en formation plâtre, en formation
43 rampe etc.

44

45 Euh, depuis peu il y a aussi l'ouverture des livres d'UHCD ici aussi. On a aussi une
46 fonction de surveillance, de thérapeutique, d'appliquer les prescriptions. Euh, voilà je
47 sais pas, si t'as d'autres...

48

1 IR : Non, non, voilà c'est très bien. Voilà moi ce sur quoi je vais focaliser ma thèse et ce
2 sur quoi j'aimerais qu'on discute aussi un petit peu, ça c'est tous les métiers de
3 l'infirmière, j'aimerais voir par rapport aux soins des patients là des enfants, et tu disais
4 tout à l'heure un énorme rôle au niveau de l'éducation, et j'aimerais savoir si tu as déjà
5 été en contact avec des patients de cultures différentes.

6

7 IE : Oui

8

9 IR : et savoir comment tu l'abordes ?

10

11 IE : Hum, parfois ça peut être une barrière entre guillemets, parce que ça peut être
12 compliqué ne serait-ce que par la langue, on a pas du tout le même langage. Euh, si par
13 exemple ce sont des personnes qui viennent de pays étrangers qui ont d'autres
14 thérapeutiques, d'autres médicaments, c'est vrai que ça, ça peut être un peu une barrière
15 au départ pour expliquer. Ensuite au niveau culturel propre euh, on peut parler de
16 l'alimentation mais bon c'est vrai qu'ici nous on a la possibilité de commander des repas
17 en fonction des régimes particuliers donc si on doit sans porc, sans enfin, sans viande
18 des choses comme ça c'est pas un souci. Hum, j'dirais plus que c'est la barrière de la
19 langue qui nous ennuie plus que le respect des traditions des choses comme ça en fait.
20 Parce qu'après on peut s'adapter, c'est plus savoir communiquer et puis d'échanger qui
21 peut parfois être difficile.

22

23 IR : Est-ce que ici (à l'hôpital) on a beaucoup de personnes de culture différente ?

24

25 IE : Euh, on en a comme même pas mal oui. Surtout on en a eu énormément l'année
26 dernière avec l'arrivée des Roms, le camp qui était installé juste à côté. On a encore pas
27 mal de gens, de Roms cette année, moins que l'année dernière je dirais. Hum, là on a
28 aussi (un médecin) qui fait des consultations d'adoption, les petits qui viennent d'Haïti,
29 qui parlent pas très bien français non plus et pour le coup « on les agresse » à faire les
30 vaccins, et les prises de sang, et des fois déjà ils sont un petit peu perdu au niveau de la
31 cellule familiale, ils reconstruisent avec les nouveaux parents puis nous en plus à ajouter
32 c'est parfois un peu difficile. Euh, sinon d'autres personnes, non, c'est vrai que c'est
33 essentiellement des Roms, essentiellement cette population là.

34

35 IR : Et par rapport aux Roms justement, qu'elles sont les difficultés que tu vois par
36 rapport à cette population ?

37

38 IE : Hum, les difficultés. D'abord la langue. Parce que des fois c'est un peu compliqué
39 surtout quand c'est des enfants qui présentent des pathologies assez particulières,
40 savoir si ça avait déjà été exploré, si les parents ont déjà une prise en charge particulière.
41 Et puis le problème aussi de tout ce qui est euh, prise en charge financière si tu veux. Si
42 ils ont déjà une Aide Médicale, enfin si un dossier a déjà été mis en route si ils ont déjà
43 rencontré du personnel enfin des travailleurs sociaux qui peut les aider, ou est-ce qu'ils
44 vivent déjà. Là par exemple on a eu pas mal d'intoxication au monoxyde de carbone,
45 enfin c'est des choses où on sait qu'au niveau précarité c'est un peu difficile pour eux.

46

47 Est-ce quand ils vont sortir ils vont pouvoir donner les médicaments, nous c'est
48 vrai qu'on en donne ici facilement pour les dépanner. C'est vrai que quand c'est des
49 antibiotiques qu'on a pas ici, c'est un peu difficile de leur donner. C'est vrai que par

1 rapport à l'observance des traitements parfois on a des inquiétudes, souvent on les voit
2 revenir ces gens là de tout façon quand il y a un souci.

3
4 Hum, les plus grosses difficultés c'est ça, le fait que oui on va les soigner ici,
5 on va faire une prise de sang on va faire tout ce qu'il faut, mais après pour le coup est-ce
6 qu'on l'hospitalise parce qu'on sait qu'à la maison ça va pas être bien suivi. Quand c'est
7 des petits pour une bronchiolite par exemple. Parce qu'ils ont pas la possibilité d'être
8 dans un endroit sec ou chaud enfin etc. où là ça peut être un peut difficile.

9
10 IR : Est-ce que tu, alors, peut être quand tu dis qu'on les hospitalise facilement s'ils ont
11 des bronchiolites, est-ce que tu penses que pour toi t'as l'impression de les soigner ou
12 d'agir différemment quand t'es avec des enfants Roms ?

13
14 IE : Je pense qu'on aide à les soigner ça c'est sûr maintenant c'est vrai que on pri... enfin
15 c'est personne dépendant aussi, hein des pédiatres, euh quand c'est des gens qu'on
16 connaît parce qu'on a déjà vu plusieurs fois, on est un peu renseigné sur leur situation,
17 s'ils sont logés dans un foyer, s'ils sont à l'abri enfin dans une maison, pas dans une
18 caravane, enfin dans des milieux assez précaires, euh on sait qu'on peut les laisser sortir.
19 Après c'est vrai que ça dépend aussi de l'âge des enfants, quand c'est des tout petits de 1
20 mois, 2 mois qui viennent, puis les gens sont assez affolé aussi, quand ils sont tout petits,
21 qu'ils toussent beaucoup, qu'ils ont du mal à. Mais bon c'est vrai qu'après que ce soit
22 n'importe quelle population... Mais c'est vrai qu'on a plus facilement tendance à les
23 hospitaliser pour un peu les préserver de l'extérieur et de les laisser sortir quand ils
24 seront un peu plus en forme quoi.

25
26 IR : Alors 2 choses, la caravane c'est systématique vous en temps qu'infirmier vous
27 demandez où est-ce qu'ils vivent, d'où ils sont ?

28
29 IE : Oui, oui.

30
31 IR : Et par rapport aux médecins, est-ce que, alors tu me dis, ça dépend du pédiatre, est-
32 ce qu'il y a des pédiatres qui hospitalisent plus facilement est-ce qu'il y en a qui ne font
33 pas la différence, est-ce que tu trouves qu'ils n'y a pas la même approche sociale que
34 vous avez ?

35
36 IE : Je pense qu'ils entendent comme même quand on leur explique la situation, qu'ils
37 prennent en compte ça, maintenant euh c'est vrai qu'au niveau financier, je pense que ça
38 compte aussi dans la balance, en fait. Bon je vois ici, (ce médecin) à fait son mémoire sur
39 les gens du voyage etc. elle est un peu plus je pense sensibilisée euh, à ce type de
40 population là, elle s'occupe aussi de tout ce qui est adoption, voilà, donc je pense qu'elle
41 est un peu plus ouverte à ça, maintenant je pense ça dépend aussi de l'âge, ça dépend de
42 l'état clinique de l'enfant. Mais c'est vrai qu'il y a certain médecins qui vont dire je pense
43 que ça va aller de toute façon à la maison ils se débrouillent bien. D'autres qui vont dire
44 ben non on sait pas ce qui pourrait ce passer, je préfère l'hospitaliser. Puis peut-être
45 faire le point avec l'assistante sociale. Quand c'est des gens je pense qu'on a l'habitude
46 de voire, qui reviennent plusieurs fois, on aura plus tendance à ce dire ben c'est bon
47 maintenant, ça fait un moment qu'ils sont là, je pense que ça s'est un peu clarifier dans
48 leur situation. Que d'autres qui sont arrivé là, on sera un peu plus indulgente

49

1 IR : Tout à l'heure tu as dit, alors je ne sais plus quels étaient les termes exacts, que tu
2 avais peur de les renvoyer dehors. Alors justement quand tu leur dis de sortir, est-ce
3 que tu connais les relais, est-ce que tu sais vers qui les adresser ?
4

5 IE : C'est vrai qu'on travail avec MSL (Médecins Solidarité Lille) le plus souvent possible.
6 Après exactement... Moi je sais que quand j'ai fais mes études de puéricultrice il y a la
7 PMI qui peut intervenir. Après si ils sont dehors sur le trottoir comme ça, je ne suis pas
8 sûre qu'ils soient connus et qu'ils puissent être suivi par les services sociaux de la PMI.
9 Quand c'est des camps comme les gens du voyage, là quand il y a une école, quand il y a
10 des choses comme ça, la c'est peut-être plus facile au niveau du suivi.
11

12 Mais maintenant c'est vrai que quand c'est des gens à l'extérieur, je ne pense pas
13 que la PMI puisse faire un suivi correct, parce qu'à la rigueur en consultation gratuite, ils
14 peuvent les accueillir sans aucun problème. Mais est-ce que les gens connaissent pour le
15 coup ça, est-ce qu'on les renseigne ici sur ça, je pense pas. Je pense qu'on travaille
16 beaucoup plus avec MSL qu'avec d'autres partenaires.
17

18 IR : Et au tout début, quand tu parlais de tes différents rôles ici, il y avait le rôle de
19 l'éducation qui était particulièrement important, et justement là, comment est-ce que tu
20 vois l'interaction avec les enfants Roms, avec les parents, vraiment là quand tu es dans
21 une chambre ou dans un box. Comment est-ce que ça se passe ?
22

23 IE : Je pense qu'ils sont à l'écoute de ce qu'on leur explique pour peu qu'ils comprennent
24 ce qu'on leur explique. On essaye par des gestes simples, ou par exemple rien que la
25 DRP (désobstruction rhinopharyngée), montrer directement comment ça se fait.
26

27 Maintenant c'est vrai que leur donner, on a beaucoup de fiches qui réexplique la
28 DRP. Maintenant est-ce que ces gens savent lire. Ca je ne pense pas, je sais pas si c'est
29 donné à chacun de savoir lire un petit peu la fiche de conseil. On leur donne souvent un
30 carnet de santé, dedans il y a aussi des conseils, mais est-ce qu'ils vont, il y a des images
31 comme même, on peut voir.
32

33 Hum, c'est vrai qu'on essaye d'expliquer, c'est des gens qui sont gentils, souriants,
34 qui disent toujours oui. Mais des fois, (rires), j'ai pas l'impression qu'ils aient intégré ce
35 qu'on leur explique, donc nous on y va, le médecin y va aussi, apporter le plus
36 d'information possible.
37

38 Après c'est sûr qu'il faut prendre en compte le fait qu'ils n'aient pas les mêmes
39 moyens que tout le monde. Ils n'ont pas forcément l'eau potable, ils ont pas euh des
40 choses par rapport aux biberons, comment ils sont nettoyés, etc. C'est sûr qu'on peut
41 pas forcément deviner ce qui va se passer à la maison et ce qui va se passer par la suite.
42

43 IR : Je pense une des dernières questions, au niveau de l'interaction des patients Roms
44 quand ils arrivent aux urgences avec les autres patients, avec le personnel, est-ce qu'il y
45 a des choses particulières, est-ce que ça se passe toujours bien ?
46

47 IE : Ca se passe pas forcément toujours bien. On a déjà eu des familles qui sont déjà
48 suivies, qui sont très demandeuses... Bon c'est sûr qu'ils viennent en général c'est pas
49 pour des bêtises qu'ils viennent, l'enfant est come même malade, il fait de la fièvre, enfin

1 c'est rare qu'ils viennent pour des petites consultations qu'on peut avoir, genre
2 bobologie.

3
4 Maintenant c'est vrai que c'est soit des gens qui vont attendre, qui vont rien dire
5 du tout, soit c'est des gens qui vont être demandeurs d'être pris tout de suite. Genre « il
6 est malade, il est malade, il faut venir tout de suite... » et c'est vrai que c'est difficile de
7 leur expliquer qu'il y a pas qu'eux, qu'il y en a d'autres qui sont un peu plus malade, qu'il
8 faut attendre. Qu'ils vont être vu, mais qu'il faut attendre. Ca des fois c'est un peu
9 difficile.

10
11 On a eu beaucoup de cas de vols, des choses dans le chariot, c'est vrai qu'il y a su
12 sérum phy (physiologique), y a du doliprane, y a des couches... C'est sûr que c'est à
13 portée de main pour eux, c'est pour leur enfant quand même. Bon c'est des petits vols,
14 mais bon. C'est compréhensible, on peut pas leur en vouloir de vouloir apporter
15 quelque chose de mieux à leur enfant.

16
17 Donc c'est vrai parfois on les voit, on se dit ah on va fermer les chariots pour être
18 sûr qu'il n'y ait pas de vol, mais bon, c'est pas grave en soit.

19
20 IR : Alors, « on les voit, » Qu'est-ce qu'un Roms et comment est-ce qu'on le reconnaît ?

21
22 IE : Euh, ben c'est souvent des gens ben d'origine, enfin tu vois physiquement d'origine
23 étrangère, un peu tsigane, un peu, tu vois un petit peu. Euh, la langue aussi, y a souvent
24 ils se déplacent en famille, et puis y en a un qui parle français un petit peu (rires) qui
25 vient expliquer. Des enfants qui sont couverts de la tête au pieds, avec cinq épaisseurs
26 parce qu'il dort et parfois ils sont bien bien couverts.

27
28 IR : OK, et la différence entre « Tsigane » et « Rom » ?

29
30 IE : Alors, ...

31
32 IR : Est-ce qu'il y a d'autres termes aussi ?

33
34 IE : Nous ici qu'on emploie ? Ben il y a les gens du voyage. Bon après c'est sûr, qu'à
35 force de voir. Les gens que tu vois physiquement la façon d'être habillé, la façon de
36 parler, euh si ils font un peu plus Roms, les gens qui sont plus appauvri plus en situation
37 de précarité.

38
39 Tsiganes après on a deux populations. Ceux qui sont encore en caravane, ceux
40 qui vivent, qui sont sédentaires. Euh on voit qu'il on un peu plus de moyens entre
41 guillemets. Ils sont un peu plus enfin des vêtements qui sont. Enfin les Roms c'est de la
42 récupération, des trucs qu'on voit, les Tsiganes enfin ils font un peu plus propre entre
43 guillemets.

44
45 IR : Ben écoute, je pense que c'est pas mal.

46
47
48 Puis discussion sur sujet de thèse.

1 **28/04/2011**

2 **D003**

3

4 IR : Donc vraiment, il n'y a aucune question piège, c'est juste comment...

5

6 IE : Comment on travail ensemble, ou comment on travail avec les enfants ?

7

8 IR : Eh bien on va commencer, quel est ton boulot ici ?

9

10 IE : Alors, je suis auxiliaire de puériculture. (silence 5 secondes) Ah oui, et ce que je
11 fais ?

12

13 IR : heinhein

14

15 IE : Ah, donc j'accueille les enfants qui arrivent avec leurs parents et puis donc je lis le
16 motif sur le dossier d'entrée, le motif d'hospitalisation, et par rapport à ça, je prends la
17 température, je pèse l'enfant. Si c'est une crise d'asthme je prends sa satu¹. Euh, si c'est
18 une douleur abdo² je fais une analyse d'urine. Voilà, j'adapte comment je remplis le
19 dossier pour que le médecin ait des informations. Quand il arrivera dans la chambre, il
20 pourra lire dans le dossier, depuis combien de temps l'enfant fait de la fièvre, je lui
21 donne un médicament pour la douleur si besoin, j'ai un résultat d'analyse d'urine si c'est
22 une douleur abdo. Et puis voilà, s'il y a une crise d'acétone, je donne du sucre. Voilà, ça
23 ça fait parti de mon travail.

24 Mais il y a tellement de choses autour de ça aussi. Donc ben, déjà quand ils
25 arrivent, je parle de ça au niveau médical, mais sinon, je leur fait un beau sourire pour
26 qu'ils soient à l'aise, je dis aux parents « installez-vous. » On les rassure déjà quand ils
27 arrivent. Hein, on demande pas tout de suite, voilà.

28 Après quoi, tu veux savoir aussi, comment... Bon et puis, je vois le dossier, je vois
29 pourquoi ils viennent, si c'est très urgent on passe devant tout le monde, on va voir le
30 médecin tout de suite, on présente notre dossier. Si c'est pas urgent, on explique aux
31 parents que le médecin va venir après, et qu'ils attendent dans cette chambre. Et puis
32 voilà, on donne des jouets aux enfants, on donne des livres, des crayons, on dit aux
33 parents qu'il y a un peut d'attente et que le médecin va venir. Et puis après, quand le
34 médecin a vu l'enfant, il nous demande parfois... Ah oui (rires), je mets parfois de la
35 pommade EMLA³, j'ai oublié de dire. Euh, quand le médecin voit l'enfant, il nous
36 demande de faire un aérosol, ou de faire une prise de sang à l'enfant, ou de faire une
37 radio. Enfin, voilà, il a fait son diagnostic, on aide encore pour faire vraiment, voilà pour
38 avoir les résultats, la radio, l'analyse d'urine, . Voilà, on peut servir des repas, on peut
39 servir des boissons, voilà.

40

41 IR : Ok, et l'accueil de l'enfant, quand tu parlais de l'accueil tu parlais de plein d'autres
42 choses ?

43

44 IE : Oui, là j'ai parlé plutôt au niveau de l'administratif et tout ça. Mais l'accueil, bon
45 ben, j'essaye de parler à l'enfant. S'il est petit, je lui parle aussi, mais je parle aussi à sa

¹ Saturation en oxygène.

² Douleur abdominale.

³ Anesthésiant local utilisé pour les prises de sang chez les enfants.

1 maman, pour la rassurer, parce qu'elle est stressée quand elle arrive, et elle a besoin de
2 trouver quelqu'un, qui comme elle, à qui elle peut parler simplement, et peut avoir des
3 informations simples aussi. Donc voilà, on s'adapte.
4
5 IR : On s'adapte, on s'adapte à quoi ?
6
7 IE : Euh, ben, aux langues, aux gens de tous milieux, aux gens stressés, aux gens pas
8 stressés. D'abord à la langue, parce que ici on est confronté à, on reçoit beaucoup de
9 gens, des étrangers. Y a beaucoup d'Africains, les femmes en général si c'est les mamans
10 qui accompagnent, elles parlent moins bien que leurs maris, elles parlent moins bien le
11 français que leur mari. Donc, on essaye de se comprendre, on y arrive tout le temps, par
12 des gestes ou un sourire, montrer, voilà.
13
14 IR : Alors cette compréhension, c'est intéressant justement. « On y arrive toujours. »
15
16 IE : On y arrive toujours parce que bon, on est des êtres humains comme eux et je
17 veux dire une maman ou un papa, on comprend qu'ils soient stressés, donc déjà de le
18 regarder, de lui faire un sourire, de lui dire de s'asseoir, de demander la température, le
19 mal au ventre, donc c'est des choses, des gestes qu'on peut faire euh, sans savoir les
20 mots dans différentes langues.
21 Après c'est plus difficile de savoir la température. La température, combien ?
22 température, oui, mais combien ? C'est difficile. Donc à ce moment-là je prends mon
23 crayon, j'écris ou je regarde l'horloge et je montre les heures ou avec mes doigts, je
24 compte, ou je fais un dessin avec mon crayon sur le papier.
25
26 IR : Et il y a beaucoup d'enfants de cultures différentes ici ?
27
28 IE : (Exclamation) Oh ben énormément ici ! Oui, il y a beaucoup de Roms, il y a
29 beaucoup de toutes les caravanes qui sont dans les alentours, donc les gens viennent ici,
30 ils viennent ici parce que c'est tout près. Et puis eux, ils savent pas bien s'exprimer.
31 Souvent, il y en a un dans le groupe qui accompagne, dans leurs camps, enfin, il y en a
32 souvent un qui parle qui parle français et qui accompagne. Et parfois, les enfants restent
33 à l'hôpital, et là c'est la maman qui reste avec lui, et le gars dans le groupe qui est sensé
34 traduire, donc on se débrouille, oui.
35
36 IR : On se débrouille comment, ça se passe comment ? Comment ça se passe dans une
37 situation réelle.
38
39 IE : Ben on parle normalement, mais on fait des gestes, on parle en français, mais on
40 fait des gestes, souvent on fait des gestes, ou des dessins, enfin, moi c'est ce que je fais.
41 On a pas tellement d'autres solutions. (silence)
42
43 IR : Est-ce qu'il y a des différences, enfin est-ce qu'il faut s'adapter, enfin comment
44 est-ce que ça se passe ?
45
46 IE : Qui faut s'adapter pour la langue ?
47
48 IR : oui, pour les enfants, pour l'accueil ?
49

1 IE : Ah ! Il faut s'adapter, parce qu'il y a des gens qui n'ont pas, comment... Par
2 exemple, il y a des enfants qui n'ont jamais pris de médicaments, qui connaissent pas,
3 donc, ben, faut pas se mettre en colère s'ils veulent pas les prendre. Parce qu'ils savent
4 pas, ils ont peur de nous. C'est vraiment un truc inconnu, quoi. Que, en France, les
5 enfants ils vont régulièrement chez le médecin. Les femmes, déjà elles accouchent à la
6 maternité, donc elles connaissent le lieu. Les gens ils sont pas dans leur pays, les gosses
7 ils sont jamais allé à l'hôpital, donc ils ont peur. Donc faut comme même le comprendre
8 ça, il faut s'adapter. S'adapter, on est gentille, mais il faut encore être plus douce, avoir
9 un peu plus de patience avec eux.

10 Et puis, y a aussi le problème que par exemple les Roumains ils nous amènent
11 leur enfant, les Roms, puis ils partent. On dirait ils nous font confiance, ils nous laissent
12 les enfants, puis ils partent. Ils sont en sécurité, voilà. Que ça c'est difficile à
13 comprendre. On penserait qu'une maman aurait envie de rester avec son gamin, euh,
14 toute la nuit, et toute la journée. Donc, ça, ça dépend la culture, eux ils sont, l'enfant est à
15 l'hôpital, j'ai l'impression qu'ils ont plus confiance en nous. Ils sont en confiance, voilà
16 ils sont entre de bonne main, voilà ils s'en vont. On en reçoit pas de coup de fil ou quoi
17 que ce soit pour avoir des nouvelles, ou quoi que ce soit, d'eux. Ils n'ont pas les moyens
18 de communiquer comme ça, donc ils reviennent le lendemain. Voilà, ils ont confiance.

19
20 IR : Comment est-ce qu'on reconnaît les Roms, est-ce qu'on sait quelqu'un qui est
21 dans la salle d'attente qui est Roms ?

22
23 IE : Ben les pauvres, ils sont souvent pas très propre. Parce qu'ils ont pas de moyen
24 pour... Ben je les reconnais, oui. Ils viennent souvent nombreux, ils sont pas très
25 propres, et puis ben, ils ont un physique comme même, ils ont un physique bronzé, ils
26 parlent pas français. Voilà, je les reconnais parce qu'il y a des Algériens, des Marocains,
27 ils ont pas le même type de, physiquement ils sont pas le même type non plus. Voilà. Ils
28 sont habillés pauvrement en général, voilà, je les reconnais comme ça.

29
30 IR : Avec les enfants ça se passe comment ?

31
32 IE : Bien, ils sont pas difficiles en général. Ils ont peur, mais quand ils ont compris
33 qu'on leur faisait pas mal, euh, c'est des enfants qui mangent de tout, qui s'adaptent à
34 tout. On leur donne le moindre jouet, ils sont contents, on leur donne un lit, ils sont
35 content, on les lave, ils sont super content.

36 Là, on en avait une, ben il y est encore à la chambre 21⁴, euh ce matin elle s'est fait
37 attrapée, parce qu'elle a dormi dans le petit lit, donc elle l'a cassé. En fait ce matin, on l'a
38 trouvé dans le petit lit avec son enfant, dans un lit de bébé, donc elle s'est fait attraper.
39 Ma collègue, elle a dit « c'est pas bien, il faut descendre, vous avez cassé le lit, euh c'est
40 pas bien, » et tout ça. Donc elle était toute pennotée, quoi, on voyait qu'elle était gênée,
41 donc elle s'est assise dans le fauteuil, et puis c'est tout. Bon, au moment du repas, on est
42 pas sensé leur donner un petit-déjeuner, bon on lui a comme même donné du pain et un
43 café, parce qu'elle a pas les moyens d'aller au distributeur s'acheter une collation.

44 Et puis après, on a dit on va laver votre bébé. Et là, on a eu des grands sourires, et
45 bon ben, ma collègue elle a lavé le bébé, elle lui a lavé les cheveux, elle l'a décrassé, et la
46 mère elle était aux anges. Elle était ravie qu'on ai lavé son bébé, qu'il soit propre, qu'il
47 sente bon, qu'il ai été coiffé, on voyait qu'elle était vraiment heureuse.

⁴ Chambre 21 de l'UHCD soit Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

1 Et puis après on lui a donné un jouet, et pourtant c'était une adulte et pourtant,
2 elle était en admiration devant un petit téléphone qui fait du bruit, qui sonne,
3 (exclamation), elle était super heureuse parce qu'on avait donné quelque chose à son
4 enfant. Il était propre, il avait eu à manger, il avait eu un jouet, elle était super heureuse,
5 elle avait oublié qu'elle s'était fait attrapée ce matin.

6 Voilà, et puis ce midi, c'est pareil, on est pas sensé donné, il n'y a pas de repas de
7 prévu pour les parents mais on a mis du pain et du fromage et un yaourt. Parce qu'on
8 peut pas la laisser... on sait qu'elle n'a pas les moyens de manger, donc quand elle est à
9 l'extérieur, elle se débrouille, mais ici, on peut pas la laisser comme ça, donc on a fait ça.
10 Tu vois, ça c'est un exemple de comment on s'adapte.

11
12 IR : A l'extérieur, ils se débrouillent comment ?

13
14 IE : Ben, je pense qu'elle fait la manche. Je me suis jamais trop posé la question, je
15 pense qu'elle fait la manche, que les hommes volent un petit peu si ils peuvent, s'il y a
16 des choses à leur portée, ben ils vont prendre. Voilà, si ils ont l'opportunité de piquer un
17 truc, euh, je trouve que c'est humain, quand t'as rien à manger, quand t'as rien à donner
18 à tes enfants. Si il y a un truc qui traîne, tu as envie de le prendre.

19
20 IR : Il y a des problèmes ici, avec ça ?

21
22 IE : Non, non. Non, j'ai jamais... Bon, ils nous prennent des couches dans les tiroirs
23 des chariots, ils nous prennent des suppos⁵, on a un petit stock de suppos, on a un petit
24 stock de couches. Euh, c'est pas tout le temps, mais ça arrive que quand ils sont passés,
25 ben t'en on a plus de couches, ou on a plus de suppos. C'est pas un larcin, pffff, c'est
26 humain. Voilà. Dans le vestiaire, dans le service, non.

27
28 IR : Pour les soins, ça se passe comment ?

29
30 IE : Quand on fait des soins avec eux ? Euh, comme tout le monde. (silence)

31
32 IR : Et, après ?

33
34 IE : Alors, là, l'exemple aussi, on a des plaies, des brûlures. Donc ils viennent ici, on
35 prend en charge, on fait la suture, ou un pansement de brûlure. Par contre, eux ils ont le
36 droit de revenir, ils ont le droit de revenir le lendemain pour faire de nouveau un
37 pansement de brûlure. On ne les envoie pas chez une infirmière ou chez un médecin. Ils
38 reviennent ici, à l'hôpital pour surveiller l'évolution.

39
40 IR : Et pourquoi on les envoie pas chez un médecin ou chez une infirmière ?

41
42 IE : Ben, pour pas qu'ils dépensent d'argent, je pense. Parce qu'ils ont pas de sous, je
43 pense. Et puis pour être sûr qu'ils y vont, qu'ils viennent, puisqu'ils sont déjà venus, ici.
44 Bon ils vont revenir, pour contrôler. Mais aller voir à l'extérieur, peut-être que ça
45 coûtera aussi de l'argent, et qu'ils vont pas y aller.

46

⁵ Suppositoire (Paracétamol pour la fièvre)

1 IR : Et les autres enfants, ça leur coûte de l'argent ou pas ? Je veux dire, c'est plus au
2 niveau de la sécurité sociale...
3
4 IE : Ils ont pas de sécurité sociale, hein.
5
6 IR : Aucun ?
7
8 IE : (silence)
9
10 IR : Non, je demande quand ils sont hospitalisés ?
11
12 IE : Non. (silence)
13
14 IR : Les autres enfants, d'autres cultures étrangères ?
15
16 IE : Bah, on a des Anglais, ça va avec la langue, sinon c'est des gens qui ont les mêmes
17 habitudes que nous. Euh, au niveau des Africains, ben, ouais, ça se passe bien, oui, ça se
18 passe en général bien.
19
20 IR : Et, au niveau des médicaments pour les enfants Roms ?
21
22 IE : On leur donne, parfois on leur donne des petits sachets d'ADIARIL⁶ ou deux. Ou
23 quelques suppos, mais pas une boîte. On prête, hein, pour les dépanner une nuit, ou
24 pour une journée, mais après, euh, non, on ne donne pas de médicaments pour les Roms.
25 Ça nous arrive de leur donner du lait, quand on a des boîtes de lait qui vont être
26 périmées dans peu de temps, on leur donne. Si on peut, on leur rempli un biberon avant
27 de partir aussi. On met du lait dans leur biberon, pour qu'ils aient déjà un bib⁷ d'avance.
28 Non, du lait on donne. (silence).
29
30 IR : Jamais eu de souci, ou de conflit, ou de...
31
32 IE : Non. Comme avec tout le monde. Comme avec tout le monde. Ben, y a des gens
33 qui sont patients, quand il faut attendre. Ils comprennent quand il y a du monde, bon,
34 mais quelques fois il y en a qui s'énervent, parce que c'est long. Ils comprennent pas, ils
35 comprennent pas ce qui leur arrive, donc ils s'énervent, mais on leur explique, ça arrive
36 de temps en temps, mais quelque soit la culture, c'est pareil. Pas plus qu'eux que les
37 autres. Souvent c'est le stress qui fait que les gens s'énervent. Le stress. Soit, ils ne
38 comprennent pas ce que leur enfant... ce qui arrive à leur enfant, où alors ils sont
39 tellement inquiet, bon qu'ils perdent un peu leur sang froid, et qu'ils s'énervent. Voilà.
40 Moi, non pas spécialement. Au contraire, je trouve qu'ils ont le temps.
41
42 IR : Pas plus inquiet, tu parlais des parents qui sont inquiets ?
43
44 IE : Je les sens pas plus inquiet que d'autres. (silence)
45
46 IR : Ici, on est dans un service d'urgence, les hospitalisations ?

⁶ Nom commercial d'un soluté de réhydratation orale

⁷ Biberon

1
2 IE : Pareil, on les hospitalise de la même façon que les autres. S'ils doivent monter en
3 service, ils montent en service. C'est pareil.
4
5 IR : Pas plus, pas moins ?
6
7 IE : Quand il fait froid ? Euh, quand on voit que l'enfant il a pas tout ce qu'il a, qu'il a
8 pas mangé comme il faut, je pense que si, de temps en temps. Pour être sur que l'enfant
9 soit bien, je pense que si, ça doit se faire. Pour un problème social, entre guillemet, c'est
10 pas que les parents s'en occupe pas bien, que un enfant qui vit dans un endroit ou y a pas
11 de chauffage, y a pas tous les médicaments pour lui donner tout de suite. Je pense
12 comme même que les médecins disent, bon ben on va le garder, au moins une nuit, voilà.
13 Si, je pense que ça, ça doit se faire.
14
15 IR : Et si vous les garder pas, t'imagines que ça se passe comment dehors ?
16
17 IE : Ben je pense qu'ils rentrent, qu'ils ont des logements euh, des caravanes, des
18 voitures. Ben, je pense qu'ils retournent dans leur caravane.
19
20 IR : Ils viennent toujours (dans cet hôpital)?
21
22 IE : Oh, je pense qu'il y en a dans tous les hôpitaux. Oui, je pense qu'il y en a dans tous
23 les hôpitaux. Ceux qui sont pas loin, c'est ce que j'imagine. Moi, j'habite pas dans le coin
24 donc je vois des caravanes sur les rond-points, sur les espaces verts dans le coin, je
25 pense que c'est ceux qui sont là qui viennent ici. Ceux qui sont près (d'un autre hôpital)
26 ils doivent aller là-bas. J'ai l'impression, je pense que dans tous les hôpitaux, il y a des
27 cas sociaux, qui viennent dormir au chaud. Quand il fait très froid, ça arrive qu'ils
28 viennent avec leurs enfants, peut-être qu'ils prétextent une température ou une toux
29 persistante, tout simplement pour que leur enfant dorme à l'hôpital, et puis qu'il soit en
30 sécurité. Je pense que voilà, ça doit arriver ça, l'hiver.
31
32 IR : des cas sociaux ?
33
34 IE : cas sociaux, ben c'est pareil. Peut-être pas toujours le fait qu'ils vivent dehors,
35 mais c'est parfois des mamans en difficulté, qui n'ont plus d'argent. Ou des couples qui
36 se battent, ou dont y a un mari qui boit, ou un mari qui frappe sa femme, ils viennent ici,
37 pour se mettre à l'abri aussi. Ils disent pas toujours tout de suite pourquoi. Ils
38 prétextent une petite maladie à leur enfant, et puis après on sent qu'ils ont envie de
39 rester parce qu'ils sont inquiets. Ils le disent pas en général.
40
41 IR : Et ces enfants Roms justement, ils ont beaucoup de petites maladies ?
42
43 IE : pfff, Il y a des chroniques comme tout le monde, les bronchiolites, oui, il y a
44 beaucoup de petites maladies, des gastro⁸, des bronchiolites... hmm... Puis on s'aperçoit
45 qu'ils sont pas très gros, ils ont pas toujours tout ce qu'il faut en nourriture... (silence)
46
47 IR : Ils sont pas très gros ?

⁸ Gastroentérite virale.

1
2 IE : Ben, c'est rare qu'ils soient obèses (rires). Non, mais en général ils ont des tailles
3 plus petites que la moyenne, ils ont pas des courbes de poids qui augmentent en flèche,
4 c'est des petits gringalets souvent. Je pense qu'ils ont pas tout... le lait de croissance, les
5 vitamines, hein, on leur donne pas de fer, pas de calcium, pas comme il faut hein. Voilà.
6
7 IR : Et ça, vous les mesurez systématiquement ici ?
8
9 IE : Non, le poids mais la taille... Enfin, le médecin s'en charge, le médecin se charge
10 de nous le demander. Mais systématiquement on ne les mesure pas. On ne fait qu'à la
11 demande.
12
13 IR : Les courbes de croissance, ils ont des carnets de santé ?
14
15 IE : Non, ils en ont pas souvent. Non, ils en ont pas souvent.
16
17 IR : Pour le suivi, tu penses que c'est plus compliqué ?
18
19 IE : Ben oui, ben oui c'est compliqué, parce comme ils ont pas de carnet de santé,
20 qu'ils savent pas trop s'exprimer, en français, on sait pas le poids de naissance, on sait
21 pas si c'est des anciens préma⁹, s'ils ont été malades avant, non, on sait pas grand chose.
22 Bon, on en a qui arrivent ici dès la naissance, hein, ils ont un mois ça y est, ils viennent,
23 c'est écrit dans leur dossier, mais ceux qui viennent, qui ont 7-8 ans, on le sait pas.
24
25 IR : Et ça change quoi ?
26
27 IE : Ca change quoi ?
28
29 IR : Est-ce que ça change quelque chose ?
30
31 IE : Moi, euh, pffff, non. Non, parce que si ils viennent ... On pense toujours, je sais
32 pas, si on sait qu'un enfant a des antécédents d'infection urinaire, si on nous le dit, ben
33 on va faire une analyse d'urine. Sérieusement, non s'ils ont de la fièvre on fera aussi
34 l'analyse d'urine sérieusement. Par contre on peut contrôler des prises de sang, pour
35 des chroniques, on peut contrôler quelques fois, profiter quand ils viennent, pour
36 contrôler le bilan sanguin, et là si on le sait pas on peut pas faire un contrôle,
37 systématiquement. Le fait de venir à l'hôpital, on pourrait se dire ben tiens, on va
38 reconstruire. Je sais pas moi, son diabète, ou ... Voilà. S'il y a du diabète dans la famille, là
39 aussi ça peut être marqué dans le carnet de santé, que là... y a rien.
40
41 IR : Est-ce quand ils sortent d'ici, est-ce que vous les orientez vers d'autres
42 structures ?
43
44 IE : Non (silence), non. Enfin, peut-être que les médecins le font, mais nous, moi en
45 tant qu'auxiliaire, ou les infirmières j'ai jamais entendu qu'on les orientaient vers
46 d'autres structures. On sait que pas loin d'ici comme même il y a un cabinet médical où

⁹ Prématurés (enfants nés avec 36 semaines de grossesse)

1 les gens qui ont pas de ressources, Médecin sans je sais pas quoi, Médecin sans quelque
2 chose...

3

4 IR : Médecin Solidarité Lille

5

6 IE : Oui, c'est ça. Là on leur dit, la prochaine fois qu'il a un rhume, vous pourrez aller,
7 ça, l'adresse leur est donnée. Mais pour une crise d'asthme, il faut venir ici, hein.

8

9 Fin de l'entretien

10

11 IE : Aye ?

12

13 IR : Ben oui, je pense. C'est bien, là c'est vraiment juste des entretiens et...

14

15 IE : En fait tu veux savoir qu'est-ce qu'ils deviennent ces gens, les Roms, on dirait
16 qu'ils t'intéressent plus que les autres, on dirait. Ouais, et puis...

17

18 IR : Je voulais pas en parler au début, mais...

19

20 IE : Non mais, tu enfin, y a rien pour eux, y a rien pour eux. Ou alors il y a des choses
21 qui existent pour eux, et on est pas au courant ?

22

23 IR : Alors, j'essaye de voir justement, ce qui existe, alors c'est plus, j'étudie plus, le
24 sujet de la thèse, c'est voir s'il y a des aprioris sur les populations Roms et si ça affecte le
25 soin.

26

27 IE : Non, oh, non. Ils attendrons pas plus qu'un autre, ils auront les mêmes soins, j'ai
28 dis, pour les repas on élargit un peu. Pour un biberon, on donne aussi, oh, non, aucun...
29 Non, je trouve aucune différence, aucune. On se méfie pas plus d'eux que d'autres.

30

31 IR : Et pour l'éducation, ça se passe comment, parce que je sais que les auxiliaires ont
32 un rôle important dans l'éducation.

33

34 IE : Ben avec des dessins, pour un suppo, je montre un suppo. Pour la montre, je
35 montre ma montre, voilà, je fais comme ça, pour la température, je veux dire, on essaye.
36 Pour les laits, combien y mettent de mesurette de lait dans l'eau, parce quelques fois,
37 faut pas donner un lait allégé non plus. Donc ça, je lui montre, je fais un trait sur le
38 biberon. Je dis une mesurette pour ça, une mesurette pour ça, et après des dessins. Des
39 traits sur les biberons, des traits sur la montre. Voilà.

40

41 IR : Beaucoup de lait en poudre ?

42

43 IE : Oui, ils ont des laits en poudre.

44

45 IR : Et pour les nourrissons ?

46

1 IE : Alors là je vais te dire, je ne sais pas comment ils font ? Ben les mamans elles
2 allaitent c'est vrai, elles allaitent jusqu'à perpet¹⁰. Les mamans elles allaitent jusqu'à
3 perpet. C'est vrai.

4

5 IR : perpet ?

6

7 IE : Ca veut dire qu'elles allaitent tout le temps qu'elles peuvent, c'est toujours ça de
8 gagné. C'est bon pour le gosse. Souvent, elles allaitent, oui. Les tous petits, elles
9 allaitent en général, mais je pense, que si il y en a qui ne peuvent pas allaiter, comme les
10 femmes de chez nous. Y a des femmes qui ont pas de lait, à ce moment là, je ne sais pas
11 où ils vont chercher leur lait. Les restos du cœur, c'est pas pour eux, je sais pas.

12

13 IR : Et l'interaction entre les parents Roms, et les enfants pour toi ?

14

15 IE : Ben, je te dis, c'est toujours la langue je te dis, on ne peut pas communiquer,
16 quand les gens parlent comme moi, ben ça va, pareil. C'est sur qu'après avec la langue,
17 on fait pas des discours, c'est sûr. Mais on s'exprime avec des sourires, avec une main
18 sur l'épaule, pour montrer, ben voilà comme même ou ça doit se voir dans notre
19 comportement, qu'on comprends, qu'on est là pour les aider, que voilà on peut pas
20 raconter...

¹⁰ Perpétuité.

1 **D004**

2 **14/04/2011**

3

4 IR : Comme ça on est obligé d'enregistrer et puis après de retranscrire, je vais taper tout
5 ce que tu dis, tout ce que moi je dis et heu... et donc c'est vraiment sur ta pratique ici
6 donc si je te pose des questions, il n'y a aucune question piège, c'est sur ton interaction
7 surtout avec les enfants, ton métier ici et je le fais avec tout le monde en fait, donc C. qui
8 est auxiliaire de puériculture, toi qui est infirmier et puis après les internes, tout ça.
9 Donc voilà. C'est juste des questions, au fur et à mesure je vais te poser d'autres
10 questions donc on va commencer. J'aimerais savoir quel est ton métier ici ? Quel est ton
11 boulot ?

12 IE : Mon boulot ici ? Donc heu... ben moi infirmier ici, mon boulot en gros, consiste
13 principalement, à accueillir, à accueillir les enfants. Donc heu... accueillir ça peut -être...
14 faire... accueillir tout simplement, donc on les prend dans les box, on, on voit ce qu'ils
15 ont, on essaye de... on essaye déjà de, de faire le tri de ce qui est une urgence vitale, par
16 exemple tout ce qui pourrait le devenir et ce qui peut attendre un petit peu. Enfin, voilà
17 des, ce qu'on pourrait appeler des consultations par qu'en pédiatrie, je trouve que quand
18 même c'est, les urgences y a pas une grosse partie, c'est de la consultation quoi. Des
19 choses qui pourrait être en ville. Donc je pense que notre rôle ça, c'est de faire, enfin moi
20 mon rôle, je l'imagine comme ça, c'est déjà premièrement de faire ce rôle de triage en
21 fait.

22 Heu, deuxièmement, bon après il y a toute une partie accueil, installation de
23 l'enfant et un petit peu plus loin, j'estime, moi ce que j'essaye de faire, alors je sais pas si
24 ça sert à chaque fois, ce que j'essaye de faire c'est de préparer au maximum
25 l'intervention du médecin. Donc j'essaye d'avoir des infos. Dès le début, sur, comment je
26 dirai, ce qu'on appelle une démarche de soin, maintenant on peut appeler ça autrement
27 mais heu, donc on fait l'histoire de la maladie, faire un entretien normal, en faisant
28 attention quand même à pas aller trop trop loin parce que souvent, j'imagine plus ou
29 moins ce que les médecins vont poser comme questions après, donc j'essaye qu'il n'y ait
30 pas dix fois les mêmes questions qui soient posées quoi. En particulier quand c'est des
31 prises en charge un peu psy, avec une psychologie, des choses comme ça, j'évite d'aller
32 trop loin, quoi, pour pas fatiguer les gens. Tout simplement.

33 Donc voilà ça c'est, pour moi c'est la partie la plus importante, enfin pour moi ce
34 que je considère le plus essentiel. Donc repérer les traitements qui ont été pris et après,
35 il y a les fameuses prises de constantes. Mais pour moi, je dis c'est pas ça mon boulot, tu
36 vois, enfin je considère que ça fait partie de mon travail mais je considère que ce n'est
37 pas l'essentiel, je suis pas là juste pour dire, prendre des poids, des températures et heu
38 et faire que ça. N'importe qui peut le faire quoi. Je me dis que, il faut, notre rôle il vaut
39 plus que ça, c'est vraiment de faire une bonne préparation et je pense qu'après si les
40 médecins lisent les dossiers, ce qu'on a mis dedans avec nos observations, déjà je pense
41 que ça peut déjà, ça peut déjà remplir une partie de ce que eux ont à remplir. Ça peut
42 peut-être leur éviter de poser certaines questions aussi. Encore faut-il que certains le
43 lisent quoi (rire).

44 Donc voilà, après, la deuxième partie, bien sûr c'est une partie un peu plus
45 technique, donc on va réaliser les actes, tous nos actes, soit sur notre rôle propre, soit
46 sur prescription ou en collaboration, donc tous les actes qui sont conseillés de faire.

1 Donc ça peut aller de la prise de sang, ça peut aller, les trucs tout simple, les DRP¹, en
2 passant par du nursing, enfin vraiment... et après il y a également un petit rôle, qui est
3 difficile à tenir, mais bon, un petit rôle je dirai d'accompagnement, des enfants, des
4 familles... parce que bon, souvent, les gens je pense qu'ils sont pas, pour certains un peu
5 impressionnés, par le docteur, tout ce que ça représente, donc ils n'osent pas forcément
6 poser toutes les questions ou heu... des fois, les médecins ont pas trop le temps donc ils
7 parlent vite et souvent nous on réexplique derrière, avec la traduction en français quoi
8 (rire) parce que par moment, enfin voilà je pense que ça c'est la troisième partie, un
9 petit peu, pour terminer la prise en charge quoi. Donc ça ce serait dans le cadre d'un
10 enfant qui sortirait. Après on peut aussi avoir un rôle d'accompagnement dans des cas
11 plus graves. Là je parle vraiment d'une manière un peu générale.

12 IR : Ah, tout à fait.

13 IE : Dans les cas plus graves quand il y a des, voilà, des annonces douloureuses qui sont
14 faites, autour d'un cancer ou autour d'une pathologie... on va tenter de, pareil, de faire
15 parler les gens, d'essayer aussi... parce que c'est vrai, c'est un cadre, c'est difficile, aux
16 gens, de pouvoir évacuer un petit peu quoi. Et en plus la structure elle est faite qu'on n'a
17 pas vraiment d'endroit pour le faire. On n'a pas vraiment de salles qui servent à ça...

18 IR : Pour discuter ?

19 IE : Ouais. Ça c'est un gros manque ici, je pense. Donc voilà, après il y a aussi une autre
20 partie, heu... alors là je dirai, ça dépasse même par moment notre rôle officiel légal mais
21 bon des fois on se sent un peu obligé de le faire, c'est heu, je dirai, quand il y a des
22 urgences vitales, ça arrive, ça arrive même souvent, quand on sent qu'il y a, ben voilà
23 que tout le monde est au, qu'il y a beaucoup de monde, que les internes sont occupés,
24 que le chef, il est occupé ou on sait pas où il est, ben ça arrive qu'on prenne nous mêmes
25 les initiatives. Quand c'est un sujet qu'on maîtrise ou qu'on... parce qu'on a pas, on n'a
26 pas eu les années d'études qu'un médecin a eu, on a, ben, ce qu'on a vu quoi, c'est tout, je
27 dirai, donc, c'est sur que pour des trucs un peu complexe ou des choses un peu vicieuses,
28 bon, on saura pas, mais pour des choses, ben on pourrait prendre un exemple classique,
29 je sais pas on peut prendre, une crise d'asthme ou une drépano², une crise de drépano
30 aigüe, on connaît la prise en charge plus ou moins, on sait qu'il faut hydrater, on sait qu'il
31 faut calmer la douleur, on sait qu'il faut, donc c'est arrivé, ça m'est déjà arrivé, pas plus
32 tard que dimanche, que l'interne il est rentré, on avait déjà tout fait, quoi. Il avait déjà eu
33 l'antalgique, il avait déjà eu la perf, la perf était déjà réglée, était déjà calculée, enfin voilà
34 y avait déjà le bilan de fait. Mais je pense que c'est important aussi parce que ça permet
35 de gagner du temps et ça permet, ça soulage en plus le médecin parce que toutes ces
36 tâches là, lui ça lui permet de faire autre chose, je pense. Enfin moi dans mon idée, dans
37 mon idéal ce serait qu'on puisse faire tout ça, ce qui permettrait au médecin de, ben de
38 chercher autre chose, enfin, de pas être focalisé sur le début, le début on le gère et puis,
39 et puis eux, ils peuvent trouver les causes, ils peuvent trouver... parce que ça je pense ça
40 doit bien... enfin voilà je pense qu'on a un rôle de collaborateur plus que pour un
41 exécutant. Et puis après j'ai un rôle d'encadrement, un petit peu des étudiants, peut-être
42 parfois un peu de certains externes quand ils arrivent pour leur montrer comment on

¹ Désobstruction rhinopharyngée.

² Drépanocytose

- 1 fait les plâtres, des choses comme ça, parce que les internes ont pas forcément le temps,
2 donc voilà à peu près le boulot que je fais ici (rire).
- 3 IR : Et, alors, les informations que tu recueilles ?
- 4 IE : C'est à dire ? Par rapport au malade, par rapport à l'enfant ? Qu'est-ce que je
5 recueille comme information ?
- 6 IR : Mmmm.
- 7 IE : Quand l'enfant arrive, évidemment la première information, c'est pourquoi ils
8 viennent, bien sûr. C'est pourquoi ils viennent et l'âge, c'est le premier truc bien sûr
9 qu'on cherche. Ça joue sur notre notion de gravité à nous. Après, enfin c'est compliqué
10 parce que, c'est un peu compliqué comme question parce que ça change, ça peut être... si
11 ça va être un trauma, franchement les informations, elles vont pas être... par exemple je
12 vais pas en prendre beaucoup, ça va être ben qu'est-ce qu'il a, comment il a fait son
13 compte, est-ce qu'il a pas cogné sa tête, enfin, déceler quand même, éviter qu'il n'y ait
14 pas de choses graves derrière, parce qu'il faut toujours soupçonner quelque chose de
15 grave, je pense, malgré tout, mais heu... on va pas faire un truc de vingt minutes quoi. Il a
16 mal là, bon ben c'est tout, je vous envoie le médecin et puis il regardera et puis...
17 Maintenant quand c'est, je sais pas, des gastro, des choses comme ça, on essaye d'aller
18 plus loin, on essaye d'en savoir plus sur l'histoire de la maladie, s'il l'on eu déjà, l'histoire
19 de la maladie, les traitements qu'il avait eu depuis, comment il réagit à la maison, et vu
20 que se sont des enfants, il y a des choses en plus qu'on recherche. On parle alimentation,
21 on parle vie familiale, on essaye de savoir si dans la famille, est-ce que le gamin il est,
22 est-ce que dans la famille on peut s'en occuper du gamin. Est-ce que la mère elle est pas
23 débordée, elle a pas cinq gamins à s'occuper en même temps, est-ce que justement ces
24 enfants là, ils sont pas malades, s'il y a des frères et sœurs, est-ce qu'il est gardé par la
25 mère ou est-ce qu'il est en crèche. Il suffit qu'il ait une méningite, c'est bien de savoir s'il
26 est en crèche ou pas quoi, pouvoir prévenir. Enfin voilà, on essaye quand même de
27 savoir une dimension sociale, on pose ces questions là aussi quoi. Enfin moi je les pose,
28 en tout cas. Tu vois je pose beaucoup de questions (rire) malgré tout. Mais je ne
29 m'amuse pas à commencer à rentrer dans des détails, voilà, par exemple les antécédents
30 médicaux ils me les disent en gros mais je cherche pas, après à demander, tu sais des
31 détails plus médicaux, parce que ça sert à rien. Je prends, j'essaie de prendre que ce qui
32 est utile, quoi.
- 33 IR : la dimension sociale ?
- 34 IE : la dimension sociale, justement c'est ça, c'est déjà... bon, on le voit. On essaye de faire
35 un peu abstraction de l'habit, on va dire, mais malgré tout, ça joue quand même quoi.
36 Déjà on le voit sur le dossier, on va faire l'administratif, on prend le dossier, parce que
37 c'est souvent par là qu'on commence. Je vois les prises en charge sur le dossier, déjà je
38 vois à peu près, par la prise en charge on sait déjà un petit peu, ben... niveau social
39 comme le niveau financier par exemple chez les gens, pour leur prise en charge, pour les
40 traitements, est-ce que l'enfant a un suivi régulier à côté ou pas, si il est en PMI³, c'est
41 cette partie là que je regarde beaucoup.
- 42 IR : Tu les vois comment ?

³ Protection maternelle et infantile

1 IE : Ben sur le dossier tu as la sécu déjà, t'as le numéro de sécu qui s'affiche, tu as les
2 mutuelles, à force on connaît les mutuelles. Donc par exemple on connaît les mutuelles
3 des catégories de la police, on connaît les mutuelles des fonctionnaires, on connaît les
4 mutuelles que les profs prennent. Après on connaît aussi la CMU et des fois il n'y a pas
5 de mutuelle du tout. Alors dans ces cas là on demande est-ce que, dans ces cas là on
6 demande est-ce qu'ils ont oublié leur carte parce que ça peut arriver, du coup c'est pas
7 inscrit mais, des fois s'ils ont pas oublié leur carte, des fois ils le disent. Après l'autre
8 partie c'est que si la personne à qui on s'adresse, elle est heu... on voit qu'elle est
9 étrangère, mais vraiment, enfin je veux dire, qu'elle ne sait pas parler français, c'est dans
10 ce sens là que je le dis, hein, c'est pas, c'est pas sur l'immigration, mais c'est vraiment...
11 Ben on va déjà essayer de savoir ben où le gamin il est né quoi. S'il a trois mois et puis
12 qu'il est né dans un autre pays, la prise en charge ici (rire) voilà. Et puis les gens, s'ils
13 sont venus ici c'est peut-être parce qu'ils avaient pas un rond chez eux et que... Enfin, on
14 le voit comme ça, c'est un petit peu, un petit peu sur le dossier et beaucoup par, un petit
15 peu, un peu d'entretien, pas mal de déduction quand même quoi. Enfin, de déduction, de,
16 de suspicion, enfin pas de suspicion, je ne sais pas comment expliquer ça. Enfin on va
17 rester à déduction quoi.

18 IR : expliquer quoi ?

19 IE : Parce que je veux pas, si tu veux, je veux pas... ce qui est sûr c'est qu'il faut mettre ses
20 apriori de côté quoi quand t'essayes de comprendre ce qu'il se passe mais parfois c'est
21 pas évident. Surtout quand tu commences à être un peu crevé, la patience au bout du
22 cinquantième enfant, des fois tu fais vite des conclusions, tu peux vite faire des
23 conclusions hâtives. Tu vas dire oh ceux là c'est des cas soc', enfin tu vois, après...

24 IR : C'est quoi au juste ces apriori ?

25 IE : ben, les apriori, heu... les aprioris qu'on peut avoir c'est ce qu'on... bon après ça ça va
26 varier chez les gens. Moi j'ai un esprit assez critique, donc j'estime que j'en n'ai pas de
27 trop mais malgré tout, c'est surtout des aprioris par rapport aux gens qu'on connaît pas
28 quoi. C'est normal tu connais pas donc. Avant je venais d'arriver ici, bon j'avais déjà eu
29 l'occasion de travailler en banlieue parisienne, (...). Là-bas, la population c'est toutes les
30 langues, tous les pays, toutes les religions, donc c'est bon, j'ai eu l'occasion de connaître,
31 enfin j'ai pu connaître ces cultures là. Ce qui fait que je connais un peu, je suis un peu
32 sensibilisé aux différentes cultures. Après, ben oui, il y a des populations, des
33 populations des pays de l'est, ces populations qu'on connaît moins quoi. Tu prends, ben
34 des gens qui viennent beaucoup ici, ben toi qui est à MSL⁴, les roumains et tout.

35 J'essaie, enfin j'essaie de comprendre comment ils, enfin tu sais comment ils
36 fonctionnent mais c'est vraiment une culture qui est fort opposée à la notre et c'est des
37 fois, c'est compliqué quoi. C'est compliqué, on se dit alors, le premier apriori au début on
38 se dit, mais ils s'occupent pas de leur gamin, tu vois tu pourrais dire, parce qu'ils
39 arrivent, ils sont tout sales, machin. Après tu dis, ben ouais mais en même temps s'ils
40 sont dans la rue à jouer au football, ils risquent pas de pouvoir acheter du bon gel
41 douche... mais voilà... après tu peux te demander, après il y a des histoires de familles,
42 des cultures familiales, pourquoi est-ce qu'ils débarquent à dix alors que le gamin il a
43 juste, il tousse quoi. Enfin voilà, c'est des apriori comme ça. Après quand tu commences

⁴ Médecin solidarité lille

1 à comprendre tu les connais un peu plus, tu peux les dépasser mais il faut qu'on
2 t'explique aussi quoi. Tant qu'on t'explique pas tu as des aprioris quoi.

3 IR : ça se passe comment ici ?

4 IE : c'est à dire ?

5 IR : avec justement, par exemple, tu prends au box, t'as une famille Roms qui arrive, ça
6 se passe comment ? A l'accueil ça se passe comment ?

7 IE : ben alors, j'ai remarqué que, il y a deux possibilités, enfin ouais, il y a deux grosses
8 possibilités, je pense. Une partie, la famille elle va être assez agressive, d'entrée de jeu,
9 monsieur il a ça, monsieur il a ça, etc. Au début je me sentais un peu agressé, maintenant
10 je me rends compte que c'est un peu leur façon de parler quoi, des fois, j'ai l'impression.
11 Donc heu. Et puis des fois je leur réponds sur le même ton parce que... enfin j'ai pas,
12 enfin au début c'est parce que j'avais l'impression de me faire agresser et puis je me suis
13 rendu compte que c'était un peu leur façon de parler et puis je leur réponds sur le même
14 ton et puis ça passe et puis ils ont pas l'air d'être choqué plus que ça et puis du coup,
15 d'ailleurs j'ai l'impression que ça passe mieux des fois, que d'être un peu, un peu
16 mielleux quoi je dirai.

17 Donc première catégorie, c'est comme ça se passe et c'est ce que je fais, je viens
18 de te répondre, bon je réponds sur le même ton, j'essaye d'être assez directif pour...
19 voilà pour que ça avance quoi. Parce que des fois, ils parlent, ils parlent, ils parlent mais
20 ici t'as pas le temps, il faut, enfin voilà, il faut enchaîner quoi. Il y a plein d'autres enfants
21 à voir. Ils ont tendance à vite te prendre beaucoup de temps quoi. Parce qu'ils sont
22 demandeurs, mais en même temps, il y a la barrière de la langue, alors pour expliquer,
23 c'est... la barrière de la langue c'est infernal, déjà, y aurait pas ça, ça nous aiderait
24 beaucoup. Des fois on aimerait bien avoir un interprète, tu vois qui...

25 Après deuxième possibilité, c'est l'inverse, c'est un peu les gens, vachement
26 effacés. Je dirai, ouais, qui font tout malheureux quand tu les vois quoi. Et ben un peu
27 comme, on a un petit patient à côté, c'est ça la maman, elle arrive, et ça aussi c'est
28 choquant ça par exemple. La maman arrive avec, heu des hommes, on sait pas qui c'est
29 d'ailleurs, et souvent c'est ça le problème, on sait pas qui c'est qui accompagne, et c'est
30 compliqué, t'arrives pas à savoir qui c'est, tu sais même pas si tu dois les croire ou pas.
31 Et là dessus, enfin dans mon passé, j'ai bossé dans un centre de rétention, en
32 administratif, je faisais de l'interim, et j'ai découvert qu'en fait, les mecs ils peuvent te
33 raconter n'importe quoi en fait. Tu sais pour, pour éviter de, parce qu'ils doivent
34 s'imaginer qu'on est tous en train de les guetter et puis dès que... si on dépiste que c'est
35 un clandestin, je sais pas quoi, on va appeler la police ou enfin voilà mais heu. Enfin c'est
36 des gars qui me racontaient ça, quoi, là-bas. Je pense que des fois ils doivent raisonner
37 aussi un peu comme ça parce que un coup c'est le père, un coup c'est plus le père, un
38 coup c'est l'oncle, enfin tu vois, c'est un truc de dingue. Surtout qu'on les voit souvent
39 donc à force, les têtes tu les, tu les retiens quand même, donc voilà.

40 Et puis cette dame par exemple, elle est lâchée là, les gens sont assez agressifs
41 avec et puis tout le monde se barre et ils laissent cette femme avec les deux gosses et
42 personne vient amener à manger, personne vient s'en occuper, personne vient donner à
43 boire, enfin, tu vois tu te dis... d'un côté t'es triste et d'un côté t'es un peu en colère, tu te
44 dis, enfin c'est quoi... on s'occupe de l'enfant, à la limite du parent, mais là t'as deux
45 gosses des fois dans la chambre donc tu t'en occupes forcément, tu leur donnes un peu à
46 manger, tu, mais heu, mais tu vois, c'est abus... c'est, c'est vache quoi la famille, elle

1 remplit pas son rôle à ce niveau là quoi. Est-ce qu'ils ont les moyens, j'en sais rien, mais
2 voilà.

3 IR : c'est quoi ce rôle ?

4 IE : ben la famille, de soutenir ! tu vois, moi je me dis, ta femme heu, enfin ton gamin il
5 est malade, t'amènes ta femme à l'hôpital avec ton gamin, toi tu dois bosser ou t'as des
6 trucs à faire, bon des fois t'es obligé de partir pour une raison X ou Y, mais tu reviens, tu
7 apportes un soutien, tu viens au moins essayer de donner un truc à manger même si t'as
8 pas grand chose, tu tentes quand même de ramener quelque chose à manger à ton
9 épouse, tu vois, enfin voilà, c'est ça, un soutien comme ça, et puis après un soutien, et
10 puis après tu viens voir, ne serait-ce que pour, enfin j'ai vu des gens rester une semaine
11 toute seule quoi. On avait un enfant ici avec une voie centrale, dans cette chambre, avec
12 une voie centrale, enfin le gamin il a failli, il a failli mourir, la dame elle était, enfin voilà,
13 elle en a pris plein la tête pendant deux jours, entre les voies centrales, le passage au
14 bloc, les trucs, enfin le gamin il était vraiment dans un état, il était limite, il aurait pu
15 aller à Jeanne de France, cet enfant, on l'a gardé, je sais même pas pourquoi on l'a gardé,
16 mais heu, bref, pour une fois ici, on se serait cru en réa presque ici.

17 La dame, personne n'est jamais venu la voir. Elle a passé une semaine ici en
18 UHCD⁵, une semaine là quoi. On avait réussi avec une assistante sociale à lui faire avoir
19 un plateau. Tu vois c'est ça qu'est choquant en fait et c'est à cause de ça qu'on a des
20 aprioris par moment, tu vois. Donc la prise en charge sociale, c'est quand même quelque
21 chose, on n'est pas formé à fond là-dessus, on est formé à regarder les prises en charge
22 sur le côté médical mais après, formé à la compréhension de tout ce qui se passe autour,
23 on n'est pas éducateur par exemple, tu vois, on n'est pas assistante sociale. On n'a pas,
24 déjà, voilà, on n'a pas les connaissances acquises, on n'a pas la sensibilisation à tout ça.
25 Tu vois. C'est compliqué.

26 IR : Et le soin ça se passe comment ?

27 IE : En général ? Quel que soit l'enfant cette fois-ci, donc pas heu ?

28 IR : Comme tu veux.

29 IE : Alors, le soin comment ça se passe...

30 IR : On va parler de ces enfants là.

31 IE : De ces enfants là ? ça se passe globalement bien. Je pense que, il faut la, on leur
32 explique et en général ils laissent faire les soins. Déjà, ils laissent faire, ils sont coopérant
33 sur les soins. D'ailleurs, ils sont bien plus coo... c'est moins malsain l'ambiance que des
34 fois avec des familles dites de chez nous qui auraient tendance à s'imaginer qu'on va leur
35 injecter des trucs ignobles à leurs enfants et qu'on va faire plein d'examens bizarres,
36 enfin tu vois, c'est moins malsain comme truc, c'est moins suspicieux par rapport à ce
37 qu'on fait. Je pense qu'ils font relativement confiance. Maintenant, c'est un peu comme
38 tout les parents, si tu piques dix fois, au bout d'un moment ils pètent un plomb, c'est
39 normal. Moi j'ai déjà fait des soins à une enfant, une famille, dans une catégorie un peu
40 agressive on va dire, voilà on a piqué, ils étaient vachement compliant sur les soins,
41 pourtant la pauvre elle avait des aérosols à n'en plus finir à n'en plus finir, enfin c'était
42 infernal, ben ils les faisaient quoi. Alors évidemment ils avaient pas une attitude très
43 conventionnelle par rapport aux autres personnes, ils avaient tendance à aller se

⁵ Unité d'hospitalisation de courte durée

1 balader, mais les soins en eux-mêmes, ils étaient fait quoi. Ils viennent prendre des
2 soins, ils reçoivent... Ben enfin, ils viennent pas comme certaines familles, bien
3 françaises, là qui viennent chercher du soin et quand tu veux le faire, ils te mettent des
4 bâtons dans les roues toutes les cinq minutes, parce que, pourquoi, vous faites ça,
5 pourquoi vous faites ci, ah bon je viens aux urgences, on va lui faire une prise de sang
6 mais comment ça se fait, ben on est aux urgences madame, tu comprends ce que je veux
7 dire, c'est ça quoi. Moi je préfère faire des soins, c'est ce que je dis souvent, je préfère
8 faire des soins à des gens qui sont comme ça parce qu'ils viennent chercher, ils l'ont, ils
9 comprennent. Et puis nous on n'est pas malveillant envers les enfants, on fait pas des
10 soins pour le plaisir, moi si je peux éviter de faire piquer un enfant, j'te jure je fais tout
11 pour pas le piquer. Voilà donc c'est... je suis pas là pour torturer les gosses, ou pour
12 être... c'est pas mon trip, je kiffe pas mettre des caté⁶ quoi. Donc voilà (rire). Voilà les
13 soins, sinon... ben, je te dis, globalement ça se passe bien. J'aime bien faire des soins
14 quoi.

15 IR : L'attitude pas conventionnelle c'est quoi ?

16 IE : L'attitude pas conventionnelle, ben je dirai, pas culturellement conventionnelle. C'est
17 à dire... par exemple des gens... on va prendre... la catégorie des politiciens, il y a la
18 classe moyenne, classique, un peu cultivée. Tu leur dis, asseyez vous la monsieur, le
19 médecin va venir vous voir, après mettez vous là, le manip radio il va venir vous
20 chercher, ben ils le font, enfin, ils se posent. Eux ils ont un peu moins, je dirai un peu
21 moins de patiente, ils vont avoir tendance à aller se balader, aller à droite à gauche, aller
22 discuter, et puis tu as les copains qui arrivent, ils rentrent d'un côté puis de l'autre, enfin
23 ils sont... ici on brasse beaucoup de foule donc la notion de contrôle un peu des gens,
24 c'est important quand même. Savoir qui est où et à quel moment quoi. Et puis surtout
25 c'est porte ouverte sur la rue quoi. Pour la sécurité, on est obligé, enfin voilà t'es, t'es un
26 peu plus stressé au niveau sécurité ici que, tu vois t'as qu'une porte à passer, deux portes
27 à passer, t'es dans la rue avec un gosse quoi. Donc des gens qui se baladent par réflexe
28 t'aimes pas quoi. Surtout en pédiatrie, aux adultes ça me dérangerait moins, mais en
29 pédiatrie on aime pas trop quoi.

30 IR : t'as des souvenirs ?

31 IE : souvenirs de ?

32 IR : ou des expériences ?

33 IE : Ouais j'ai eu une expérience d'UHCD dans le 19ème là, (...) où j'ai failli me faire
34 enlever un gosse. Ça c'est fini, j'ai dû choper le mec moi-même, en plus un gros balaise,
35 qui sortait de psy, enfin une histoire glauque quoi, une histoire avec un mélange de psy,
36 de rupture familiale, enfin un truc ignoble. Un gars qui a réussi à se faire passer pour le
37 vrai père auprès de la cadre et moi je ne l'avais jamais vu, je venais de prendre mon
38 poste, la cadre elle m'amène un mec, elle me dit c'est le père de la petite qui est là, tu la
39 crois, c'est la chef quoi, enfin tu te dis c'est bon, tu fais confiance. Et deux secondes après
40 tu as un autre gars qui rentre et qui dit c'est qui ce gars là et tu te rends compte qu'en
41 fait le gars c'est le vrai père et là tu es en train, enfin voilà tu vois. Donc j'ai un peu plus
42 de stress parce que je sais que ça peut arriver quoi. Ça c'est fini avec les flics, avec,
43 enfin... Et donc c'est ça surtout moi qui m'embête, c'est, moi c'est dans ce principe là que
44 j'aime pas trop voir les gens se balader dans les couloirs.

⁶ Cathéter pour perfusion

1 IR : d'accord.

2 IE : Deuxième point c'est qu'ils viennent beaucoup, parfois, ils ont des enfants avec eux,
3 personne peut les garder donc ben le problème c'est que c'est des gamins... ici c'est déjà
4 un bon bouillon de culture quoi, alors si tu mixtes tout... je dis pas que ce sont des gens
5 qui sont potentiellement plus malades que d'autres, c'est pas ça que je veux dire... pour
6 eux comme pour les autres, ben eux aussi leurs gamins ils peuvent se choper la gastro
7 du ptit français qui se trouve... enfin ça marche dans les deux sens quoi. Donc après c'est
8 des gens qui vont, déjà qui galèrent avec un enfant alors s'ils sont tous malades c'est pas
9 mieux quoi, donc... c'est ça l'attitude pas conventionnelle, c'est ça. C'est que tu peux pas
10 les, tu peux moins les contrôler.

11 IR : Les patients roms ?

12 IE : Je trouve ouais. Parce que encore une fois c'est la barrière de la langue, ils
13 comprennent peut-être pas tout ce qu'on leur dit aussi. Et puis voilà, peut-être que je ne
14 sais pas comment ça se passe chez eux mais parce que c'est pas la même culture, enfin, je
15 pense que c'est ça aussi, on n'a pas la même... ici on est peut-être plus habitué à
16 respecter les choses, oh il y a le feu rouge, on s'arrête, enfin tu vois, tu vas en Italie, au
17 feu rouge ils ne s'arrêtent pas, c'est comme ça, ça dépend... il n'y a pas besoin d'aller en
18 Roumanie, enfin je veux dire (rire) enfin voilà c'est ça.

19 IR : La barrière de la langue ?

20 IE : Gros problème. Vraiment gros, gros problème. C'est... ça c'est le problème numéro
21 un je pense. Si on se comprends pas parce qu'on se comprends pas. Moi je suis quand
22 même assez tolérant mais bon voilà, je sais très bien que j'ai des collègues beaucoup
23 moins tolérants, ils comprennent pas, ils laissent tomber.

24 IR : T'as un exemple ?

25 IE : ça, ça peut jouer. Ben... quelqu'un qui est moins tolérant je dirai, sans citer personne,
26 il va faire l'entretien, le fameux entretien, l'histoire de la maladie etc. si il comprend rien,
27 la personne en face, il va pas chercher. Bon ben poids, températures, sachet, bande,
28 machin, allez hop, et je vous jette là et puis le médecin il se débrouille, en fait, c'est ça
29 quoi. Après tu peux tenter, après t'essayes, mais même en étant tolérant je dirai, ben y a
30 un moment tu peux pas quoi. Enfin je sais pas comment vous faites mais, comment vous
31 vous en sortez mais moi je sais que j'ai pas les armes pour essayer de... soit ils ont pas de
32 carnet de santé ou... enfin tu beugues sur... mais ça peut être aussi, enfin, les africains
33 aussi qui causent pas... ou simplement des anglais, enfin moi ça va je parle anglais, mais
34 des fois on a des anglais, les autres s'ils savent pas parler anglais, laisse tomber, hein,
35 c'est le carnage, hein. Oh, qu'est-ce qu'ils font là... ou des allemands tiens, moi imagines,
36 je me retrouve face à des allemands qui savent parler qu'allemand, moi je suis en
37 panique, j'peux rien... Mais bon en général ils sont bien bilingues eux alors il y a moyen
38 de négocier. Oui la barrière de la langue ici c'est vraiment embêtant. Et une fois, enfin...
39 on a dû placer un bébé ici et la mère elle parlait pas français. Ben là t'es bien, là c'est
40 double stress parce que là c'est un cas vital, t'arrives pas à savoir pourquoi il est comme
41 ça, c'est monstrueux, là j'avoue, c'est monstrueux et quand ça nous est arrivé, il a fallu
42 quelques temps avant que je m'en remette. Il a bien fallu deux trois jours et les filles
43 qu'étaient avec moi, elles sont parties en pleurant. Il y a rien de plus monstrueux que de
44 soigner un enfant et de pas comprendre ce qui se passe quoi. Il était en arrêt on savait
45 pas pourquoi. Un truc de fou quoi. Franchement, tu sais... tu sais pas quoi faire, enfin, tu
46 masses, tu fais les trucs de base mais tu sais pas pourquoi, donc heu, tu sais pas s'il faut

1 remplir, si faut pas remplir, tu sais pas si le cœur il est pas déjà en train d'exploser, c'est
2 horrible, donc t'es persuadé que tu as tout mal fait, enfin tu vois, c'est... ouais gros
3 problème, c'est dangereux même, je pense...

4 IR : C'est dangereux ?

5 IE : Je pense, ça peut être dangereux ouais. Ben oui, même un entretien classique,
6 j'imagine l'interne qui fait son entretien et le gamin il a, je sais pas, des antécédents
7 rénaux, je sais pas quoi, mais les parents ils savent pas le dire et toi tu prescrites des trucs
8 hépatiques mais tu sais pas, tu crois que c'est un truc bénin, tu prescrites des trucs qui
9 bouffent le foie ou quoi. C'est dangereux moi je trouve.

10 IR : Et vous faites comment ici, alors ?

11 IE : ben c'est difficile. C'est vraiment, je sais même pas comment... enfin les internes je
12 sais pas comment ils font, faudrait leur demander, je pense ce serait une bonne question
13 à leur poser mais heu... nous à notre niveau on se débrouille parce que par des signes on
14 arrive heu, mais alors même si on fait des signes qu'ils comprennent ce qu'on veut
15 savoir, ils répondent dans leur langue donc on comprend pas ce qu'ils disent donc ça
16 revient au même. Des fois, ils montrent, des trucs, c'est par geste, donc c'est encore de la
17 supposition, de la déduction plus ou moins. Ben, sinon à l'époque... de temps en temps
18 on a un chirurgien ici, heu ben qui vient de là-bas donc pour les roumains, en tout cas
19 dans ce cas là... de temps en temps il vient causer, sa femme aussi je crois qu'elle bosse
20 dans le groupe donc, de temps en temps, mais quand c'est demandé par un autre
21 médecin on peut pas se permettre d'aller l'appeler quoi. Mais heu... pour l'anglais il y a
22 toujours quelqu'un qui sait parler anglais quoi, moi j'arrive à me débrouiller, l'allemand,
23 c'est plus technique. En fait on galère. On fait comment, ben on galère quoi. On se
24 débrouille quoi c'est ce qui a un peu... il n'y a pas d'interprète quoi.

25 IR : L'accompagnement ça se passe comment ?

26 IE : Alors. Ben accompagner, ça peut être heu, une maman qui se retrouve, ben un peu
27 lâchée par sa famille, là quelque nationalité qu'elle soit, un peu lâchée par sa famille, des
28 cas de divorce, des cas de, une maman ou un papa, hein. elle est avec son gamin toute
29 seule, pareil, pas vraiment de soutien familial, ben, y a plus que nous hein. C'est à dire
30 quand elles sortent d'UHCD, elles sont angoissées parce que son gamin il a je sais pas
31 quoi, ben faut faire quelque chose, tu peux pas la laisser tout le temps, enfin c'est un peu
32 vache, nous on serait à leur place on serait content que quelqu'un aille causer avec nous
33 un petit peu quoi. Ça peut être un accompagnement de ce type là, après il y a aussi des
34 parents très stressés. Alors le problème des parents stressés, je trouve, c'est pas bon
35 pour l'enfant non plus, pour qu'il accepte les soins. Les parents, ils sont stressés, ben, ça
36 se communique, je trouve, ça se communique un peu au gamin. Donc du coup, heu... je
37 pense, enfin voilà, notre mission c'est de soigner l'enfant quoi et que le gamin, que la
38 mère soit malheureuse, je pense que le gamin le ressent, que les parents soient hyper
39 stressés, hyper flippés parce que c'est peut-être leur premier, ils ont trop regardé
40 internet, ils ont trop regardé le journal de la santé, j'en sais rien, ils imaginent qu'il a
41 toutes les maladies du monde, je pense qu'on doit jouer un rôle là-dedans... les faire
42 atterrir quoi, tu vois. Ça m'est déjà arrivé, la nuit d'avoir un petit qui avait une petite
43 gastro mais qui n'était pas, qui n'était pas méchante donc on n'avait qu'à le surveiller,
44 voir s'il vomissait, je lui ai fait une prise de sang, je lui ai mis une voie en plus, ça se passe
45 bien, on met la voie tout de suite, ça dure pas longtemps, mais attends, écoutes, la mère
46 elle a pleuré comme si, comme si on était en train de l'intuber et de le réanimer quoi.
47 C'était des pleurs comme ça tu vois, c'était pas juste le petit pleur, un peu, de panique,

1 c'était vraiment des gros pleurs où tu lui annonces qu'il a un cancer, tu vois vraiment.
2 C'est des pleurs que tu reconnais, tu vois, ce genre de pleur que les entends, tu t'en
3 souviens toute ta vie, ce genre de truc. Et heu, et c'est ce type de truc, je me dis, putain
4 (rire), arrêtez quoi ! Et le père qui ose pas trop, pourtant le père, grosse baraque, tu vois
5 qui, qui pareil, un peu tendu, qui osait pas trop, je pense que c'est la dame qui devait
6 avoir le dessus quoi. Et le monsieur, enfin, le soir, il était trois heures du matin, je sors
7 un biberon pour le gamin justement et il vient me voir, et il commence à me poser des
8 questions et puis là tu sens que c'est le moment d'agir quoi, donc tu dis, ben madame,
9 enfin voilà quoi, déjà tu dédramatises la situation, t'expliques, t'essayes d'expliquer un
10 peu la situation aussi ou de la réexpliquer parce qu'ils aiment bien avoir cinq versions
11 différentes avant d'être convaincus. Puis à la fin tu leur dis, même tu parles franchement,
12 je leur dis carrément, écoutez, faut vous détendre quoi, je fais, votre gamin il a même pas
13 un an, apparemment il a une gastro, vous êtes en panique mais dans deux ou trois ans il
14 sera en train de marcher, il va courir, il va galoper comme un fou, il va s'ouvrir le crâne
15 et puis à cinq ans il va se péter un truc parce qu'il a fait du vélo et à vingt ans, il va pas
16 rentrer parce qu'il était en boîte et il a trouvé une petite copine et il reviendra plus tard,
17 mais vous allez jamais vivre, vous allez jamais en profiter de votre gosse quoi. Le pire
18 c'est que c'est des gens qui nous ont remerciés après. Je te jure, à sept heure, je pars, le
19 père il m'a remercié cinq fois quoi. Donc je pense que c'est important quoi, ils étaient
20 plus, de temps en temps faut savoir... donc il y a ce rôle là et puis après il y a les enfants
21 tout seul parce que les parents ont des enfants, ça pourrait, c'est important aussi de
22 savoir ça, s'il y a grosse fratrie parce que du coup dans ta prise en charge, tu vas te dire,
23 déjà tu dis, si cet enfant il reste, il est tout seul, s'il est hospitalisé, tu prévois à l'avance,
24 tu vois, t'essayes de...

25 IR : Pourquoi il serait tout seul ?

26 IE : Ben des fois quand ils sont sept à la maison, tu vois une mère qui débarque toute
27 seule, y a pas de père, enfin tu vois pas le mari nulle part et qu'elle a déjà cinq gosses
28 avec, tu te dis qu'il n'est pas à la maison en train de garder les autres frères quoi. Ou
29 alors, des fois ils bossent mais bon souvent ça se passe, 98% des cas ça se passe comme
30 ça.

31 IR : Et dans ce cas ça se passe comment ?

32 IE : Ben alors c'est compliqué parce qu'on peut pas garder quand même huit enfants, ou
33 sept enfants, trois enfants dans une petite chambre comme ici. Comme ce que je t'ai dit
34 avant quoi. Si ils reviennent tous c'est parce qu'ils ont tous déjà une maladie et puis par
35 sécurité quoi. On ne peut pas gérer tous ces enfants, c'est trop compliqué et puis il suffit,
36 déjà on n'a pas le droit nous même, je suis sûr que s'il y avait le feu, on aurait les pires
37 ennuis. Des exceptions sont faites parfois.

38 IR : Lesquelles ?

39 IE : J'ai déjà eu le cas d'une dame qui s'était fait foutre dehors par son mec, une africaine,
40 avec ses deux gosses, chassée. La seule porte ouverte c'était l'hôpital, les urgences quoi
41 parce que le 115 il n'y avait plus de place, enfin elle ne connaissait pas le 115 mais je
42 veux dire, voilà la porte ouverte c'est les urgences. Elle se présente aux urgences adultes
43 d'abord, on voit l'IAO⁷ qui vient, l'assistante sociale me dit écoute, elle a deux enfants,
44 c'était même pas encore ouvert ici, d'ailleurs tu devais être encore ici, c'était même pas

⁷ Infirmier d'accueil et d'orientation

1 encore ouvert ici, et on avait des lits, encore des trucs, me dit bon écoute, je vais
2 négocier, j'avais pas le droit de les garder, hein, on n'a pas le droit, on n'a pas le droit
3 officiellement. C'était la nuit, j'ai négocié un peu, je savais que c'était une cadre qui était
4 cool, mais tu vois il faut beaucoup de paramètres pour que ça passe quoi. Y a une cadre
5 je savais qu'elle était cool, le médecin c'était (...) je crois... y avait pas de problème...
6 c'était un peu... c'était un peu plus dur vis à vis de mes collègues par contre, ils étaient
7 un peu plus bornés. Et heu... Je dis non, c'est bon, je prends la responsabilité, je mets
8 mon nom si vous voulez et puis, mais tu vois ça dépend des gens là, et heu, et on les a
9 gardé et on leur a dit écoutez, par contre à sept heures vous êtes dans le bureau de
10 l'assistante sociale et vous bougez pas. Mais voilà, on l'a fait quoi. On a trouvé à manger
11 aux adultes... mais c'est des cas voilà parce que, c'est des cas assez exceptionnels et puis,
12 je pense pas, on n'a pas, on n'est pas voué à être un centre d'accueil ici quand même
13 malgré tout. Moi il faut qu'il y ait des choses faites pour ça n le prend un peu pour le
14 soigner. On peut pas tout faire quoi. C'est pas possible. On n'a pas les moyens humains,
15 énergétiques on va dire pour le faire quoi et heu...

16 IR : Il y a beaucoup de famille qui se présentent pour ça ?

17 IE : Ben en hiver on en a quand même beaucoup, c'est pas non plus tous les soirs... on a
18 quand même... alors peut-être qu'ils sont pris en charge et que je ne les vois pas, ils sont
19 peut-être pris en charge par un IAO avant... mais souvent, parce que là c'était un cas où
20 ils avaient appelé l'assistante sociale, où ils avaient appelé le 115, il n'y avait plus de
21 place nulle part. Souvent on se sert du 115. C'est déjà arrivé, à l'époque c'était l'ancien
22 service, il y avait une grande salle d'attente, je sais pas, t'étais déjà arrivé quand il y avait
23 la grande salle d'attente ? La salle de jeu, pardon, pas la salle d'attente, la grande salle de
24 jeu ; enfin on avait une big salle de jeu qui prend quasiment toute la salle d'attente, tous
25 les box, tu vois la taille, quoi, voir même encore plus grande que ça. Ben on se servait des
26 tapis de sol, on leur donnait des couettes, ils dormaient là quoi, enfin souvent. Et on a eu
27 des cas aussi où, alors là c'est, je trouve ça très dégeu, je trouve ça vraiment... alors
28 parfois c'est un peu les gens qui abusent, parce que le classique trauma de cheville,
29 parce que j'ai mal à la cheville à trois heures du matin et je viens en ambulance, c'est un
30 peu dur à digérer mais alors il y a aussi un truc derrière qui est vraiment vache, c'est,
31 c'est le règne du fric, c'est que les ambulanciers ils ont tendance à donner des cartes aux
32 gens, puis disent pas de problème, ils vous feront un bon de transport et ils vous
33 raccompagneront. Souvent les gens ils demandent aux ambulanciers et ben pour
34 repartir je fais comment. Parce que des fois ils ont pas de voiture, ils ont personne pour
35 venir les chercher, le métro est fermé à ces heures là et ben là ils se retrouvent coincés.
36 Souvent ça finit dans la salle d'attente (rire) enfin dans la salle de jeu pareil, avant c'était
37 comme ça.

38 IR : Cet accompagnement avec les familles roms ça se passe comment ? C'est la même
39 chose ?

40 IE : Avec les familles... ben franchement, on essaye quand même. J'vois, on a une petite
41 dame là, heu, cette dame, ben justement, elle est un peu seule, ben, enfin, cette dame, ben
42 par exemple là on lui amène des trucs, souvent pour les toilettes, enfin on s'occupe un
43 peu de son gamin, voilà on la laisse pas comme ça, on essaye de lui trouver des
44 vêtements. Souvent on les laisse pas crever de faim non plus, mais c'est encore une fois
45 limité parce qu'il y a un problème avec le langage. Comment veux-tu expliquer les choses
46 à quelqu'un si tu sais pas, si tu connais pas la langue. Ils connaissent même pas, même
47 des petits mots d'anglais, tu vois je te dis s'ils ont déjà vu des films, enfin peut-être qu'ils
48 connaissent des petits mots anglais ou mais même pas quoi, des fois même pas. Et heu...

1 et donc, du coup c'est plus dur. Et ils sont beaucoup plus seuls, cette dame qui est restée
2 une semaine là, ça nous désolait de la voir là mais on savait pas quoi faire. Tu sais pas, tu
3 lui parles et déjà elle t'écoute à peine tellement elle était choquée par tout ce qui était
4 passé et heu, et effectivement, tu vas lui envoyer une psychologue mais heu, elle sait pas
5 parler non plus, comment tu vas faire. On y a pensé hein, ces trucs là. Et puis ça s'est
6 terminé d'ailleurs qu'elle a pété un plomb, elle était au troisième quoi, elle voulait plus
7 qu'on fasse rien, tu vois, c'est l'usure quoi, déjà je suis étonnée qu'elle ait tenue une
8 semaine ici quoi, avec le boxon qu'il y a, même pas une télé, rien. Donc
9 l'accompagnement est plus dur. Parce que barrière de la langue, encore une fois.

10 IR : Pour toi c'est vraiment la barrière de la langue ?

11 IE : Ah, ouais. C'est pas les origines qui font qu'on peut pas accompagner les gens, qu'on
12 peut pas les comprendre. Tu vois, tu prends une famille qui vient d'Afrique, t'expliques
13 les choses, la dame, elle est capable de comprendre, on a tous le même cerveau quoi.
14 Maintenant, par contre expliquer un peu plus longtemps comme on dit parce que déjà ils
15 ont pas été à l'école, mais tout le monde est capable de comprendre il est malade,
16 machin, et puis et les gens, je vois, ça passe nettement mieux, t'expliques aux gens le
17 pourquoi du comment de la maladie du gamin, mais en allant assez loin, le mécanisme,
18 tu vas prendre par exemple le mécanisme de l'acétone, tu vas expliquer, qu'il est en
19 hypo, tu peux même aller jusqu'à dire, le foie, il fait ça, pour stocker pour faire ressortir,
20 pour se servir des graisses, nani, nanin, tu vas dans ces discussions là, ben les gens, ils
21 sont contents, tu vois et franchement, et après ça passe et la perfusion elle passe comme
22 une fleur. Le problème c'est que c'est plus compliqué, comment veux tu expliquer tout ça
23 (rire) en roumain, tu connais pas la langue. Surtout que c'est vraiment une langue qui est
24 totalement opposée à nous quoi. Y a pas de mots... enfin j'ai jamais trouvé de mots qui
25 correspondaient un peu à notre langage quoi. Donc voilà c'est le gros problème
26 principal.

27 IR : Qu'est-ce qui pourrait aider ?

28 IE : Un interprète. Tout simplement. Faudrait un vrai, un service, un service avec des
29 interprètes. On a bien des sourds-muets, on a bien un interprète sourd-muet, pour la
30 journée, c'est mieux que rien. On a bien ça, pourquoi on n'aurait pas, quelqu'un en
31 langue, quelqu'un qui soit doué en langue. Et en plus vu où on est placé, vu la population
32 qu'on draine ici, c'est un hôpital qui est quand même vachement, c'est un hôpital de ville,
33 donc on est une ville-cité, au milieu des, c'est tout un quartier, c'est un hôpital qui est
34 connu, je veux dire, y en a pas (à l'autre hôpital), il y en a beaucoup chez nous quoi. Parce
35 que des fois on connaît toutes ces familles, quoi. On connaît leurs noms, on connaît les
36 gamins, on sait quand il y en a un nouveau qui arrive, enfin c'est incroyable quoi. On a
37 l'impression que c'est nous leur famille presque, enfin... quand même pas, mais, j'image
38 hein, mais on connaît leur arbre généalogique quoi. On sait qu'on est amené à voir des
39 gens comme ça. Pourquoi pas avoir un interprète. Moi je suis sûr, que rien que ça. Alors
40 déjà pour les médecins ce serait fantastique pour, pour... je pense pour faire leur accueil,
41 leur entretien à eux puis leur examen. Pour nous, peut-être pas au moment de l'accueil,
42 on n'a pas forcément besoin mais après, justement pour une prise en charge, pour
43 expliquer le suivi, justement l'accompagnement... le gamin doit faire des soins à
44 l'extérieur, voilà on lui trouve une pathologie assez grave, il doit aller faire des soins à
45 l'extérieur, faut s'assurer que ses soins soient suivis. Je pense qu'ils les suivent mais en
46 même temps il faut qu'ils puissent le faire, si à un moment ils sont tous occupés à
47 chercher à manger, enfin voilà, y a, ya des priorités et ça m'est arrivé à moi même en
48 étant étudiant. Tu vas pas au médecin, tu préfères garder tes sous pour acheter à

1 manger quoi. C'est le même principe hein, on a tous vécu ça quoi, enfin, beaucoup de
2 gens ont vécu ça du moins. Donc avec un peu d'explication on peut leur donner des
3 ficelles, passer par tel service, enfin tout ça, il faudrait un interprète pour expliquer tout
4 ça, tu peux pas. Non, je pense que ça peut –être une bonne clé.

5 IR : Le suivi.

6 IE : Le suivi ? de ces ? des enfants ? Ben, alors ça c'est une question que je me suis
7 demandée comment ça se faisait. Aux urgences, c'est pas vraiment un lieu, c'est
8 compliqué d'avoir des nouvelles d'un enfant. A la limite quand ils vont en réanimation tu
9 as des nouvelles pendant deux jours quand le chef, il veut bien appeler et puis après,
10 c'est fini, tu as plus de nouvelles. Donc justement tu peux pas... aux urgences tu mets en
11 place des choses mais ce qui est frustrant c'est de pas savoir, pas savoir si ça va être fait.
12 T'es en ville, t'es médecin généraliste, je pense que là ça te permet, tu peux savoir ce qui
13 se passe parce que si tu revois les gens six mois après, tu peux leur demander, tu vois
14 leur papier, tu vois si les choses que t'as demandées, elles ont été faites. Là tu sauras
15 jamais. Ils peuvent jamais revenir ces gens là. C'est pour ça que je pense qu'il faut faire
16 une bonne préparation avant, avant la sortie, prémâcher un peu le boulot pour être sûr
17 que ça soit fait, tu vois heu... alors bien sûr, il n'y a pas de solution miracle, si les gens ils
18 veulent pas faire les examens que tu as demandé, ben ils les feront pas. Mais je pense
19 que déjà si c'est bien expliqué à la sortie, qu'on s'assure que ça soit bien compris, déjà tu
20 as plus de chance que le gamin il ait les soins en ville ou les soins à l'extérieur,
21 appropriés quoi. Le truc tout bête, hein, tu fais une suture, tu dis aux gens, revenez dans
22 une semaine, parce que on voudrait que vous voyez un chirurgien parce que c'est une
23 grosse suture ou une fracture ou je ne sais quoi. T'as encore des gens, tu vas les voir
24 apparaître ici comme des fleurs avec le papier, alors que tu as marqué en gros le numéro
25 et puis ils ont rien compris quoi. Après il y a pas de miracle hein, tu pourras faire ce que
26 tu veux, je pense qu'il y a des gens ils auront besoin d'être pris par la main tout le temps
27 quoi. Mais encore une fois les prendre par la main je pense que ce n'est pas à nous de le
28 faire en permanence quoi. Je pense qu'il faut qu'il y est d'autres, faut pouvoir faire passer
29 le relai à d'autres organismes qui s'en occupent.

30 IR : C'est qui ces autres organismes ?

31 IE : Je sais pas, des associations, peut-être un service d'état, un service social, je suis pas
32 très fort, je m'y connais pas beaucoup mais heu, ça peut être, tiens, MSL, j'en sais rien, ça
33 peut être, des familles défavorisées, ça peut être, je sais pas moi, vraiment, un organisme
34 qui peut être créé exprès, j'en sais rien. Tu vois, je veux dire, les PMI⁸, tiens tout
35 simplement. Pour moi je me dis, c'est un peu le rôle des PMI de s'occuper de tout ça.
36 Alors après, est-ce qu'il y a un moyen de les tenir au courant de ce qu'on a fait ici. Est-ce
37 que on se parle entre l'hôpital, le médecin généraliste et la PMI, ça j'en sais rien. Parce
38 que tu donnes un papier, tu dis vous le donnerez à votre médecin traitant, est-ce qu'ils
39 vont lui donner ? Est-ce qu'il va le donner, tu vois ? C'est très complexe à mettre en place
40 mais... en tout cas, ici on ne peut pas se permettre encore une fois quoi, aux urgences.

41 IR : Pourquoi ?

42 IE : Ben, un coup j'ai fait un rapide calcul un coup. Par jour on voit, enfin par an, c'est
43 vingt deux mille enfants, donc heu, à l'époque on était dix, dix infirmiers, je parle, les

⁸ Protection maternelle et infantile

1 chiffres datent de 2008, hein. Donc avec dix infirmiers, des auxi⁹, quatre, cinq auxi, et les
2 internes qui tournent donc de toute façon, ils partent. Il reste les chefs qui se tapent euh,
3 donc la responsabilité des vingt deux mille enfants. Ça fait que tu divises vingt deux mille
4 par dix, ça fait un certain nombre par personne quoi, déjà de gamins. Moi franchement,
5 les enfants, tu les revois, même quinze jours après, je sais plus. Des fois certaines têtes
6 nous disent parce qu'il y a des têtes, forcément elles se gravent mais tu t'en souviens pas
7 forcément quoi, c'est impossible. Et alors quand t'en as soixante dix, c'est soixante dix à
8 la journée, on va dire, toi t'en vois trente cinq, ou même quinze ou vingt et que tu penses
9 à plein de choses en même temps parce que en même temps on a la gestion du service à
10 s'occuper donc faut penser à tout le reste, y a pas que tes enfants à t'occuper, faut faire
11 tourner la machine, t'assurer que toutes les commandes sont faites, approvisionner,
12 machin, plus les problèmes internes divers et variés, plus tes propres problèmes à toi
13 aussi accessoirement, ben c'est trop lourd comme tâche. Donc on connaît moins les
14 enfants que les infirmières de pédiatrie. Pourtant on les vois parfois autant mais heu... et
15 puis ici, si t'as pas la prise en charge d'un enfant, faut pas que ça dure non plus... en
16 pédiatrie l'enfant il reste deux jours, en deux jours tu as le temps d'en prendre des infos.
17 Ici ils restent en moyenne deux heures (rire) justement, en deux heures, ben tu prends
18 l'essentiel. Après l'UH, t'as 24h mais t'es tout seul, t'en as cinq, des fois t'en a un il te
19 prends quasiment, sur dix heures de boulot il t'en prends six, heures de boulot, parce
20 qu'il y a énormément de choses, ben les autres, c'est tout hein, tu fais le minimum qui est
21 marqué sur la feuille, tu peux pas, c'est trop dur. Et encore on est bien loti, parce qu'il y a
22 des endroits on est encore moins nombreux. Mais, mais même comme ça je trouve, c'est
23 trop dur de... tu peux pas penser à pas te gourer dans tes doses et à faire tes soins quand
24 il faut quand il y a beaucoup à faire et puis en même temps des paperasses, des tonnes
25 de paperasses à faire, des dossiers, des machin à recopier en triple, tu peux pas faire tout
26 ça et en même temps commencer heu, enfin tu vois, à penser au... t'y penses mais tu
27 marques dans tes papiers quand tu fais tes dossiers, tu peux dire éventuellement, poser
28 la question à tes collègues, est-ce que vous pouvez éventuellement voir, pour une
29 assistante sociale pour, tu marques ça mais tu peux pas aller plus loin des fois t'as pas le
30 temps. Des fois c'est un manque de temps, des fois un manque d'énergie. Sincèrement, il
31 y a un moment où t'as plus d'énergie quoi.

32 IR : Et tu parlais de la préparation à la sortie.

33 IE : j'en ai dis des choses, ouais, heu...

34 IR : Et tu disais que ici un enfant reste deux heures.

35 IE : Oui.

36 IR : Et cette préparation à la sortie alors, en deux heures ?

37 IE : Ben souvent, moi en tant qu'infirmier je trouve que... on a plus un rôle à l'UH, là
38 dessus. Infirmier à l'accueil, alors ça dépend, encore une fois. De la charge de travail. Ça
39 fait un peu syndicaliste mais heu, c'est vrai... donc on est deux devant... ça dépend de ce
40 que t'as et de la charge de travail. Ça peut être très variable. Si t'as que trois enfants dans
41 les box, personne devant, t'as que ça à t'occuper, bien sûr tu vas, éventu..., quand c'est,
42 enfin quand ça, je dirai quand t'estime que ça vaut le coup, qu'y a pas d'abus et que,
43 parce qu'il y a ça aussi hein, au bout d'un moment t'as un peu une fatigue, pas un burn
44 out mais peut-être un peu quand même... tu dis ça vaut le coup, ça vaut pas le coup quoi.

⁹ Auxiliaire de puériculture

1 Tu te dis il pourrait aller voir un médecin... déjà t'as moins d'énergie pour, dans certains
2 cas, tu vois... et heu... Après, t'as des fois, ben pareil, le petit enfant, bon, on fait de
3 l'aérosol parce qu'il a une petite bronchiolite, on va essayer de prendre un babyhaler®,
4 on va expliquer à la maman, être sûr qu'elle sache s'en servir. Etre sûr qu'elle sache en
5 milieu de week-end, aller la voir et lui dire est-ce que vous connaissez la pharmacie, la
6 pharmacie d'ouverte parce que votre enfant parce que votre enfant doit prendre ce
7 traitement là ce soir et pas demain ou après demain, sans ça, ça sert à rien. Tu vois c'est
8 ça en fait. S'assurer qu'ils ont bien compris le traitement, les tenants, les aboutissants,
9 les choses qu'on a mis en place. C'est ça. Sur ces deux heures, t'as ce type de patients là,
10 c'est ça.

11 IR : C'est qui ce type de patient là ?

12 IE : Ben des patients qui sortent au bout de deux heures, ben déjà, c'est qui sortent.

13 IR : Ouais.

14 IE : Tu vois. Donc c'est pas des patients... graves, dans le sens que j'entends, c'est pas des
15 patients d'urgences vitales, c'est pas, des choses, complexes, où là il vaut mieux que ce
16 soit un spécialiste qui explique tout ça, ça peut être l'otite, ça peut être la bronchiolite,
17 des choses qu'on gère nous quoi. Ça peut être la gastro, ça peut être, voilà quoi, ces
18 petites choses. Des traumatismes, la surveillance, s'assurer qu'ils ont bien compris la
19 surveillance des plâtres, qu'ils ont bien compris... et je pense même que, enfin... déjà
20 parce que je pense que c'est médico-légal de s'assurer qu'il a bien compris, c'est pas le
21 tout de donner une feuille et de se barrer quoi. Faut la lire avec les gens la feuille, il faut
22 s'assurer qu'ils ont compris chaque truc. C'est important, voilà c'est ça par exemple, le
23 TC¹⁰, on va donner la feuille, le médecin explique mais moi souvent, pas
24 systématiquement parce que des fois j'ai pas le temps, si heu il y a vingt personnes à
25 attendre devant, j'aurai pas le temps de le faire. Des fois les enfants, je les mets dans le
26 box, ils sont sortis, que je m'en rends même pas compte, parce que je suis tellement
27 occupée à faire d'autres choses, que je peux pas le faire mais quand je peux, ben heu... je
28 vais voir et puis je prends la feuille avec la maman, des fois ça nous arrive de remplir
29 même les papiers, et heu, je réexplique. Des fois j'explique avant même que, tu sais
30 pendant, pour dédramatiser dans le cadre d'un TC où on installe l'enfant, si je vois qu'il
31 n'y a rien de dramatique justement, j'essaye de dédramatiser d'avance, je trouve que ça
32 prépare un peu le boulot du médecin derrière, parce qu'il va pas forcément demander
33 un scanner, il va pas forcément demander une radio, parce qu'après faut réussir à lui
34 expliquer à la mère, ben pourquoi l'autre il va te harceler pour que tu lui demandes un
35 scanner. Alors déjà si tu prépares un peu psychologiquement les gens avant, ça, ça aide
36 après quoi. Et pareil pour le médecin, et puis pour nous aussi après parce qu'ils
37 reviennent te voir et ils te saoulent parce que, ah quand même il pourrait avoir un
38 scanner, parce que sur le coup ils ont pas osé le dire au médecin alors c'est toi qui
39 prends. Parce que faut pas croire, ils osent pas beaucoup parler au docteur mais nous on
40 prend cher quand même des fois. Donc quand t'as pris cher des fois toute une après-
41 midi, t'as plus la force de continuer à être gentil quoi, continuer à faire beaucoup
42 d'efforts.

43 IR : Et quand y a la barrière de la langue ?

¹⁰ Traumatisme Cranien

1 IE : Oh, ben alors là, rebelote... c'est beaucoup plus imparfait. Des fois, t'y vas pas parce
2 que tu te dis toute façon ça sert à rien. J'te le dis, franchement, y a des moments, t'y vas
3 pas, ou quand... quand t'es crevé, que t'en as marre, des fois, le médecin dit, ben tant pis
4 il se débrouille (rire) je te le dis, franchement y a des fois, voilà quoi... après il est peut-
5 être aussi crevé que toi mais des fois t'es tellement mort que, ça passe au-dessus quoi.

6 IR : On parle de qui dans ce cas là ?

7 IE : De quoi ?

8 IR : Alors c'est pour quel type de patient justement où t'arrives pas à expliquer ?

9 IE : Ben quand tu dis la barrière de la langue, ça peut être n'importe qui. Franchement...
10 c'est énervant, c'est frustrant et énervant, tu peux pas, tu commences à expliquer, lui il
11 va te regarder, tu sais, il va faire ça, ce qui va te faire plaisir et puis après tu te rends
12 compte qu'il a rien pigé, il s'en f..., enfin pas qu'il s'en fout mais il te fait, voilà... alors de
13 temps en temps tu essayes de faire des signe, à la limite quand c'est un truc technique,
14 un geste technique c'est faisable. Le babyhaler, tu vois, tu pchites, tu montres comment
15 on le monte, tu le mets, tu... tu comptes, un, tu le regardes comme ça comme un con et tu
16 fais, là ça va mais quand c'est des surveillances, han, et d'ailleurs je pense pas qu'ils
17 sortent beaucoup les surveillances... le médecin... je pense pas que, je pense pas que ce
18 soit des gens qui sortent beaucoup.

19 IR : Qui sortent beaucoup ?

20 IE : Ben TC par exemple, des conseils qu'on donne beaucoup sur des TC, sur des plâtres,
21 des choses comme ça. Par exemple un TC, je pense que, je suis pas sûr, enfin quand
22 vraiment, enfin a près ça dépend de la responsabilité du médecin, moi je me dis, je
23 laisserai pas sortir un patient, que je suis pas sûr, que les gens ils ont pas compris la
24 surveillance qu'il faut faire sur un TC.

25 IR : D'accord.

26 IE : Parce que j'aurai trop peur que le gamin il pète un câble et que ou voilà qu'y ait un
27 truc qui aille pas et puis ça te retombe dessus et que, que t'aille en prison (rire) c'est pas
28 génial non plus, c'est ta responsabilité quand même. C'est une grosse responsabilité à ce
29 niveau là quand même quoi... donc heu.... Pour des gestes techniques ça va mais pour
30 tout ce qui est, pour toutes les choses, je dirai, plus théoriques, ben c'est blocage. Tu
31 peux pas expliquer, tu peux faire des dessins, d'accord tu peux t'amuser à faire des
32 dessins mais heu, t'es même pas sûr qu'ils ont vraiment compris, ils peuvent pas te le
33 dire non plus. Donc t'as toujours un doute quoi.

34 IR : Et qu'est-ce qui se passe quand ils sortent alors ? Qu'est-ce qui se passe ?

35 IE : Ben écoutes, je sais pas trop en fait, je t'avouerai, franchement, je sais pas trop, parce
36 que souvent... souvent on se repose un peu sur le médecin. On se dit, il a peut-être des
37 méthodes pour expliquer, il a peut-être plus l'habitude que nous... je sais pas... il a appris
38 les techniques, ou peut-être qu'il connaît un peu plus la langue, enfin tu vois, t'espères
39 plein de choses en fait (rire) je te dirai, t'y crois à mort, tu te dis, toi t'es mon poulain, tu
40 vas y aller et tu vas gagner. Toute façon toi tu sais que tu y arriveras pas alors, tu
41 comptes sur quelqu'un d'autre quoi.

42 IR : Tu disais au tout début que tu regardes toujours la prise en charge de la sécurité
43 sociale, si jamais ces patients là n'ont pas de sécu ?

1 IE : Alors ça ça me sert pas pour le soin ici en lui même, je m'en fous, mais concrètement
2 ce que je disais, j'ai des collègues qui font un peu la chasse, genre à ceux qui viennent
3 abusivement tu vois, des trucs comme ça. Moi perso, au départ j'étais parti, pour partir
4 dans cet engrenage là et puis je me suis rendu compte que de toute façon ça servait à
5 rien, c'est pas à nous de faire ça non plus, c'est à l'état de faire face à ses responsabilités,
6 de faire des campagnes de pub, d'expliquer, j'en sais rien, de... C'est de l'éducation à
7 faire, c'est pas à nous de faire en permanence, on a déjà l'éducation à la santé à faire ça
8 va quoi, donc maintenant je ne me prends plus le chou quoi. Donc voilà, ça s'est pour la
9 partie abusive mais maintenant ce qui est pour de la prise en charge, on est dans un pays
10 où la santé est accessible pour tout le monde donc moi ça me pose aucun problème
11 d'accueillir quelqu'un qui n'a pas un rond, qui n'a même pas de sécu, je m'en tape. Ben la
12 jeune femme qu'on a gardé, j'veux dire elle avait même pas de papier quoi. C'est pas
13 grave, hein, c'est tout, on allait pas non plus la laisser crever dehors avec ses deux
14 gosses. Faut savoir être humain quoi, tu vois, malgré tout. Et heu... d'ailleurs j'ai eu
15 beaucoup de mal en travaillant ici, parce que je venais du public, enfi, intérimaire j'ai fait
16 beaucoup de public, arrivé ici tu vois, le concept de on peut demander t'as une mutuelle,
17 tu gagnes de l'argent donc, t'as accès à la chambre particulière avec un peu plus de
18 confort, avec le lit machin. T'es un pauvre, tu vas dans la chambre double, tu vas sur un
19 fauteuil et puis tu vas crever la faim... franchement, ça m'a vraiment fait bizarre, ça m'a
20 choqué même et encore plus ici parce que tu (...) te dis, c'est plein de bons principes tout
21 ça, enfin ça cache des grands principes normalement, et tu te rends compte que... bon
22 après on t'explique que, quand tu poses les questions au chef, (...), c'est des histoires de
23 sous, l'hôpital il pourrait fermer parce qu'il a moins de subvention dans le public etc, soit
24 heu, j'espère que c'est vrai quoi. Je pense que c'est vrai, je pense pas que ça soit de la
25 méchanc... de la, enfin j'espère, j'espère que ça se passe comme ça tu vois. Dans le public
26 c'est pas comme ça, dans le public, je préfère le fonctionnement du public parce qu'on ne
27 se base pas sur l'argent on se base sur la pathologie pour les chambres. T'as beaucoup
28 moins de chambres individuelles et tu te bases et moi je pense que, dans un hôpital ce
29 qui doit te permettre de faire le tri c'est la maladie pas le, pas le, pas le fric. Enfin du
30 moins pas en France quoi. Tu vas aux Etats-Unis si t'as envie, d'accord ça se passe peut-
31 être comme ça doit pas se passer comme ça chez nous quoi... dans l'idéal... donc dans le
32 public, ben, tu mets en chambre seule, des gamins qui peuvent être infectés, des enfants
33 qui ont, y en a qui ont des trous partout parce que il a les tuyaux qui lui sortent de
34 partout, tu vas les mettre dans une chambre simple, les enfants handicapés, c'est
35 compliqué de les mettre avec quelqu'un d'autre, ben tu vas le mettre là dedans. Les
36 autres, tant pis, allez hop, puis ils ont pas le choix, ils ont pas leur mot à dire, t'as pas ton
37 mot à dire et ça passe... plus ou moins bien mais ça passe dans tous les cas, j'veux dire ils
38 ont pas le choix de toute façon, c'est comme ça. Je trouve, je trouve pas ça bien tu vois. Et
39 le problème de la prise en charge c'est que tu es obligé de le faire parce que quand tu
40 regardes, en fait je regarde parce que ça me fait gagner du temps pour après parce que si
41 le gamin est hospitalisé, quand je l'hospitalise je suis obligé de dire ben s'il a une
42 mutuelle ou pas, s'il a droit à la chambre, enfin à une chambre ou s'il a pas droit.

43 IR : Et s'il n'est pas hospitalisé ?

44 IE : Ben, s'il est pas hospitalisé, heu, globalement ça me sert beaucoup moins. Parce
45 qu'avec la CMU on a quand même une couverture correcte pour tout ce qui est des
46 médicaments courants, si le médecin pense à lui mettre des trucs remboursés quoi bien
47 sûr. Sinon ça peut, de temps en temps, on regarde pas derrière l'interne, les ordonnances
48 qui fait, par exemple, c'est pas à nous de faire ça. Mais heu... mais c'est vrai que, enfin

1 c'est pas à nous, mais c'est vrai que j'espère que le médecin, lui, il regarde. Si nous on
2 regarde mais quand on installe l'enfant on dit pas, ah puis lui c'est une cmu, tu vois, on
3 fait pas. Ça peut-être qu'on, je sais pas si on devrait le faire ou pas, pour être sûr que le
4 médecin il prescrive des trucs qui soient remboursés, parce que si c'est non remboursé
5 les gens douillent à chaque fois. Alors déjà qu'ils viennent ici souvent par ce qu'ils
6 peuvent pas aller retirer les vingt euros ou les vingt trois euros maintenant pour le
7 médecin généraliste... sinon qu'est-ce qui va se passer, soit ils vont pas aller à la
8 pharmacie ou alors ils vont pas prendre le médicament qui est prescrit ou, du coup le
9 gamin, il peut ne pas bien être pris en charge quoi, pas à chaque fois, mais il peut, il y a
10 des risques donc ça peut porter préjudice au gars. Et encore une fois, voir tout ça, ça
11 prend du temps, de l'énergie aussi parce que, faut y penser. T'y penses pas forcément,
12 t'es pris dans le feu, faut que ça tourne, ça se transforme en usine ici, faut que ça tourne
13 et voilà quoi. Et voilà, pour ceux qui restent pas longtemps, ça se joue là dessus plus.
14 Après oui peut-être si y a des soins, mais même non, enfin, après je sais pas, je connais
15 pas bien non plus, j'avais du mal à m'y intéresser quand j'étais à l'école, à ces histoires de
16 sécu, mais... je sais que ça prend pas bien en charge les soins, type, certaines
17 interventions avec certains chirurgiens, des choses... mais après je me dis c'est pas moi
18 infirmier de gérer ça quoi. Déjà parce que j'ai pas de contact là dedans donc c'est, je
19 pense que là c'est au chef, à un aide soignant, heu à un aide soignant, un chef, à une
20 assistante sociale. Si l'enfant à besoin d'une intervention spécifique de faire en sorte
21 qu'il puisse la faire dans un endroit, de l'envoyer dans un endroit où il puisse la faire
22 quoi. Voilà. C'est pas mon rôle.

23 IR : Très bien.

24 IE : J'en fais déjà assez. Voilà. Ça te va ?

25 IR : ça me va, parfait !

1 28/04/2011 D005
2
3 IR : Donc là, c'est juste les entretiens euh sur tous les soignants, les auxiliaires, les internes,
4 les médecins, sur la prise en charge ici des enfants, notamment de la précarité. Donc je pose
5 des questions ouvertes, et je te relance de temps en temps. Alors, tu as quel âge ?
6
7 IE : hum, (...) ans.
8
9 IR : Alors, j'aimerais savoir quel est ton travail ici ?
10
11 IE : Alors, je suis urgentiste pédiatrique, généraliste de formation.
12
13 IR : Oui, et tu fais quoi ici ?
14
15 IE : Hum, je m'occupe des urgences pédiatriques d'une part, et d'autre part de la
16 consultation des enfants adoptés, uniquement le jeudi matin. Je soigne les enfants, que ce
17 soit en médecine ou en chirurgie, euh, et je sais pas si tu veux...
18
19 IR : ça se passe comment ?
20
21 IE : Ici aux urgences, les enfants se présentent et sont examinés... sont d'abord vu par
22 l'infirmier d'accueil, puis par l'infirmière du service, et ensuite par le médecin. Euh, ils sont
23 ensuite réorientés, ou vers l'hospitalisation ou ils sortent de l'hôpital. Tu veux plus...
24
25 IR : En pratique, quand tu vois un gamin, comment ça se passe ?
26
27 IE : Alors, comment se passe la consultation. Donc une série de constantes sont déjà
28 prises par l'infirmière et éventuellement un traitement administré. On reprend ensuite
29 l'interrogatoire du patient, euh, le motif d'entrée, l'histoire de la maladie, les antécédents,
30 ensuite le plus souvent l'enfant est, reste sur les genoux de ses parents, et ensuite
31 seulement on va l'examiner, une fois qu'on a interrogé la maman ou la personne qui
32 l'accompagne. Euh, et moi je continue l'interrogatoire en examinant l'enfant, euh. L'enfant
33 peut participer également à l'interrogatoire selon son âge. Et ensuite, une fois que l'enfant
34 est examiné, il a... Il sort du service avec une ordonnance et une lettre du service, en
35 expliquant le traitement, à la fois à la maman, et à l'enfant. Toujours pareil, selon l'âge. Euh,
36 il peut également avoir un traitement administré dans le service, avant de sortir. Et, voilà
37 enfin...
38
39 (interruption)
40
41 IE : alors j'en étais ou ?
42
43 IR : tu expliquais le traitement et l'ordonnance...
44
45 IE : à l'enfant et à sa famille. Donc, des traitements ont pu être administrés dans le
46 service, et voilà. Et, euh...

1 IR : l'interrogatoire, ça se passe comment ?

2
3 IE : Euh, l'interrogatoire, euh. Moi je reprends, euh, ben le motif de l'entrée. L'histoire
4 de la maladie, ça correspond surtout à quel symptôme et depuis quand. Revenir au plus
5 ancien symptôme. Et la veille qu'est-ce qui s'est passé, etc. jusqu'à ce que l'enfant soit en
6 bonne santé. Euh, faire décrire les symptômes principaux qu'on a ici, surtout les douleurs
7 abdominale, préciser les choses, la fièvre, combien, depuis combien de temps, quelle
8 intensité, quels traitements administrés. Euh, et après reprendre le contexte, quelle famille,
9 quels antécédents familiaux, comment la famille réagit aux symptômes. Euh, et puis, euh,
10 par rapport à ce que l'enfant a déjà fait comme problèmes de santé. Dans quel cadre ça
11 rentre, et plus généralement ça nous permet de sentir dans quelles conditions va être
12 soigné l'enfant par la suite. Euh, selon quelles surveillance, etc. Et par rapport aux
13 réactions des parents par rapport aux symptômes.

14 Euh, l'interrogatoire me permet toujours d'avoir un petit temps calme en début de
15 consultation où je ne suis pas en contact direct avec l'enfant, physiquement on va dire, et
16 c'est le temps de l'observation en même temps. Le temps de regarder comment un enfant
17 se comporte, est-ce qu'il est souriant, est-ce que... c'est pas du domaine de l'interrogatoire,
18 mais moi c'est le moment où je regarde quelle est sa couleur, quel est son tonus, euh,
19 comment il se comporte avec ses parents, est-ce qu'il a une bonne collaboration, comment il
20 respire, euh, et ça on peut le faire en même temps.

21
22 IR : Et tu parlais des conditions dans lesquelles il allait être soigné plus tard ?

23
24 IE : Euh, ben l'enfant il va pas rester sous nos yeux, donc il va être ensuite pris en charge
25 par sa famille le plus souvent, et euh, il faut qu'on sache si la personne qu'on a en face de
26 nous qui va prendre en charge l'enfant sera capable de reconnaître les signes de gravité, les
27 signes même pas de gravité, mais sera capable de prendre en charge les symptômes avec les
28 traitements ad hoc. Et aussi, de surveiller une éventuelle dégradation de la situation, donc il
29 faut qu'on ai en face des nous des personnes qui soient aptes à réagir, éventuellement à
30 appeler les secours si il faut. C'est vrai pour des maladies mais également pour des
31 surveillances de traumatisme. Euh, et selon les conditions de vie, selon les conditions de
32 transport, selon les conditions de... est-ce que c'est une personne qui est capable de
33 téléphoner. Donc, ça va modifier notre prise en charge, ça peut éventuellement engendrer
34 une hospitalisation, pour certain types de famille et pas pour d'autres, pour le même
35 symptôme.

36
37 IR : C'est quoi ce certain type de famille ?

38
39 IE : Euh, des familles qui ne parlent pas français. Des familles qui n'ont pas de véhicule.
40 Qui n'ont pas le jugement nécessaire pour repérer des signes de gravité. Euh, oui, euh des
41 familles qui n'ont pas le moyen de téléphoner, euh, ou d'appeler la bonne personne. Euh, où
42 isolés, sur le plan social où alors où les conditions de vie sur place ne sont pas réunies pour
43 accueillir un enfant fiévreux, ou euh, qui tousse etc. Dont la maladie peut aussi engendrer
44 des soucis, pour les autres enfants. Par exemple.

45

1 IR : A chaque fois, donc c'est jamais des questions pièges et c'est surtout des exemples
2 qui sont liés à ta pratique, donc si t'as des exemples, moi ça m'aide à comprendre.
3

4 IE : Alors par exemple, ça serait, un enfant ben, par exemple pour un traumatisme
5 crânien qui pourrait être bénin chez une famille lambda, mais qui pour une famille qui parle
6 pas français, ben ça va être difficile, d'une part de repérer les symptômes et d'une autre
7 part, d'appeler les secours pour la bonne raison. Pour un autre exemple que j'ai pour être
8 dans le sujet que je connais un petit peu, c'est un enfant qui n'est pas très malade par
9 exemple, une bronchite, une bronchiolite, qui a un symptôme qui peut tout à fait être bénin,
10 et qui n'est pas inquiétant, mais pour moi, c'est surtout le symptôme toux, un enfant qui
11 tousse dans une caravane, ça exaspère tout le monde s'il y a 10 personnes qui dorment pas,
12 ça peut être un motif d'hospitalisation, ou de demande d'hospitalisation. Même si la
13 pathologie est bénigne. Et donc ça, on sait que c'est une demande qui va émerger
14 rapidement.

15 Euh, d'autres cas, par exemple, c'est un enfant qui a un eczéma profus ou une gale
16 profuse, un problème dermato qui peut être contagieux ou pas, mais dont les conditions
17 d'accès à l'eau sanitaire potable ou correcte va être difficile, ça va engendrer une
18 hospitalisation, non pas parce que la maladie est grave, mais parce que les soins vont être
19 fait correctement dans les bonnes conditions. Euh, ici, comme les mamans peuvent rester
20 comme même la plupart du temps, en hospitalisation. Euh, c'est les cas qui me viennent,
21 c'est pas forcément pour des trucs graves, mais des choses qui ont besoin de prise en charge
22 quoi.
23

24 IR : Alors, les personnes qui parlent pas français ? Il y en a beaucoup ici ?
25

26 IE : Euh, on en a tous les jours. Ca va de parler mal français à pas parler du tout. Le plus
27 souvent comme même les gens viennent avec quelqu'un qui peut traduire. Le plus souvent.
28 Et on arrive à se débrouiller comme même. Il y a comme même quelques cas où la
29 compréhension n'est ni d'un côté ni de l'autre, et c'est toujours compliqué de savoir si tout
30 le monde a bien compris, si l'ordonnance a été bien comprise, et c'est vrai que c'est pas
31 rassurant. (Silence)
32

33 IR : Ca se passe comment, est-ce que tu as un exemple ?
34

35 IE : Euh, l'enfant une fois oui, un grand garçon qui avait convulsé et on avait du mal à
36 comprendre le contexte et l'enfant était justement hospitalisé parce qu'on avait pas
37 beaucoup d'éléments sur l'interrogatoire. Et le lendemain, on a eu un traducteur et tout a
38 été plus clair parce que l'enfant devait revenir en consultation EEG, tout ça. Et expliquer un
39 rendez-vous, parce que c'était un week-end bien sûr, et on devait les rappeler lundi, il fallait
40 un numéro de téléphone, pour qu'ils viennent à telle heure, tel jour, pour... Et là, une fois
41 qu'il y a eu le traducteur, ça été beaucoup plus simple, on pu laisser sortir calmement
42 l'enfant, alors qu'on l'aurait peut-être gardé. Je sais pas si c'est clair ?
43

44 IR : D'autres exemples ?
45

1 IE : Euh, les problèmes pour les enfants qui doivent revenir en consultation pansement,
2 par exemple et on sait pas comment va être soigné l'enfant pendant les 48H de délais
3 parfois, on sait pas si le pansement va être maintenu, sec, propre. C'est difficile, et pour être
4 sûr qu'ils doivent revenir tel jour à telle heure. On se débrouille et souvent ça se passe bien,
5 et souvent on arrive à se débrouiller.

6
7 IR : En caravane ?

8
9 IE : Hum, alors en caravane, on a plein de populations différentes. Euh, on a des forains
10 parfois lors des passages des cirques ici, on a euh des Manouches, on a des Roms français,
11 les Manouches sont français aussi, on a des Roms roumains qui sont pas toujours en
12 caravane, qui sont même parfois en voiture ou en hébergement encore plus précaire, en
13 cabane, ou en ... Donc évidemment les problèmes ne sont pas du tout les mêmes pour les
14 Manouches ou les Forains, que pour les Roms roumains. C'est pas du tout la même
15 problématique, euh déjà c'est pas du tout la même problématique d'accès aux soins par
16 rapport à leur modalité de sécurité sociale. Vu que les uns sont français avec une sécurité
17 sociale et même parfois une mutuelle, pour les commerçants, tandis que les autres n'ont
18 rien, et l'état évidemment des sanitaires de la caravane n'est pas les mêmes, l'accès à l'eau
19 potable non plus, l'accès au chauffage, l'accès à l'hygiène en général. Et le niveau scolaire ou
20 on va dire socio-culturel de la mère, parce que c'est ça qui va rentrer en ligne de compte le
21 plus souvent n'est pas du tout le même non plus, l'accès à la lecture d'une ordonnance, à la
22 connaissance des effets secondaires ne sera pas du tout le même. Donc, on a des
23 problématiques différentes, enfin d'un côté c'est pas un problème, d'un autre côté, ça peut
24 être un problème.

25 Le mode de vie itinérant n'est pas en lui-même un problème, c'est plus où est
26 hébergé l'enfant, dans quel conditions, si c'est dans un terrain officiel avec tout ce qui faut,
27 où si c'est, où il y a rien, quoi. Ca fait une très grosse différence.

28
29 IR : Et ça, comment vous le déterminez ?

30
31 IE : Interrogatoire quand on peut le savoir, euh, et puis je trouve que les, on a pas à faire
32 au même genre de famille parce que évidemment avec les risques d'expulsion qui pèse sur
33 les terrains, on va dire sauvage, ça pèse comme même sur le stress des parents. Parce que
34 une famille qui est sur un terrain officiel, ou un terrain du cirque, elle a pas le risque
35 d'expulsion. Et elle sait que si il y a un soin à faire, ou une hospitalisation, elle va pouvoir
36 revenir et ce sera pas un stress. Ils pourront même se faire suivre. Il y a des familles, où on
37 ne sait pas si elles vont toujours être là la semaine d'après, si elles vont être encore à Lille, si
38 elles vont encore être dans la région. Et elles mêmes ne le savent pas, elles bougent au fur
39 et à mesure des expulsions, et ça ça peut jouer dans le suivi des pathologies chroniques ou
40 pas, enfin qui ont besoin de suivi ou de soins. Et ça, ça peut être un stress pour les familles,
41 de pas savoir si elles pourront être suivies là.

42
43 IR : Et au niveau de ta prise en charge, tu le ressens comment ?

44
45 IE : Ben, il faut prendre ça en prise de compte, si ils reviennent pas, il faut que tout puisse
46 être fait pour que ça puisse suivre, donc c'est pour ça qu'il faut toujours rédiger des lettres

1 de sortie complètes, même si les parents sont pas francophones ou si ils ne lisent pas le
2 français pour éventuellement, être suivi par un autre médecin. Euh, moi j'hésite pas non
3 plus à donner des carnets de santé, s'ils en ont pas, pour avoir au moins un début de suivi,
4 avoir un document pour engagé le suivi, si c'est quelqu'un d'autre qui prends le relais. Et
5 c'est aussi, si c'est nécessaire, j'hospitaliserai plus facilement parce que ça peut être un
6 argument de dire ben si mon enfant est hospitalisé, je me dis, si ça peut leur donner un
7 répit, un petit temps, à cause de l'hospitalisation de l'enfant et ben je le ferais. Ca c'est sûr,
8 par ce que ça rentrera en ligne de compte dans l'expulsion.
9

10 IR : Et les hospitalisations, ça se passe comment ?
11

12 IE : Euh, on a jamais de frein institutionnel à l'hospitalisation des populations même sans
13 papier. Ca, ça fait partie d'une part de notre histoire en temps qu'hôpital (...) on va dire
14 dans un bassin de population défavorisée. Et d'autre part, l'institution à ce niveau là est
15 soutenue par le système des MIGAG, mission d'intérêt général, pour lesquelles un
16 financement est prévu pour les populations défavorisées. Pour compenser le manque à
17 gagner via les caisses de sécurité sociale. Euh, le plus souvent, c'est pas des hospitalisations
18 en chambre particulière, c'est des hospitalisations en secteur hospitalier classique, où une
19 personne peut être hébergée, et pour héberger cette personne sans lit mais avec come
20 même un fauteuil, et on peut avoir aussi des repas pour l'entourage familial, c'est prévu par
21 le, par ça.

22 Ce système est un peu officialisé par les PASS, permanence d'accès au soins, qui
23 permet d'organiser l'accueil de ces gens-là en fait, que ce soit sur le plan de la pédiatrie, sur
24 le plan de la gynécologie et autres services, que ce soit en consultation ou en hospitalisation.
25 Et de légitimé cet accueil qui est évidemment en dehors des clous par rapport aux
26 hospitalisations et aux soins classiques.
27

28 IR : Et les PASS ici ça fonctionne comment ?
29

30 IE : Alors la PASS de (cet hôpital), alors moi j'y participe que depuis une petite année,
31 depuis quand elle est créée, ça je sais pas trop. En fait ça correspond en gros, il y a des
32 réunions tous les deux mois à peu près, et sont convié déjà les intervenants de l'hôpital que
33 ce soit médical ou paramédical, le secteur social et administratif. Ensuite sont conviés les
34 intervenants qui gravitent autour de toute cette population qui peut aussi bien être une
35 population sans papiers, sans domicile fixe français ou pas, après toutes les populations
36 marginalisées, toxicomanie, psychiatrie, euh, personnes porteuses du VIH ou personnes
37 marginalisées ou du fait de leur santé, de leur psychisme, ou de leur culture, etc. Enfin tout
38 ce qui peut graviter autour de ça et alors c'est plus ou moins selon les réunions plus accès
39 pôle mère-enfant ou alors plus euh toxicomanie, personnes défavorisées, etc.

40 Euh, il y a aussi parfois l'intervention de généraliste, particulièrement ici, les maisons
41 de soin, etc. autour de l'hôpital. Et j'ai oublié aussi le Conseil Général, notamment qui
42 s'occupe de la protection maternelle et infantile.
43

44 IR : Et, c'est un lieu ?
45

1 IE : Alors, ça dépend des hôpitaux, nous c'est pas un lieu, c'est pas une consultation, c'est
2 pas un secteur privé, c'est à dire que chaque partie de l'hôpital peut mobiliser ces
3 ressources là, pour, ou des consultations, c'est ce qui a été choisi en gynécologie, un
4 créneau, tel jour, telle heure. On peut mettre des dames pour un suivi de grossesse. Euh,
5 nous, ça va se manifester plus sur un retour de dossier et euh on sait que telle famille a été
6 hospitalisée pour tel problème. Ça permet de mobiliser les personnes ressources autour de
7 ça. Donc ça peut être dans n'importe quel cadre, hospitalier ou aux urgences. Euh, ça va se
8 manifester par une sensibilité particulière dans le secteur social pour les urgences.

9 Euh, l'administration peut être sensibilisée particulièrement pour instruire des
10 dossiers auprès de la caisse, etc. Nous c'est pas un secteur en particulier. C'est un
11 fonctionnement, on va dire. Mais c'est différent dans d'autres endroits.

12

13 IR : Alors, quand tu parles des personnes qui ne parles pas français, en parlant de
14 l'ordonnance ou de l'explication du traitement, est-ce que tu peux me donner des
15 exemples ?

16

17 IE : Oui, c'est pas facile, parce que évidemment on est sur le français. Euh, quelques
18 personnes à l'hôpital, enfin il existe un système de traduction, on peut appeler du personnel
19 qui parle la langue, il suffit que ce soit de l'arabe, du roumain, etc, mais c'est pas toujours
20 évident.

21

22 INTERRUPTION

23

24 IE : Alors, l'ordonnance, oui. Donc, euh, la lettre de sortie, il faut qu'elle soit précise, au
25 cas ou on ait un interlocuteur, MSL, un médecin traitant, une PMI. L'ordonnance, ben il faut
26 connaître les conditions d'accès aux pharmacies. Donc, euh, si c'est une famille qui n'a pas
27 d'accès à la sécurité sociale, ben on va faire l'ordonnance, en disant d'aller à MSL (rires).
28 Euh, pour les vaccins ben c'est la PMI, et sinon on dépanne en traitement quand on voit que
29 vraiment il faut, c'est le week-end, on dépanne en traitement, ou alors on hospitalise aussi
30 quand c'est nécessaire. On est obligé de prendre ça en ligne de compte sinon, il aura pas
31 son traitement.

32 C'est important de savoir si les parents on bien compris, maintenant on essaye de le
33 faire au maximum, bien sûr mais bon... (Silence)

34

35 IR : On fait comment ?

36

37 IE : Alors, moi je fais des dessins, le soleil, la lune, etc. Et ça je pense que les gens le
38 comprennent bien. Et puis on montre, la pipette, le babyhaler¹, faut montrer comment on
39 l'administre. Et ça, je pense que c'est comme même à la portée de tout le monde. Je pense,
40 j'espère... Les soins locaux aussi on montre éventuellement pour une varicelle.

41 Voilà, euh, je pense que j'ai jamais fait autrement. (Silence)

42

43 IR : MSL ?

44

¹ Masque spécifique pour enfant pour administration du traitement de l'asthme

1 IE : MSL, pour savoir s'ils ont compris ? On a la carte, et maison rouge, métro, ah
2 d'accord ! Souvent, c'est déjà connu. C'est comme même des gens qui gravitent dans la
3 région, ils connaissent les différents intervenants.
4
5 IR : On a pas parlé des internes et des externes ?
6
7 IE : Oui, ben, faut leur expliquer. (rires) Euh, ben, ils connaissent pas souvent, donc faut
8 expliquer au fur et à mesure, et après selon les sensibilités, il y a une sensibilité ou pas pour
9 ce genre de problème. Bon, c'est pas pluriquotidien non plus, donc ça arrive pas tout le
10 temps. Mais c'est vrai pour les populations migrantes, c'est vrai pour d'autres populations
11 qui n'ont pas accès aux soins pour d'autres raisons. Euh, donc c'est vrai, mais ces gens vont
12 être plus ou moins sensible à ça.
13
14 IR : C'est quoi cette sensibilité ?
15
16 IE : Ah, ça c'est difficile ! Hum, peut-être au delà d'une sensibilité, je dirais une patience.
17 Et la volonté de comprendre les difficultés d'autrui, et ça ça dépend des gens. Des gens qui
18 ont envie que ça tombe dans des cases, et que ça aille vite et que ce soit pareil pour tout le
19 monde, et t'en a qui ont envie de connaître un peu plus les différences.
20 Euh, pourquoi il va falloir passer du temps avec une famille même si c'est pour un
21 problème bénin. Et ça, oui, c'est une question d'intérêt de chacun. Un curiosité ou une
22 patience, je sais pas moi. Ça dépend des gens clairement, ça se voit fort.
23
24 IR : Est-ce que ça s'apprends ?
25
26 IE : Euh, en tout cas, on peut montrer l'intérêt de passer du temps, en tout cas. En tout
27 cas, moi je me laisserai pas de montrer pourquoi il faut le faire, maintenant les gens dans
28 leur pratique par ailleurs font comme ils l'entendent. On peut montrer ce que ça pourrait
29 donner si on laissait passer tel et tel problème, les conséquences locales sur une famille ou
30 sur un campement, si on prend pas bien en charge une hépatite A chez une personne, ou si
31 on explique pas bien, ça peut être regrettable comme même.
32
33 IR : Qu'est-ce qui se passe ?
34
35 IE : Pour expliquer tout simplement l'importance du lavage de mains. Ça prend du
36 temps, mais c'est la seule façon d'éviter que tout le camp, soit contaminé. Expliquer les
37 signes cliniques pour les autres, etc. Donc oui, ça vaut le coup de passer le temps. Ou pour
38 une surinfection, surveiller les signes de surinfection.
39
40 IR : Et ça, aux internes, on leur apprend ?
41
42 IE : Moi, je leur apprends quand l'occasion se présente, mais sinon, je ne pense pas qu'ils
43 l'ai appris, non. A part le risque sanitaire, dans les cours, non, non. Je pense pas, non.
44
45 IR : Et en pratique justement, comment font les internes lorsqu'ils sont face à ces
46 populations qui ont besoin de plus de temps ?

1
2 IE : (Soupir) Alors je vais te dire, c'est aussi dépendant de l'activité du service, parce que
3 c'est vrai aussi aux urgences que tu as le temps. Il y a des moments où tu n'as pas le temps.
4 Et, euh, mais le temps qu'on va passer là, c'est du temps aussi de gagné pour la suite, si c'est
5 pour pas voir revenir cinq personnes. Mais ça oui, faut que les gens comprennent ça, oui.

6 Alors, par exemple, le fait d'hospitaliser plus, ça je pense que les gens entendent vite
7 et bien, d'hospitaliser facilement une famille du fait de la difficulté d'accès aux soins, ou des
8 conditions de vie, ça les gens le comprennent très bien, et à la limite, ça les arrange parce
9 que finalement, c'est moins compliqué. Mais il y a des messages qui passent comme même
10 bien, euh, et c'est pas compliqué aussi de dire de faire attention à l'intoxication au CO² dans
11 la caravane l'hiver, et les gens ont les réflexes facilement.

12 Non, les gens sont comme même à l'écoute, et puis ils sont comme même encore en
13 formation, et ils sont à l'écoute de ce que l'on peut transmettre comme message.

14
15 INTERRUPTION

16
17 IR : Alors, on parlait des messages, le CO dans la caravane, tu en parles comment ?
18

19 IE : Euh, ben moi, j'explique comment ça se passe, euh, que les systèmes de chauffage de
20 caravane quand t'as pas l'électricité, c'est des poêle fabriqués, euh avec du bois ou du
21 charbon ou autre combustible mal étiqueté (rires) et évidemment, il y a une circulation plus
22 que douteuse dans un endroit qui est souvent calfeutré pour pas avoir froid, et donc aucune
23 évacuation enfin douteuse. Et évidemment les symptômes de l'intoxication au CO étant
24 extrêmement bâtar, ils peuvent se présenter pour un malaise, des vomissements, des
25 céphalées, pour autre chose, parce qu'il peut avoir de la fièvre pour une autre chose, et ça
26 peut être aussi des intoxications chroniques, ça peut passer à l'as. Une fois que je l'ai dit
27 une fois, on s'en rappelle, parce que c'est un message qui passe bien, mais alors le plus
28 criant c'est quand on a une famille entière qui arrive et c'est ça, c'est pareil, ça on s'en
29 rappelle. C'est arrivé plusieurs fois, qu'on doit transférer une famille en caisson hyperbare.
30 C'est pas rare, je dirais que ça arrive plusieurs fois par hiver. Notamment, une fois une
31 grande fille est venue pour des convulsions, ça c'était totalement atypique, et en fait, elle a
32 été dépistée positive etc. Donc on a testé les autres, qui étaient également positifs et
33 asymptomatiques.

34 Donc, ça souvent, c'est des messages qui passent bien, ben l'accès à l'eau, c'est pareil,
35 une fois qu'on l'a dit, « ah, ben oui t'as raison, ils ont pas l'accès à l'eau. » Pour soigner les
36 problèmes de peau etc., il faut le suspecter, il suffit de l'évoquer même si les gens n'ont
37 jamais visité de terrain, je pense que ça parle assez rapidement. Et moi, ce que je dis tout le
38 temps aux gens du service, c'est quelqu'un, ou c'est gens du voyage, c'est « est-ce que tu as
39 demandé où ils vivent et comment ? » Et bien, ils ont souvent pas pensé à demander, c'est
40 pas pareil quand on est sur un terrain officiel, ou sur un autre, et où ils sont exactement, est-
41 ce qu'ils sont à vingt minutes d'ici en pleine brousse ou sur un bord d'autoroute, ou est-ce
42 qu'ils sont au bord du métro de Fort de Mons, c'est pas pareil pour aussi reconsulter, revoir
43 un médecin, l'accès aux soins n'est pas le même. Euh, et puis ça les gens l'entendent bien, et
44 puis après ils ont le réflexe de « et ça se passe comment et où? » Souvent sur le dossier il y a

² Monoxyde d'azote

1 écrit Croix-Rouge et ça me donne aucun élément sur le mode de vie. Et puis de toute façon,
2 normalement après l'interrogatoire on peut savoir si la maman parle français et si ça va être
3 facile pour elle de reconsulter.

4
5 IR : C'est marqué où sur le dossier ?

6
7 IE : Sur la première page, sur le collant administratif, là où il y a médecin traitant etc. Où
8 il y a les adresses postales c'est ça, SDF ou Croix-Rouge. Pas de médecin traitant, pas de
9 PMI, enfin rien d'autre, évidemment pas de numéro de sécu, quand c'est le cas.

10
11 IR : Qu'est-ce qu'il y a d'autre sur ce bordereau ?

12
13 IE : Le mode d'entrée, si c'est une entrée en ambulance, les dates de naissances, ça on les
14 a souvent quand même, parce que la plupart ont des papiers, au moins un papier, qui
15 prouve l'identité, en tout cas on pense. Parce qu'il y a quand même des erreurs d'identité,
16 on a déjà observé, et il y a quelques fois on l'a ignoré. On l'a ignoré parce qu'il y en avait un
17 qui avait la sécu, et on était sûr qu'il allait avoir l'ordonnance. Au moins une fois ou deux,
18 on l'a ignoré. Ça c'est sûr, on savait que c'était pas le bon enfant. Ou au moins on s'en
19 doutait très fortement, on pouvait pas le prouver, mais j'ai reconnu la mère, et c'était pas
20 son fils. C'était pas sa mère en tout cas.

21 Euh, de toute façon, oui, tu peux pas le prouver, bien sûr. Euh, après le reste sur le
22 bordereau c'est tou, le reste, il y a pas d'autres choses.

23
24 IR : Donc l'apprentissage de la précarité, c'est vraiment la pratique ?

25
26 IE : Oui. Et moi, les difficultés que j'ai encore ici c'est pas tellement sur le plan médical
27 ou paramédical, parce que les gens commencent à me connaître et j'arrive à faire passer le
28 message, mais j'ai encore du mal avec l'administration. Parce que des gens sont refoulés
29 par ignorance à l'accueil parce qu'ils ont pas de sécu par le personnel d'accueil, en disant,
30 revenez quand vous aurez une carte, ou quand votre sécu sera à jour.

31 Sinon, faudra payer, faudra payer, et les gens se barrent. Notamment des gens, une
32 fois j'avais reconvoqué une famille, pour un enfant qui avait une cécité, il y avait tout un
33 bilan à faire, on devait piquer des trucs de génétique, par rapport à cette cécité plus un
34 retard de croissance, et c'est des gens qu'on a harcelé à la sortie pour qu'ils payent leur
35 consultation d'urgence, alors que j'avais rien demandé, et on les a jamais revu. Donc là...

36 Pour un problème administratif, de paiement, on a loupé certainement le diagnostic.
37 Voilà... Mais là, je supervise pas du tout, là j'étais très en colère (rires).

38
39 IR : Le carnet de santé ?

40
41 IE : Alors le carnet de santé, il a ses avantages, et ses inconvénients. Euh, en tout cas, il a
42 l'avantage d'être en tout cas, donc moi je l'utilise comme même beaucoup, euh, à condition...
43 mais les gens comprennent vite, l'intérêt du carnet de santé, même s'ils en ont jamais eu
44 dans leur pays d'origine, pas tellement pour les vaccins, parce que c'est pas les premières
45 urgences, mais justement pour le suivi de la croissance des traitements. Je pense que les
46 gens, c'est un outils qu'ils utilisent. C'est un message que j'essaye de faire passer aux

1 familles. Euh, et ça permet d'avoir un truc fixe entre les différents intervenants, plutôt que
2 des feuilles volantes. Bon, il y a toujours le risque d'expulsion, de destruction, de là où ils
3 sont hébergés mais bon. Je pense que c'est un outil qu'on doit vraiment utiliser et
4 demander qu'on nous le présente absolument. Pour le suivi, après les vaccinations si elles
5 sont faites, c'est encore mieux, encore mieux.

6
7 IR : Elles sont faites ?

8
9 IE : Euh ça dépend, ça dépend depuis combien de temps... ça dépend en premier lieu, ça
10 dépend si la famille est un minimum présente sur la même commune, un certain temps, je
11 pense qu'on peut sensibiliser aux vaccins, et à la prévention. Euh, mais déjà pour les
12 populations française c'est un problème, ils sont pas très à jour de toute façon. Alors, pour
13 des populations migrantes, expulsables, expulsées, euh sans accès, enfin sans accès à la
14 sécurité sociale, c'est encore plus compliqué alors que c'est les populations qui en ont le
15 plus besoin. Mais bon, là je pense qu'il faut retravailler avec les PMI, mais bon, c'est comme
16 ça qu'on peut avoir les vaccins gratuitement. Ça, ça été au moment des épidémies
17 d'hépatites A qu'il y a eu il y a 18 mois, c'est un problème qui a bien été souligné, mais bon
18 c'est un problème d'argent et d'accès aux soins quoi.

19 Les populations ont comme même compris l'utilité des vaccins pour éviter que tout
20 le monde soit contaminé. Il y a rarement de réticences aux vaccins, enfin je pense, moi je
21 suis pas sur cette pratique là parce que c'est pas moi qui vaccine mais je pense, une famille à
22 qui on explique, il y a rarement de refus. Le problème c'est plus de se trouver dans la
23 situation bien tiens, je peux vacciner ton enfant, est-ce que tu es d'accord, et finalement ça
24 arrive pas si souvent que ça parce que où ils viennent et ils sont malades et c'est pas le
25 moment, où ils viennent pas.

26 Alors, c'est plutôt aller rencontrer ces populations quand il va bien et vacciner. Il y a
27 quelques craintes par rapport aux vaccins je pense, du fait que ça peut donner de la fièvre
28 etc. mais ça, les jeunes mamans, elles ont dépassé ce stade là, je pense que elles
29 comprennent et elles acceptent bien les vaccins. Mais il faut plus se trouver dans le
30 contexte de est-ce qu'il faut qu'on vaccine ton enfant, là maintenant il va bien, c'est plus ça.
31 Ça manque à MSL, je pense. Mais, bon je comprends qu'il ne faut pas se substituer à la
32 prévention, mais bon, ils sont là, il faut en profiter.

33 De toute façon, un argument de plus qu'on peut donner aux familles, c'est que si elles
34 ont le projet de scolarité en France, et je pense qu'il y en a beaucoup qui sont pour, ce sera
35 obligatoire, au moins le minimum, il faut vacciner pour l'école.

36
37 IR : d'autres choses sur l'accueil ici des enfants dans la précarité, ou d'autres choses dont
38 tu aimerais parler ?

39
40 IE : Euh, non moi j'espère c'est qu'on ai identifié, enfin j'aimerais bien que ce soit perçu
41 comme ça par les populations qui connaissent, j'espère que le message passe qu'on peut
42 être accueilli et soigné correctement (dans cet hôpital), quelque soit le niveau de revenu et
43 d'accès aux soins, enfin j'espère que c'est bien le message qui passe. Et, maintenant, je
44 pense en tout cas que pour les professionnels de santé de ce secteur là, que ce soit les PMI,
45 etc. oui je pense que ce sont des messages qui sont passés. Maintenant j'espère que les
46 populations ont bien identifié... (Un autre hôpital) c'est une entité qui est connue,

1 vachement connue, d'ailleurs les gens vont accoucher là-bas parce qu'ils savent qu'il y a la
2 maternité. (cet hôpital) peut-être moins, mais j'espère que ça va perduré qu'on est accueilli
3 correctement (dans cet hôpital), enfin j'espère. Euh, j'aimerais bien en tout cas. Euh, ce
4 serait bien.

5

6 IR : Et les soignants ici ?

7

8 IE : Euh, les soignants ici par rapport à... alors c'est un petit peu comme le problème des
9 internes, c'est que y a la patience et la compréhension des difficultés d'autrui, on va dire
10 l'empathie, et ça c'est aussi personne dépendant, c'est pas une question d'âge, c'est pas une
11 question de niveau, c'est une question des gens qui ont envie d'être curieux ou pas des
12 difficultés et de comprendre pourquoi c'est difficile pour telle maman, et pourquoi elles se
13 comportent comme ça, et pourquoi il y a des gens qui crient et qui se fâchent alors qu'on les
14 a bien accueilli, et bien oui... De la patience, et ça, ça dépend des personnes,
15 malheureusement... comme pour tout. Précarité, vaste sujet.

1 **110428 D006**

2

3 IR : Le sujet, c'est sur l'accueil des patients ici et notamment on va parler de la précarité.

4 IE : D'accord.

5 IR : Alors, j'aimerais savoir, donc c'est (...) ?

6 IE : Oui c'est ça.

7 IR : Et tu as quel âge ?

8 IE : (...)

9 IR : Et quelle est ta fonction ici ?

10 IE : Interne de pédiatrie.

11 IR : Alors, c'est quoi ton travail ici ?

12 IE : Heu donc heu, accueillir les enfants aux urgences et faire l'examen clinique et voir la
13 thérapeutique à adapter en fonction de la pathologie. Heu, ça c'est concrètement pour
14 les enfants, après... superviser les externes et puis être supervisée par les séniors (rire).
15 De... cette façon... je dois répondre ou ?

16 IR : Tout à fait. Alors, tu réponds vraiment comme tu veux. Et c'est...

17 IE : D'accord.

18 IR : Alors il n'y a aucune question piège. Alors j'essaye de poser le moins de questions
19 possibles...

20 IE : d'accord.

21 IR : Et c'est sur la manière pratique ici comment ça se passe. Tu peux prendre des
22 exemples de, enfin, tu vois, tous les jours, c'est vraiment quelque chose de concret et là
23 en fait donc, ces questions je les pose aux infirmiers, aux auxi¹, donc au chef, aux
24 internes donc voilà, tu me dis vraiment. Moi je veux savoir le rôle de l'interne, qu'est-ce
25 que, enfin l'interne, ici au sein du service. Et comment ça se passe.

26 IE : d'accord. Et ben... donc... si je dois donner un exemple concret... un enfant est
27 installé par le... dans le box par l'infirmière. A partir du moment où il est affiché sur le
28 tableau, on prend le relai, on prend le dossier, on va faire l'interrogatoire, voir pourquoi
29 il vient, heu..., avec les antécédents, rechercher ses traitements antérieurs, s'il a des
30 frères et sœurs et des antécédents familiaux et des antécédents personnels et heu...
31 ben... dans le cadre, c'est évident qu'à chaque fois moi je pose des questions de la façon
32 dont il... s'il va à la crèche et comment il est gardé tous les jours pour voir comment, la
33 suite de la prise en charge. Et ensuite heu... donc l'examen clinique... complet... avec si
34 nécessité la prescription d'examen complémentaire, l'analyse des examens
35 complémentaires et en fonction des résultats, la thérapeutique ou hospitalisation ou
36 autre domicile ou en UHCD².

37 IR : l'interrogatoire ça se passe comment ?

¹ Auxiliaire de puériculture

² Unité d'hospitalisation de courte durée

1 IE : Alors moi, je prends le dossier, je m'assois dans le box. Je demande d'abord qui est...
2 enfin qui sont les personnes accompagnantes, savoir si c'est les parents ou... ben des fois
3 les grands-mères, les oncles et tantes et puis ensuite... heu... progressivement, je prends
4 par date, enfin, le début des symptômes et l'évolution en fonction des symptômes et ce
5 qui a été fait, s'ils ont consultés ou non leur médecin, traitant, et après l'évolution en
6 fonction de, de ce qu'à prescrit le médecin traitant et pourquoi ils arrivent aux urgences.
7 Après si, pendant l'interrogatoire, parfois, on va dans le carnet de santé avec les parents,
8 enfin, rapidement, c'est eux qui reprennent le carnet de santé, et après... Moi en général,
9 j'attends, je leur demande d'abord et après je vais voir dans le carnet de santé. Et une
10 fois que l'interrogatoire est terminé, j'examine l'enfant.

11 IR : ça se passe comment l'examen de l'enfant ?

12 IE : Heu donc heu... si c'est un petit, qui est altéré, qui est dans les bras de sa mère et on
13 voit qui est algique ou je sais pas, fiévreux ou pas bien, je vais à priori faire l'examen
14 cardio-pulmonaire dans les bras de sa mère et observer, enfin pendant l'interrogatoire
15 je vais forcément observer, voir un peu comment il était, son état général. Pour bien
16 entendre l'auscultation pulmonaire et cardiaque et puis... après je fais... je leur demande
17 s'ils sont d'accord pour le mettre sur la table et comment ils pensent qu'il va réagir. Et...
18 quasiment tout le temps on le fait sauf rarement et je finis toujours par les tympanes et la
19 gorge parce que ils hurlent après donc voilà (rire). Donc voilà... et puis... je fais l'examen,
20 je dois détailler l'examen clinique ?

21 IR: comme tu veux.

22 IE : (rire) ben alors allons y. Si je détaille l'examen clinique, et ben moi je commence par
23 le cardio-pulmonaire s'ils sont sur les parents et ensuite je fais de bas en haut puisque je
24 finis par les oreilles. Donc je fais toujours, la neuro³, la motricité, réflexes, heu... je vois
25 un peu comment il réagit heu le développement psychomoteur et ensuite je fais
26 l'abdomen, les organes génitaux externes en leur demandant toujours si je peux
27 regarder en dessous de la culotte... heu... et ensuite je remonte, ben si, donc l'abdomen
28 je l'ai dit, si à nouveau, s'il a été bien calme et que je peux réécouter ou si j'ai besoin de
29 réécouter je refais rapidement cardio-pulmonaire mais en général j'ai pas besoin et je
30 fais l'examen cutané, l'état général et je finis par la gorge, les oreilles. Ils sont tout le
31 temps, enfin moi je fais que en couche et en culotte, slip, enfin, ils sont complètement
32 déshabillés, j'enlève même les chaussettes. Voilà.

33 IR : le traitement, ça se passe comment ?

34 IE : alors, le traitement aux urgences, ben il faut aller se renseigner auprès des, enfin,
35 dire auprès de l'équipe ce qu'on va faire donc ça dépend des traitements. Y a pas mal de,
36 enfin par exemple les normacols⁴ je les fais moi-même comme ça, ça gagne du temps.
37 Après tout ce qui est, qui nécessite qu'une infirmière aille donner ou de la prescription,
38 j'écris sur le dossier et puis après donc je transmets à mes collègues, j'écris sur le
39 tableau, je prescris, j'ai déjà prévenu les parents de ce qu'on va faire et après je vais
40 reconstrôler si ça bien été donné et si ça été efficace, enfin c'est différent, si c'est un
41 aérosol de ventoline c'est juste après, si c'est du doliprane, j'attends un peu, enfin etc...
42 si, ça c'est aux urgences, et si c'est un enfant qui est... pas grave, qui va rentrer au

³ Examen neurologique

⁴ Lavement laxatif pour la constipation

1 domicile et ben j'explique aux parents ce qu'on va faire, par oral, je sors du box, je vais
2 faire mes papiers de sortie dont les ordonnances et je reviens, je leur ramène et je leur
3 explique par écrit, enfin ce que j'avais montré, enfin je leur avais déjà expliqué mais... si
4 ils arrivent bien à comprendre...

5 IR : tu expliques comment ?

6 IE : euh, comment j'explique ? ben je lis rapidement devant eux ce que j'ai écrit, je leur
7 demande s'ils ont des questions, s'ils ont bien compris, en général, d'eux-mêmes, ils
8 posent des questions. Je leur lis l'ordonnance, je leur lis le courrier de sortie, heu... et
9 voilà et je leur explique les différents papiers parce que s'il y a de la kiné respiratoire je
10 leur explique qu'il faut se renseigner que soit bien un kiné qui fasse les enfants et je
11 m'assure qu'ils aient compris... souvent je pose une petite question... genre... tout à
12 l'heure vous allez faire quoi... voilà... je sais pas si j'ai d'autre chose à dire là dessus... je
13 crois pas... ça c'est réflexe, un peu, tout ce que je dis (rire).

14 IE : Et le discours alors si jamais ils n'ont pas compris ?

15 IR : Alors, ça m'est arrivé déjà plusieurs fois quand même, heu... enfin, il y en a qui ne le
16 disent pas, parce qu'en fait il y a la barrière de la langue. Ils font oui oui avec la tête et
17 quand je leur pose la question, ils ont pas compris. Donc là j'essaie de réexpliquer. Ça
18 m'est arrivé une fois de faire des schémas mais souvent je fais des signes (rire) et là ils
19 comprennent. Heu... et sinon... si par exemple, j'avais donné une fois le numéro de MSL
20 pour qu'ils soient sûr d'avoir un endroit mais sinon je ne donne pas de consigne
21 particulière, enfin, je leur dis d'aller voir leur médecin. Et sinon... s'ils ont pas compris...
22 c'est tout... Ils me demandent, quoi ? Ils me demandent ou alors ils me disent, ça m'est
23 déjà arrivé qu'ils me demandent de réexpliquer. Je leur réexplique d'une façon un peu
24 différente parce que bon en général je n'arrive pas à changer grand chose.

25 IE : c'est quoi, msl ?

26 IR : donc médecin solidarité lille, c'est un bureau... alors au niveau administratif je ne
27 sais pas du tout comment ça marche, je ne sais pas quel statut exactement ça a. mais je
28 sais où c'est déjà (rire). C'est donc juste le long du métro, là pas loin d'ici, j'ai pas
29 l'adresse exacte. Et c'est, il me semble que c'est un accueil où les gens de toutes, enfin
30 même sans papier, peuvent aller, peuvent aller consulter un médecin généraliste, je
31 crois qu'il y a jamais de rendez-vous et où on peut leur donner aussi les traitements, où
32 ils peuvent recevoir leur kinésithérapie, par exemple respiratoire pour certains. Et je
33 pense pas qu'ils puissent recevoir de courrier comme à la croix-rouge, mais je sais pas.
34 Je sais qu'il y en a qui ont leur adresse comme la croix rouge mais je sais pas si à msl ils
35 ont ça. Et... ce que je pense c'est qu'il y a des horaires, genre 9h-18h ou 9h-20h et
36 qu'après c'est fermé, c'est pas 24 heures sur 24. Voilà (rires). Les réponses sont, enfin je
37 serai intéressée par avoir les réponses après. (rire).

38 IE : Mais là il n'y a aucune question directe, c'est vraiment aucune question piège, c'est
39 juste ce que tu sais toi, et puis surtout comment ça marche ici. Et tout à l'heure tu m'as
40 parlé de la barrière de la langue.

41 IR : Oui. Ben, heu... donc on est à Lille, Lille sud, il y a énormément de roms, et ensuite,
42 une population importante de musulmans qui heu, où les femmes qui amènent leur
43 enfant, ne connaissent pas la langue, française, et sont souvent accompagnées par des
44 plus jeunes, souvent les grands cousins ou les, pas souvent les maris, enfin, pour ma
45 part, ce sont souvent des connaissances ou des cousins hommes, qui connaissent la
46 langue et qui font les traducteurs. Donc heu... et parfois c'est les couples et dans ce cas là

1 le mari est au courant de rien parce que c'est pas lui qui s'occupe de l'enfant tous les
2 jours et dans ce cas là il traduit à sa femme et des fois c'est un peu délicat. Donc ça s'est
3 souvent chez les musulmans. Après j'ai déjà vu des russes et ensuite les Roms... je crois
4 que c'est tout. (interruption par qqn qui entre). Heu... donc la barrière de la langue, du
5 coup, je m'adresse quand même à la personne qui ne comprends pas et c'est l'interprète
6 qui traduit. Alors je sais qu'à St Vincent, il y a une médecin en anatomopathologiste,
7 parle roumain et qu'elle n'est pas dans les listes du standard de traducteurs. Ça m'est
8 déjà arrivé une fois je crois de l'appeler. Et c'était pour un qui allait être hospitalisé. Et
9 c'est tout... le russe j'avais pas du appeler d'interprète, je sais pas les autres pays si,
10 enfin je sais qu'il y a des interprètes pour pas mal de langues mais moi j'ai pas
11 expérimenté. Le russe, c'était le mari qui avait fini par arrivé... et donc je m'adresse
12 quand même à la personne qui est plus au courant de ce qui s'est passé. Par exemple,
13 cette famille dont la maman était russe, l'enfant avait affaire à un syndrome de
14 pénétration, donc je parlais quand même à elle et son mari traduisait quasiment
15 directement et je m'arrêtais le temps qu'il traduise et elle répondait de la même
16 manière. Je crois que c'est tout ce que j'ai à dire.

17 IR : et l'examen clinique dans ces cas là, ça se passe comment ?

18 IE : alors, je change pas ma façon de faire, sauf, c'est de la même façon, je prends pas un
19 enfant et je le mets pas sur la table d'examen. Je demande à la personne qui est là pour
20 traduire, de la même façon je lui dis, est-ce qu'il va, est-ce qu'il veut bien se mettre sur la
21 table d'examen et ben dans ce cas là, de la même façon ils répondent oui il n'y a pas de
22 problème. Et puis de toute façon, je sais pas si c'est une interprétation personnelle, mais
23 d'eux-mêmes ils font plus confiance, j'ai l'impression et donc en fait ils laissent l'enfant
24 beaucoup plus facilement se faire examiner que d'autres familles françaises, enfin, où il
25 n'y a pas la barrière de la langue. Et par exemple, les Roms ou je vois bien dans ma tête
26 quelques enfants où la maman parlait pas un mot de français qui m'ont donné l'enfant
27 presque sur la table dès que j'avais eu quelques renseignements, à peine, la fièvre, la
28 toux... Et ensuite, l'examen, ben, elle reste toujours à côté, je leur montre, avec des gestes
29 que je vais faire les oreilles ou la bouche, mais bon sans... je ne peux pas dire que je le
30 fais, chaque membre, c'est sûr que je vais pas m'arrêter à chaque fois pour dire, je vais
31 faire les oreilles, des fois je fais un peu systématique, hein, je vais pas mentir non plus...
32 voilà...

33 IR : pour la sortie ça se passe comment ?

34 IE : Alors, la sortie... et ben de la même façon je lis à la personne qui interprète là, enfin
35 qui fait... je lis ce que j'ai écrit et je leur demande s'ils ont compris mais bon c'est plus
36 fa... c'est plus difficile... y a pas de... enfin ça m'est jamais arrivé de... d'avoir besoin
37 d'appeler l'interprète parce qu'ils ont pas compris ce que j'ai écrit, bon après peut-être
38 qu'ils ont pas compris quand même, mais ils l'ont pas dit.

39 IR : T'as des exemples ?

40 IE : Heu... des exemples de personnes qui n'auraient pas compris ? Parce que j'en ai pas,
41 enfin pas que je sache... heu... oui j'en ai plein des exemples. Donc par exemple, une
42 petite Roms qui vient pour une suture du cuir chevelu... bon on n'allait pas lui dire pas
43 de piscine parce que de toute façon (rire), parce que de toute façon elle n'allait pas aller
44 à la piscine, mais heu, mais heu... ce qui était retrait des fils à sept jours, c'était plus
45 difficile à expliquer et c'est là où il me semble j'avais dit, j'avais donné carrément le
46 numéro et l'adresse, je sais plus si j'avais donné l'adresse, de MSL... avec la date et ça
47 j'avais fait attention qu'ils comprennent bien le... ce qu'il avait à faire, enfin revenir

1 consulter pour enlever les fils. Et après ce qui était pansements, heu... en fait il devait
2 revenir à MSL pour ce qui était pansements et le retrait des fils. 48h après le pansement
3 et le retrait des fils, à sept, enfin c'était cinq jours ou sept jours je sais plus. Donc ça
4 j'avais dû bien... je me souviens ça avait pris du temps. J'avais dû bien expliquer et
5 essayer de leur faire comprendre et même je m'en souviens avoir fait les gestes dans la
6 rue, de là où il s'était... (rire) voilà... un exemple concret, après... la majorité du temps, le
7 temps qu'ils arrivent aux urgences, finalement ils ont quelqu'un qui parle bien français
8 qui arrivaient, je trouve, donc ça pose moins de problème, heureusement.

9 IR: D'autres choses avec des populations étrangères ou alors des patients plus
10 précaires ?

11 IE: Ouais. Heu... un exemple d'hier... donc un enfant, donc là c'est tout à fait français,
12 hein, des gens tout à fait français mais d'un petit milieu, d'un milieu défavorisé...
13 manifeste, puisque c'était... bon ils étaient un peu simple dans leur façon de répondre
14 aux questions et ils s'éparpillaient dans l'interrogatoire, il fallait bien les recentrer, et
15 heu donc, ils venaient pour leur enfant de neuf mois, ils venaient pour
16 diarrhées/vomissements, c'était une gastro-entérite. Il était pas encore déshydraté, il
17 avait fait de la fièvre selon la maman, mais elle avait pas pris la température, elle avait
18 pas de thermomètre ou je sais plus... et il avait bu son biberon d'ADIARIL®⁵ ou soluté de
19 réhydratation facilement. Et en fait l'externe voulait le faire sortir, parce que pas de
20 signes de déshydratation et pas d'intolérance alimentaire, donc elle avait raison sur ce
21 point, et en fait je l'ai revu derrière et c'était, c'était impossible pour cette maman de
22 comprendre ce qu'il fallait faire et comment il fallait réagir si, si ça persistait. Sachant
23 que je trouvais qu'il était quand même un petit peu abattu et apathique et peut-être un
24 petit peu cerné, les seuls signes. Et en fait, ben j'ai, on a bien fait de le garder, ben déjà,
25 quand j'ai dit qu'il allait être gardé, la mère elle a dit limite bon débarras, je vais être
26 tranquille pendant 24h, donc là j'étais contente d'avoir dit qu'il fallait qu'il reste parce
27 qu'au moins j'étais sûr qu'il allait être bien pris en charge pour sa gastro. Et là, je me suis
28 renseignée aujourd'hui et en fait il a eu beaucoup de débâcles et il se serait
29 probablement déshydraté et il serait... donc ça s'était pour moi... un cas typique des
30 enfants qu'on peut avoir ici (dans cet hôpital) et qui, dont il faut être vigilant. Voilà.
31 Heu... je crois que j'ai pas eu d'autres... enfin si j'ai eu... mais c'est pas forcément... je sais
32 pas si c'est la précarité... c'est une histoire un peu plus judiciaire que j'avais dû gérée
33 dans le sens où j'ai récupéré, enfin, l'équipe, hein, mais c'est moi qui m'en suis occupée
34 en tant qu'interne. Une petite de cinq ans, par les urgences, amené, donné par les
35 urgences adultes parce que la maman était hospitalisée aux urgences adultes pour un
36 problème psychiatrique, et heu... on a appris par eux, c'est à dire par l'équipe des
37 urgences adultes, que c'était une maman qui avait plus, qui était sous tutelle de ses
38 propres parents, et qui avait plus la garde de cet enfant et que les parents donc les
39 grands-parents de la petite étaient allés, une demie heure sortis du domicile et qu'elle
40 s'était enfuit avec sa petite fille dont elle avait plus la garde officielle. Et heu... et donc en
41 fait, on l'a récupérée ici et on avait que des dires sans, sans papiers officiels et c'était un
42 peu délicat parce qu'il fallait que je, donc déjà j'avais dû l'examiner etc. et c'était pas
43 évident parce qu'elle était resté scotchée à nous toute l'après-midi, la petite, on était
44 débordé... et heu, et après j'avais, donc le grand-père était venu mais j'avais dû réclamer
45 tous les papiers, légaux qu'il avait la garde de cet enfant et je savais pas du tout comment
46 faire... alors je sais pas si c'est de la précarité ou autre chose mais ça c'était pas évident

⁵ Soluté de réhydratation orale

1 parce que, et y avait personne qui, enfin je sais plus quel, ça devait être, enfin, un chef
2 qui n'était pas trop au courant et je m'étais dépatouillé avec les cadre du service, donc
3 voilà. Donc je me souviens de ça et sinon je sais pas trop... enfin j'en ai plein mais en
4 même temps j'en ai pas quoi. C'est, c'est très fréquent, c'est vrai que c'est très fréquent
5 ici.

6 Une petite aussi en garde, qui avait piqué tout ce qu'il y avait dans le chariot,
7 (rire) enfin une petite rom avec sa maman, elles avaient rempli leurs sacs. Enfin moi je
8 ne me sentais pas de commencer à m'énerver avec ces gens là, je leur avais laissé, et puis
9 surtout ils avaient piqué un thermomètre donc j'étais contente parce qu'ils allaient avoir
10 un thermomètre parce qu'elle venait pour fièvre, mais bon, je sais pas si c'est une bonne
11 chose pour l'hôpital. Mais ça c'est pas évident, ça par contre c'est pas évident, en garde,
12 la nuit et heu avec les infirmières et moi uniquement, et on sait pas comment il faut
13 réagir et si ça va les énerver et s'ils vont pas suivre du coup ce qu'on a dit qu'il faut qu'ils
14 fassent pour leur enfant... Et après il y a beaucoup d'enfants qui viennent pour
15 intoxication au monoxyde de carbone dans les caravanes. Et ça j'en avais eu pas mal cet
16 hiver. Et heu... Marie, elle avait affiché ce qu'il fallait faire sur le tableau... je me souviens
17 plus exactement des démarches mais y a un signallement pour les intoxications à faire,
18 avec heu, une équipe sociale qui va voir la caravane, je sais plus, mais je connais pas
19 bien. Voilà. (rire).

20 IR : Et là tu avais parlé de cette famille avec qui ça ne s'était pas très bien passé. Ça arrive
21 souvent, c'est quelque chose qui arrive ?

22 IE : la famille qui avait volé ? Ben pour moi, heureusement qu'il n'y avait pas d'homme,
23 du coup c'était que des infirmières femmes, j'étais moi comme interne et c'était une
24 maman avec sa fille, et une ado, à peu près ado. Très agressive et c'était pas évident. Ça
25 arrive quand même, heu... pas souvent mais au moins de temps en temps. Après c'est
26 souvent les familles dans l'attente des urgences. Surtout qu'on a, à part leur réexpliquer,
27 on n'a pas moyen du tout d'aller plus vite ou de, de faire en sorte qu'ils soient, qu'ils se
28 calment donc... ça m'est arrivé une fois, je crois, uniquement, de faire une sortie contre
29 avis médical et en fait, je préparais le papier, ils ont fugué carrément. Les propos sont...
30 ben en fait, j'étais à Roubaix avant et ils sont moins agressifs qu'à Roubaix (rire). J'ai
31 jamais eu, à Roubaix j'avais eu, mais c'était l'hiver dernier et il y avait la grippe A et
32 j'avais été insultée. J'ai jamais été insulté (dans cet hôpital).

33 IR : D'accord. Et cette agressivité ça se passe comment ?

34 IE : En général, ça me déstabilise pas trop, je leur explique que moi j'ai mon rôle et que
35 j'essaye de m'y tenir, et heu, enfin, agressivité, c'est quand même plus souvent en parole.
36 Si jamais c'est, les Roms, là, la première dont j'avais parlé, c'était agressivité physique
37 c'est à dire que, son enfant, elle avait une façon, elle m'avait un peu bousculée, il me
38 semble et puis elle avait une enfant, une façon de l'arracher à moi, alors qu'en même
39 temps elle me la présentait pour que je la soigne. Mais elle c'était plutôt physique et puis
40 après elle parlait en langue, ben je sais pas, en Roms ou je sais pas exactement en quelle
41 langue, je connais pas les dialectes exactement, ça j'avais pas compris mais c'était
42 agressif et après j'ai déjà eu des interpellations surtout de pères, heu... évidemment dans
43 ce cas là c'était agressif au niveau verbal, avec heu, pas d'insulte envers moi mais envers
44 l'attente et l'équipe, ici c'est nul, le service est incompétent, de toute façon je vais aller au
45 (dans un autre hôpital) et heu, voilà. C'est surtout sur la compétence des équipes ou de
46 moi, ça m'est déjà arrivé aussi, mais c'est pas heu... c'est envers soignant mais pas
47 envers ma personne, qui m'était déjà arrivée à Roubaix (rire). Voilà. Et ça se passe

1 comment ? Une fois on a appelé la sécurité mais en fait c'était pour la précarité des
2 adultes parce que c'était un patient des adultes qui venait dans le couloir d'ici, c'est tout.
3 J'ai jamais dû appeler la sécurité, on a géré avec l'équipe.

4 IR : Donc les cultures différentes pour toi, c'est quelque chose que tu vois fréquemment
5 ici ?

6 IE : Oui. Que ce soit... oui parce que, même, c'est... pour moi c'est moins intense qu'à
7 Roubaix, parce que, à Roubaix, c'est, j'avais été plus frappé par la façon de soigner et le
8 modèle méditerranéen de, d'exprimer sa souffrance à fond, et de, et de pas respecter
9 trop la femme médecin. Ici j'ai moins eu ça, par contre je trouve qu'il y a plus une mixité.
10 C'est à dire, les Roms, les musulmans, les français, de tous, de tous niveaux, culturels et
11 heu, je sais pas comment dire, économique, enfin, social. Y a ceux qui viennent parce que
12 c'est la catho (rire) et qui sont très bien rangés, mélangés avec les roumains du feu, les
13 Roms du feu⁶ qui tendent la main. D'ailleurs y a un externe qui m'a dit (rire) qu'il avait
14 un papa et la fille qu'il avait vu la veille aux urgences qui étaient au feu d'à côté, qu'il
15 avait été tout gêné. C'est fréquent, (rire) c'est tous les jours je pense.

16 IR : C'est tous les jours ?

17 IE : Ah oui.

18 IR : De quoi ?

19 IE : C'est tous les jours qu'il y a de tout aux urgences. On a tous les niveaux, tous les
20 niveaux culturels, et social.

21 IR : Et donc dans ta pratique médicale, alors ça... ?

22 IE : ça me dérange pas. Bon moi, je suis au début de, je suis deuxième semestre, heu...
23 pour l'instant ça me dérange mais vraiment pas. Il paraît que au bout d'un moment, ça...
24 ça pèse et que c'est, ça dépasse. Mais par exemple moi à priori je veux faire de la
25 pédiatrie générale en ville et sans dépassement d'honoraire, parce que j'ai pas envie de,
26 voilà. Et heu... on m'a dit, ben t'es folle, après t'en peux plus, tu peux pas aider toute la
27 misère dans le monde. J'en sais rien (rire) pour l'instant, pour l'instant ça ne me dérange
28 pas de le faire. Ça me pose aucun problème.

29 IR : Ici c'est toute la misère du monde ?

30 IE : Heu... en tout cas, je trouve qui, enfin j'avais déjà dit que faire un stage ici, enfin, ça
31 servait à rien d'aller faire de l'humanitaire à l'autre bout de la planète parce que faire un
32 stage ici, c'était déjà très, c'était très, ben heu, riche en... en mixité, et en problèmes
33 sociaux aussi et qu'on peut bien plus aider au coin de la rue que voilà, très loin. Enfin
34 moi j'ai déjà ressenti ça... (rire)...

35 IR : D'autres choses ?

36 IE : Oh, non. Je pense pas. Par contre les réponses m'intéressent, de msl (rire).

37 FIN.

⁶ Feu de croisement, pour la mendicité.

14/08/2011 D007

IR : Alors, c'est des questions libres avec des réponses libres, si on commence c'est euh, quel est ton rôle ici ?

IE : Moi, je suis le praticien hospitalier responsable de la séniorisation des dossiers.
(silence)

IR : et en pratique ?

IE : (silence)

IR : Alors tu es médecin ici, comment ça se passe ici l'accueil des patients ? C'est des questions pratiques, j'essaye de voir comment ça se déroule.

IE : Bon, on a le circuit standard, c'est par les urgences, par l'infirmière d'accueil des urgences. Ensuite, il y a les auxiliaires et les infirmières qui agissent en amont de l'action médicale, pour les consultations simples. 80%, c'est des consultations déguisées, donc 80% c'est par l'intermédiaire paramédical, donc le médecin arrive en second lieu. Sauf en cas d'urgence vitale ou de vraies urgences, où là la prise en charge est médicalisée d'emblée.

IR : La prise en charge médicale ? (silence) Comment ça se déroule ?

IE : Bah, ça se déroule (rires) comme le standard : anamnèse, examen clinique, consultation, l'historique de la maladie, tout ce qu'il y a de plus classique. Avec une particularité aux urgences, c'est d'aller au plus vite, et de faire le tri rapidement. Et surtout d'entrevoir une orientation.

IR : Tu parlais des 80% de consultations déguisées ? C'est quoi des consultations déguisées ?

IE : Qui ne relèvent pas de l'urgence vraie, les urgences vraies, c'est des enfants qui auraient très bien pu consulter en ville avant de consulter aux urgences.

IR : Ils viennent aux urgences pourquoi ?

IE : Bah, c'est le circuit de soin, surtout pour les enfants, qui n'est pas adapté au ressenti des parents. Les parents veulent une action rapides, donc ils appellent le médecin traitant qui leur dit de passer à 6 heures, ils vont pas attendre 6 heures le soir avant de voir le médecin. D'une part, et d'autres part, d'autres qui n'ont souvent pas de médecin attitré ou régulier, donc la porte des urgences est plus facile à offrir.

IR : Est-ce que ça vous arrive ici d'avoir des patients de cultures étrangères ?

IE : Oui, tout le panel de la population française, au moins 30% de la population en tout cas en ce qui concerne la pédiatrie. Des pathologies aiguës qui amènent souvent des consultations (...).

IR : Et ça se passe comment dans ces cas là ?

IE : Sauf dans les rares cas où il y a des barrières de langue, il peut y avoir une prise en charge plus difficile à instaurer, mais le plus souvent il n'y a pas de chose particulière en dehors des problèmes sociaux inhérents aux populations étrangères qui sont à la fois étrangères et en précarité. Du coup il faut différencier population étrangère intégrée, où il n'y a pas de problème social et dans ce cas tout suit son cours.

Les seules difficultés qu'on peut avoir dans la prise en charge non médicale, c'est la prise en charge sociale, le suivi des populations précaires.

IR : Cette prise en charge sociale, justement, c'est quoi ?

IE : C'est la possibilité de savoir si cet enfant peut avoir un suivi, s'il a les moyens ou pas d'acheter les médicaments, et le suivi de toute maladie aiguë.

IR : Comment est-ce qu'on sait s'il peut avoir un suivi, s'il peut avoir ses médicaments ?

IE : Soit par l'interrogatoire, soit on fait passer le service social. Parfois on leur demande de passer à MSL pour leur donner... A part l'Adiaril ou le Doliprane du soir, on peut pas donner de traitement de dépannage rapide.

IR : MSL c'est quoi ?

IE : C'est médecin sans frontières non ?

IR : Médecins soli

IE : Oui, Médecins solidarité Lille.

IR : Et ce sont quels enfants que vous orientez là-bas ?

IE : Eh bien, ceux qui n'ont pas de prise en charge sociale.

IR : un huh.

(Interruption)

IR : Du coup j'ai oublié, alors on en était à MSL et quels enfants vous orientez là-bas ?

IE : C'est des enfants qui relèvent d'un traitement aiguë, disons sans caractère d'urgence vrai. Ceux pour qui on a des doutes sur une prise en charge. A ce moment là, on les hospitalise d'emblée.

IR : La barrière de la langue ?

IE : Ben elle est souvent, elle peut poser un problème du fait de l'anamnèse, de l'organisation du suivi plus. Qui dit consultation aux urgences, dit à la sortie des urgences il doit y avoir un parcours de soin quoi. Ca, ça peut fausser les données justement habituelles qu'on donne aux parents.

IR : Et on fait comment dans ces cas-là ?

IE : Ben, soit on essaye de trouver un traducteur qui est à la maison, ou des gens qui peuvent participer, enfin qui connaissent la langue en question. Soit on se débrouille pour réorganiser, par exemple, on leur dit de revenir pour le suivi directement.

IR : Ils reviennent ici souvent pour des consultations ?

IE : Oui, pour des consultations de suivi. Dans les cas comme ça, un petit peu, où tu sais pas trop ce qu'ils ont compris, les faire revenir deux trois jours après, pour s'assurer de l'évolution. Par exemple, la rhino, un petit de 14 mois, bon état général, mais qui vient parce qu'il tousse et puis (...)

IR : On parlait aussi de l'orientation et des problèmes sociaux, ici (dans cet hôpital) on rencontre beaucoup de population en difficulté ?

IE : Oui, enfin pas la majorité, mais une bonne partie d'enfant, enfin de situations familiales plus ou moins précaires ou plus ou moins avec un contexte social défavorable. Un pourcentage je en pourrais pas te le chiffrer mais de manière empirique peut-être dix pour cent.

IR : Et par rapport à ces populations là, il y a une prise en charge spécifique aux urgences ou pas ?

IE : Dans le sens de la prise en charge, dans le sens du suivi. C'est toujours pareil, quand il y a un suivi qui est pas sur, donc ça entraîne automatiquement un recours à l'hospitalisation de manière présence sociale, si je puis dire.

Un des critères d'hospitalisation en dehors du critère médical.

IR : Le problème de précarité...

IE : Le problème de précarité, d'absence de suivi, le milieu, absence de domicile fixe, par exemple pour les traumatismes crâniens, on sait que s'il n'y a pas de domicile fixe, même pour la surveillance il n'y a pas de critères médicaux, ça va aboutir à une hospitalisation. De la même façon, pour une gastroentérite qui n'est pas déshydratée mais qui a un âge à risque, chez qui on voit des conditions sociales précaires, il sera plus facilement hospitalisé.

IR : L'absence de domicile fixe, tu penses à quoi ?

IE : Ben soit les gens qui vivent à l'hôtel, soit de manière intermittente, ou, ben (raclement de gorge) les Roms. Pas les vieux Roms sédentarisés, parce que ceux-là ne rentrent peut-être pas dans le cadre, qui ont un suivi soit ici, soit à l'extérieur par le médecin traitant. Ceux qui sont là de manière transitoire.

IR : On en voit à Saint Vincent beaucoup ?

IE : Régulièrement, régulièrement. L'épidémie de rougeole l'année dernière, tu étais là quand ? C'était une grande partie, il y avait beaucoup de Roms.

IR : Et ça se passe comment ?

IE : Dans le sens relationnel ?

IR : Dans le sens relationnel, dans le suivi, dans tout ce dont on parlait.

IE : Ben à part de rares cas où il y a une difficulté de langue ou de compréhension, donc en règle générale, ça se passe bien. Plus toute la difficulté de communication.

IR : Et là pour le suivi, ça se passe comment ? (silence) Pour les populations Roms ?

IE : Bah, c'est comme toujours pour les pathologies où il y a un suivi régulier, soit on les reconvoque ici, le plus souvent c'est ça. Le fait qu'il y a pas de médecin traitant qui va reprendre le cours de la maladie, tu vois on les convoque ici.

IR : Le carnet de santé ?

IE : Ben justement, là on parle des gens qui ne sont pas sédentarisés, donc ils ont aucun historique médical.

IR : Et ça, ça affecte comment la prise en charge ?

IE : Ben ça affecte dans le sens où les éléments clés, il n'y a pas le statut vaccinal, ce qu'on a subi généralement enfant à l'hôpital, ça empiète sur les données de base pour le suivi médical.

IR : Tu disais au début de l'entretien, que les parents venaient souvent au plus vite, parce qu'il avait pas le temps d'attendre, ou l'envie d'attendre leur médecin, est-ce que tu trouves que c'est la même chose pour les populations étrangères ou de culture étrangère ?

IE : Non, je pense que c'est personnel à la pédiatrie, quoi. Je pense pas que ça affecte, le fait bon (silence) les personnes non sédentarisées viennent aux urgences, enfin ils ont pas accès au soins de ville, mais ceux qui ont la possibilité d'accès aux soins en ville, c'est plus le côté soit urgence ressentie, soit le côté consultation plus facile aux urgences, pour plusieurs raisons, soit proximité, soit la question d'avancer les sous, l'argent, soit le fait qu'ils n'ont

pas de suivi médical à l'extérieur, régulier, ou pour lequel le médecin traitant, régulier donc. Ceux-là, pratiquement tout leur historique du carnet de santé, ils ont quarante tampons par les urgences.

IR : Cette question d'avance des frais, tu m'as dis tout à l'heure qu'ils venaient ici pour l'avance des frais, où parce qu'il n'y avait pas d'avance des frais...

IE : Oui, pas d'avance des frais, ça peut-être des fois un motif entre autres, quoi.

IR : Comment est-ce qu'on paye ici aux urgences les soins?

IE : Ben par la consultation, ensuite tout est pris en charge sauf au niveau de l'hospitalisation en chambre bien sûr que non.

IR : Est-ce qu'il y a des patients qui n'ont pas de carte vitale?

IE : Oui, il y en a beaucoup, donc c'est là aussi où il faut que l'assistante sociale voit avec l'administration pour payer.

IR : Hum, est-ce qu'on voit des pathologies différentes dans la populations de cultures différentes?

IE : Euh des pathologies spécifiques, oui, certaines pathologies d'importation plutôt. Ils sont moins vaccinés, donc on voit plus de rougeole, donc ils peuvent être porteurs de pathologies par exemple la tuberculose. Mais je parle de culture étrangère, de personne étrangère non sédentarisée. Sédentaires, ceux qui sont en France depuis longtemps, ben au bout d'un certain temps ils retrouvent... Sauf les maladies liées... génétiques par exemple, les drépanocytaires on peut les voir chez les enfants d'origine africaine, plus dans ce sens là. Et toutes les maladies liées à la précarité, ... c'est comme même favorisé par la précarité et les complications liées à la précarité on les retrouve quelque soit la population.

04/08/2011 D008

IR : C'est un entretien qui est oral. Moi je pose le moins de questions possible, enfin je te relancerai de temps en temps , et après je fais des manuscrits, donc je retape tout, donc ça prend du temps.

IE : Oui

IR : Donc, voilà on pourra en discuter petit à petit. Donc je voudrais savoir (...), quel âge as-tu ?

IE : (...) ans.

IR : Et ton rôle ici ?

IE : Euh, tu veux dire ma profession ici, euh, puéricultrice.

IR : Ca fait quoi une puéricultrice ?

IE : Elle est chargée de l'accueil, des enfants, des soins auprès des enfants, de la collaboration auprès du reste de l'équipe. Euh, dans notre travail il y a aussi tout le travail de gestion du service, matériovigilance, commande, voilà. C'est très vaste, on travaille avec le reste des services de pédiatrie.

IR : L'accueil des patients ça se passe comment ?

IE : Euh, techniquement tu veux dire ?

IR : Unhuh.

IE : Alors, après le passage à l'accueil administratif, on les accueille dans le service ici, on cherche d'abord à connaître le motif de consultation tout en jetant un coup d'œil à l'enfant, parce que s'il va pas bien, on prend en charge comme même rapidement même avant l'interrogatoire. Sinon, interrogatoire des parents, euh, on installe l'enfant et on lui prodigue les premiers soins en fonction de ce que les parents nous ont expliqué, on anticipe un petit peu éventuellement sur les examens qu'ils vont avoir après, en posant de l'EMLA®¹, ou en expliquant certaines choses jusqu'à ce qu'on les inscrivent pour qu'ils voient le médecin. Voilà, ça c'est purement accueil.

IR : Quand on jette un coup d'œil à un enfant, qu'est-ce qu'on voit ?

IE : On le regarde cliniquement, on regarde son visage, la façon dont il se comporte, on cherche des signes de gravité, des signes de lutte, ou un comportement inquiétant. Si c'est

¹ Crème d'anesthésie locale pour prise de sang utilisée en pédiatrie.

pas le cas au premier coup d'œil, on sait qu'on a un peu de temps pour discuter avec les gens. Et si c'est pas le cas, il faut qu'on discute pendant qu'on agit ou après.

IR : Quand on discute avec les gens, on discute de quoi ?

IE : De ce qui motive la consultation, qu'est-ce qui les amène, depuis quand l'enfant est malade, de ce qui les inquiète, de comment ça c'est passé à la maison. Si l'enfant a des problèmes de santé particuliers.

IR : Est-ce que (dans cet hôpital), ça vous arrive d'avoir des enfants de culture étrangère ?

IE : oui (silence).

IR : unhuh.

IE : De culture tu veux dire, (silence), ça peut être tout ça veut dire, un langage différent, enfin, la barrière de la langue. Oui, oh oui, ça nous arrive très souvent.

IR : C'est à dire ?

IE : C'est à dire qu'on a des familles, on a des gens réfugiés, des Roms, on a des Gens du Voyage qui même s'ils parlent français on une culture très différente de la notre, on a des gens d'origine maghrébine, qui ont aussi une culture différente de la notre, des Africains, voilà, le plus souvent. Après rarement on a des gens de passage, on peut avoir la barrière de la langue tout simplement en anglais aussi hein (rires).

IR : unhuh.

IE : Oui, des anglais, des britanniques, des américains qui sont de passage, voilà.

IR : la barrière de la langue ?

IE : C'est une énorme difficulté si on a pas quelqu'un qui peut traduire. Je pense que c'est hyper angoissant pour les gens de débarquer à l'hôpital déjà quand on peut s'exprimer correctement, mais si en plus quand on sait qu'on va pas se faire comprendre ça doit être difficile, et nous on est en grande, enfin moi personnellement, je suis en grande difficulté si je peux pas les comprendre, hein.

IR : La quand je parle c'est vraiment dans le service, donc si tu as des exemples pratiques, si toi tu te souviens de situations qui t'ont posé des difficultés ou d'autres exemples.

IE : Ben moi oui, parce que je parle qu'une langue, que le français. Mais bon j'ai rarement, pour tous les gens qui parlent arabe, on a des collègues qui parlent arabe. Euh, pour l'anglais, il y a toujours quelqu'un qui parle anglais, même allemand on a pas trop de

soucis non plus. Après pour les Roumains, ça c'est plus compliqué, trouver quelqu'un qui parle roumain c'est plus compliqué et ça nous arrive très souvent d'avoir des gens qui parlent roumain. Voilà, ensuite parfois il y a de la solidarité entre patients, s'il y a d'autres Roumains dans le service, ben, ça m'est arrivé cette semaine, hier.

IR : unhuh.

IE : C'est à dire que j'ai installé une maman avec un bébé. Euh, elle m'a dit qu'elle était roumaine, elle parlait pas du tout français, et la dame qui était à la chambre numéro 3 et qui avait laissé sa chambre ouverte, et qui était dans le couloir, qui pourtant parlait très bien français mais qui je sais pas trop de quelle origine elle était tu vois, moi je pensais des gens du voyage tu vois, mais visiblement qui devait être roumaine aussi, et qui m'a proposé de faire la traduction. Voilà, après, pour le secret médical, c'est peut-être pas génial, mais au moins... donc elle m'a fait la traduction.

IR : unhuh.

IE : De ce qu'avait le bébé, de ce que la maman voulait, de ce qu'elle disait.

IR : Et ça c'est passé comment ?

IE : Très bien, (silence), oui, pas de souci.

IR : Pour les soins ? (silence)

IE : Encore dans la barrière de la langue ?

IR : Ou de culture différente

IE : Ben de culture différente pffff... Je pense qu'à partir du moment où on explique, là j'enlève la barrière de la langue, mais à partir du moment où on explique aux gens pourquoi on fait les choses, euh si on fait le lien avec les choses qui l'inquiète, avec la pathologie de l'enfant, ce dont il a besoin, si on leur explique bien, ça se passe très bien.

IR : uhuh, on explique comment ?

IE : Avec des mots simples, pas un langage trop médical, faut être compréhensible, de toute façon c'est valable même quand on est pas de culture différente, faut être sûr que les gens ont bien compris, si les gens ont bien compris, on limite vraiment les difficultés.

IR : Comment on s'assure qu'ils ont compris ?

IE : En leur demandant, vous avez bien compris (rires) ce que je vous ai dit ? Voilà en leur demandant s'ils ont bien compris ou parfois du non verbal, les gens nous font comprendre qu'ils ont compris. On voit à leur tête que bon d'accord. Voilà alors ça, c'est pour les parents, pour les enfants de toute façon nous, c'est notre quotidien, c'est

d'expliquer aux enfants pourquoi on fait les choses. Parce que le problème de la culture, on le ressent comme même plus avec les parents qu'avec les enfants. Dans notre relation avec les enfants, il y a moins de retentissement que dans notre relation avec les parents, je trouve, mais bon.

IR : Est-ce que tu peux m'expliquer un peu plus ?

IE : Euh, pffff... Je sais pas, on va prendre un exemple récent, euh actuel, de en ce moment, par exemple le Ramadan, nous avec les enfants on y est très peu confronté, il y a des ados qui le font le Ramadan, bon après la plupart du temps ils sont trop jeune, ils le font pas. Donc ce que nous on peut faire ici en UHCD, c'est si on veut vraiment s'adapter à la culture des gens, c'est on leur propose quelque chose à manger à l'heure à laquelle ils peuvent manger. Et ça, c'est les parents, parce que les enfants ne sont pas soumis à ce genre de ... ou alors, de toute façon ce ne sont pas les enfants qui prennent les décisions pour eux-mêmes. Donc si dans les cultures des gens il y a quelque chose qu'on fait qui les embête, c'est les parents qui vont s'exprimer, c'est rarement l'enfant, donc c'est avec eux qu'on a à dialoguer, à expliquer, c'est rarement avec l'enfant.

IR : Donc on a parlé un peu de l'accueil et du soin, pour la sortie ou le suivi ça se passe comment ? ou pour l'hospitalisation.

IE : Pour le retour à domicile tu veux dire ? (silence) Je ne sais pas. (silence) Alors pour l'hospitalisation, j'avoue je sais pas comment ça se passe, alors nos collègues dans les services... j'avoue je sais pas comment elles font, j'en ai aucune idée.

IR : Après par exemple t'as fait tes premiers soins, le patient a été vu par le médecin, après vous organisez une sortie, comment ça se passe ? (silence) En général, et après on verra...

IE : Ah, en général ! Les gens s'en vont, ils rentrent chez eux, ils vont voir leur médecin traitant ou reconsultent si il y a une persistance des symptômes ou une aggravation des symptômes.

IR : Et ils sortent souvent avec un traitement ?

IE : Oui

IR : Et ce traitement, ça se passe comment ?

IE : Je sais pas, c'est eux qui se débrouillent.

IR : Eux, c'est qui ?

IE : Les parents. C'est les parents qui vont à la pharmacie, où si c'est des gens qui ont des soucis pour avoir les médicaments, j'ose espérer que quelqu'un leur dit que il y a MSL, ou ...

IR : C'est qui, qui leur dit ?

IE : Soit le médecin, soit nous, mais euh, alors soit on a conscience de leur précarité et on leur dit d'emblée, soit si ils nous disent rien, je ne suis pas sûr qu'il y ait toujours quelqu'un pour les informer.

IR : Comment est-ce qu'on peut voir s'ils peuvent avoir leur médicaments ou pas, ou s'ils sont dans la précarité ou pas ?

IE : On devrait leur poser la question, mais eux nous le disent parfois, nous demandent si le médicament est payant, s'il est remboursé, si on peut leur donner. A partir de ce moment là, on se rend compte qu'il y a un souci visiblement de précarité s'ils veulent qu'on leur donne les médicaments, ou il y en a qui nous disent carrément qu'ils ne vont pas aller à la pharmacie. Parce qu'ils savent qu'ils ont pas de papiers de mutuelle, pas de sécurité sociale, euh, pas les moyens d'acheter les médicaments. Dans ce cas j'espère qu'il y a quelqu'un qui pense à leur dire qu'il y a des réseaux autres que la pharmacie.

IR : C'est quoi ces réseaux ?

IE : Euh, MSL, et c'est tout, moi c'est tout ce que je connais, je pense pas que ce soit le seul qu'il y ait, mais c'est le seul que je connais, et c'est le plus proche de l'hôpital.

IR : MSL, ça marche comment ?

IE : Aucune idée. (silence) Je ne sais pas du tout. Nous ce qu'on peut faire, si le temps nous le permet, ou si c'est un enfant qui est hospitalisé, c'est prévenir les service sociaux d'ici, l'assistante sociale, et ça, ça nous est permis si c'est un enfant qui reste un petit peu, pour un simple passage, c'est vrai que c'est rare que ça se fasse.

IR : pourquoi ? est-ce que tu as une idée ?

IE : Je sais pas. Parce qu'on est pas dans la même prise en charge quand on est du côté accueil que quand on est en hospitalisation. On est peut être plus rapide à l'accueil, on essaye de répondre et régler les problèmes le plus rapidement possible, tu vois surtout en période où il y a beaucoup de monde, ce qui ne veut pas dire qu'on bâcle notre travail, mais je pense que c'est peut être des petites chose comme ça qui passent à l'as. Quand il y a un gros flux d'entrée.

IR : Est-ce que c'est quelque chose à changer, est-ce que c'est quelque chose qui toi te pose problème dans ta pratique quotidienne ?

IE : Euh, ce dont on vient de parler ? Quand on en parle c'est un souci, le problème c'est d'y penser. L'idée de me dire que les gens viennent consulter et qu'ils sortent avec une ordonnance et que l'enfant n'aura pas les médicaments, oui c'est un véritable souci pour moi. Ceci dit, le problème c'est d'y penser tout le temps quoi. D'avoir le réflexe de se demander s'il vont avoir le réflexe de se procurer le médicament. Et ça, moi j'y pense pas du

tout tout le temps. Soit j'ai des signes extérieurs de précarité dans leur vêtements, leur physique, leur ... ou ils nous le disent et là j'y pense, soit j'y pense pas, et oui je pense que sans doute il faudrait qu'on change, mais alors quoi, je ne sais pas. Il faudrait qu'on leur pose la question je pense.

12/03/12 D009

IR : Tu oublieras très vite... Alors, donc j'ai heu, j'ai besoin de savoir ton prénom.

IE : (...)

IR : et ton âge ?

IE : heu, (...)

IR : et tu es interne.

IE : interne.

IR : interne de ped¹ ?

IE : Ouais.

IR : en quel semestre ?

IE : 3^{ème}.

IR : ok. Alors, ce que j'aimerais savoir c'est ton rôle ici, aux urgences pédiatriques.

IE : C'est dur comme question... ben, déjà faut savoir que moi, je viens d'arriver aux urgences.

IR : Ouais.

IE : ça fait que trois jours que je suis là.

IR : ouais.

IE : donc avant il y avait les gardes mais heu... quel est mon rôle ? bah, le rôle d'un... d'être le premier médecin que va voir l'enfant qui vient...

IR : mm mm

IE : qui vient aux urgences en général... ils sont vus par les externes d'abord et ensuite par nous.

IR : mm mm

¹ Pédiatrie.

IE : heu donc heu, faire l'examen clinique, l'interrogatoire et si possible le diagnostic et traiter l'enfant et répondre à la question des parents, et puis le rendre, le faire rentrer à la maison, si on n'a pas besoin de quelqu'un d'autre.

IR : d'accord. Si on n'a pas besoin de quelqu'un d'autres ?

IE : d'un avis de chef.

IR : ouais, ok.

IE : donc c'est répondre à la demande du patient... (bruit micro)

IR : non c'est... en théorie ça enregistre bien donc il n'y a pas de, il n'y a pas de soucis, après moi je dois taper en fait tout l'entretien et je dois le coder donc ça prend, ça prend du temps... donc voilà... ok. Comment... est-ce que tu peux me parler du circuit du patient ici.

IE : heu bah, il arrive, il est vu par un infirmier d'accueil, d'orientation, à l'extérieur, ensuite papiers administratifs, ensuite il est accueilli ici par les infirmiers... qui le placent ensuite dans la salle adaptée en fonction de la pathologie et puis du niveau d'urgence, ils viennent nous prévenir rapidement ou pas et ensuite heu bah, dès qu'un médecin est disponible, enfin un externe ou un interne, il est vu, soit par l'externe d'abord, soit par l'interne directement.

IR : mm mm.

IE : après on fait les examens, si besoins, et... et il ressort une fois qu'il est... traité. Ou dans tous les cas, pris en charge.

IR : il est traité comment ?

IE : par prescription. Soit par un acte médical voir infirmier, soit par une prescription à réaliser en ville, soit hospitalisé, si besoin.

IR : est-ce que vous avez déjà ici travaillé ça ensemble, donc ici ça veut dire dans ces trois jours et puis surtout en garde en fait, donc heu, je pense que vous faites pas mal de gardes ici...

IE : ouais.

IR : Donc t'as quand même été pas mal aux urgences, avec des patients d'autres, de différentes cultures.

IE : Oui... des... ben, beaucoup de roumains quand même (dans cet hôpital)... parfois des africains qui ne parlent pas français, qui parlent anglais, j'ai fait un entretien avec une maman qui parlait anglais, donc on l'a fait en anglais... heu... après oui, plein de cultures

différentes... après je ne demande pas forcément la nationalité des parents, si ils sont français ou pas...

IR : tu leur demandes quoi ?

IE : les conditions de vie, si c'est nécessaire, enfin, si on en a besoin pour savoir, heu, pour la qualité de prise en charge de l'enfant, si... on a besoin de savoir si ils ont une voiture ou pas, si, s'il vivent avec, dans une maison ou dans un, dans une caravane, s'ils ont du chauffage ou pas.

IR : mm mm.

IE : après on regarde dans le carnet de santé où l'enfant est né donc on sait si l'enfant, lui est né en France, mais après je demande pas forcément si les parents sont nés en France ou pas. Après quand les enfants ils ne sont pas nés en France, ben du coup on voit que le carnet de santé, ben il n'est pas rempli donc on s'en rend vite compte et, on a des, ben ça pose des difficultés parce qu'on n'a pas les vaccins, on n'a pas les... on n'a pas les renseignements de base, en terme, heu poids de naissance, des choses comme ça.

IR : ça pose quoi comme difficultés ?

IE : ben si les parents le savent ça ne pose pas de difficultés parce qu'ils peuvent nous répondre mais si les parents ne parlent pas très bien français ou ne comprennent pas, ils ne peuvent pas nous dire s'il est né prématurément ou pas, ...et donc ça...

PERS EXT : pardon, excusez moi je ne savais pas que vous étiez là, je fais visiter... (rires)

IE : heu je sais plus ce que je disais... les difficultés... bah...

IR : au niveau du carnet de santé et si on n'a pas les antécédents.

IE : bah, ça entrave la prise en charge, quoi. Si les parents peuvent nous répondre ça change rien, enfin, globalement ça change pas grand chose, après si les parents ne peuvent pas nous répondre bah, on manque d'informations pour une prise en charge.

IR : tu m'as parlé des conditions de vie, comment est-ce que ça influe ?

IE : ben pour nous, savoir si on peut rendre l'enfant à son domicile... si, s'il vit dans une maison avec du chauffage, proche d'un hôpital et que, et que les parents on une voiture, si par exemple il a une bronchiolite qui est un peu limite mais que... il est, il est pas, il est pas dans la rue, on pourra le rendre à la maison plus facilement que si c'est un enfant qui vit en caravane sans chauffage par exemple. Après... oui voilà, globalement, c'est ça, c'est savoir si à la maison il y a le confort et les, et les capacités, enfin les moyens, de, de biens soigner l'enfant.

IR : donc il n'y a jamais de question piège, d'accord, c'est juste vraiment des, des choses de la vie courante, c'est des, des exemples, heu, moi ici j'interroge toujours, enfin j'ai interrogé donc, aussi bien des puéricultures, infirmiers, internes et les médecins, j'aurai interrogé tout le monde, et c'est vraiment des questions qui sont globales et sur ton expérience et ton ressenti donc, à chaque fois que tu as des exemples, si tu te souviens de gamins que t'as traités, dans ces cas là tu peux utiliser ces exemples là.

IE : d'accord.

IR : et tu m'as parlé des conditions de vie en caravane...

IE : oui, ben, c'est parce que c'est l'exemple le plus fréquent ici on va dire, ça nous arrive souvent d'hospitaliser des enfants qui vivent en caravane alors que un autre enfant qui vit dans une maison et qui a les mêmes symptômes on l'aurait pas forcément hospitalisé. Parce que, on sait pas si la prise en charge va être la même par ces différents types de population... si il n'y a pas de chauffage dans la caravane, si heu, si ils vivent très nombreux dans la même caravane, d'autres enfants en contact, qui peuvent soit attraper la maladie, soit lui redonner autre chose et après même, l'accès aux soins, l'accès aux kinés, on sait pas si ça va bien être fait donc ils sont plus facilement hospitalisés que, que des enfants qui ont une maison et une voiture, des choses comme ça.

IR : est-ce que tu peux me parler de l'accès aux soins.

IE : ben ouais... certaines populations ont un accès, qu'on pense, enfin qui peut être plus limité. Ils ont pas, ils ont pas forcément de mutuelle, ils ont la CMU²... on sait pas si les prescriptions vont être appliquées par certaines, par certaines familles, principalement les prescriptions kinés, après on sait pas s'ils vont avoir les médicaments, donc ça nous arrive de, d'appeler, d'appeler MSL³ avant, de les faire sortir, pour leur dire on vous envoie telle ou telle famille, on veut s'assurer qu'ils prennent les médicaments et une fois qu'ils reviennent avec les médicaments on les laisse sortir. Voilà ce que je peux en dire.

IR : comment est-ce que tu sais s'ils vont avoir les médicaments ou pas ?

IE : On peut leur demander déjà, s'ils parlent français, déjà quand il n'y a pas de barrière de langues c'est beaucoup plus simple... s'ils nous disent qu'ils vont aller à la pharmacie ou à MSL et ben, on les croit... après quand il y a une barrière de langues ben, c'est toujours beaucoup plus difficile, mais du coup ben le moyen de s'en assurer c'est d'aller les faire chercher les médicaments, enfin c'est ce qu'on a fait une fois en sortie d'hospitalisation, pas en sortie d'urgence mais, d'aller les faire chercher les médicaments, une fois qui reviennent avec les médicaments on faisait sortir l'enfant.

IR : mm mm.

² Couverture Maladie Universelle

³ Médecin Solidarité Lille

IE : voilà, après si ils ont un médecin traitant c'est toujours aussi beaucoup plus simple parce qu'on peut les ré-adresser vers le médecin traitant mais c'est pas toujours le cas.

IR : c'est pas toujours le cas ?

IE : souvent ils viennent aux urgences en premier, en premier recours. On est les médecins traitant de certains enfants parce qu'ils ont, parce qu'ils ont pas de médecin traitant ou parce qu'il faut payer chez le médecin alors qu'il faut pas payer ici, enfin bon, enfin c'est ce qui, c'est souvent ce qui nous, le motif quoi.

IR : d'accord. Et toi t'en penses quoi ?

IE : bah, j'en pense que parfois ça sature les urgences alors que ça pourrait, enfin ça ne nécessite pas forcément une prise en charge aux urgences, mais après... c'est très compliqué, cette prise en charge de patients qui, soit ne parlent pas français, soit vivent dans des conditions différentes, donc on peut pas, enfin, en général on est assez compréhensif, de leur conditions de vie différentes.

IR : tu as dit que c'était difficile, qu'est-ce qui est difficile ?

IE : ben heu... de prendre en charge dans la globalité, du fait qu'ils ont un accès aux soins différent, qu'ils parlent pas bien français, qui vont pas forcément bien comprendre ce qu'on va leur expliquer, c'est plus difficile pour nous de faire notre travail, de faire un bon interrogatoire, examiner l'enfant à priori, ça ne pose pas de souci, mais du coup, le diagnostic il pourrait être un peu entravé, la prise en charge elle est biaisée par le fait qu'il ne soit pas forcément français ou avec des conditions de vie différentes. On les prend pas en charge pareil vu qu'on va les hospitaliser plus facilement ou on va parfois leur donner, si on ouvre un antibiotique ici, ben on va parfois leur donner la bouteille avant qu'ils ressortent parce que bon, on sait qu'ils iront pas forcément, on sait pas s'ils vont aller à la pharmacie.

IR : comment est-ce que tu sais pas ? qu'est-ce qui te fait douter ?

IE : ben parfois, ils nous le disent, qu'ils ont pas l'argent pour y aller...

IR : d'accord.

IE : heu... et parfois ben le manque de communication fait qu'il y a le doute parce que du coup, parce qu'on peut pas savoir... après si le carnet de l'enfant il est bien rempli, on voit s'il voit un médecin régulièrement, s'il a l'air d'être bien suivi, ben ça nous rassure, on voit qu'ils viennent régulièrement, que les parents savent voir un médecin quand il faut, bon après ça dépend de, ça dépend si c'est bien rempli ou pas.

IR : tu as dit tout à l'heure, que tu t'assurais qu'ils avaient bien compris. Comment est-ce que tu t'assures qu'ils aient bien compris ?

IE : on peut jamais vraiment savoir. Bah... s'ils parlent pas français, soit on arrive à trouver quelqu'un, ça arrive de trouver des interprètes, ça nous est déjà arrivé de faire venir, il y a un interne de gynéco qui parle, par exemple, qui parle roumain, donc ça nous est arrivé de devoir le faire venir pour, ben pour expliquer aux parents. Après, ben on trouve toujours des moyens au fur et à mesure, enfin y a quand même des mots qu'ils comprennent, voilà il y a les principaux mots et les principales choses qu'on arrive à faire comprendre... parfois on n'est pas sûr qu'ils aient tout compris mais si c'est pas grave ben on les laisse ressortir quand même, après si c'est plus grave on essaye de faire venir quelqu'un qui va expliquer qu'il y a des choses importantes à surveiller mais si c'est quelque chose de pas grave, par exemple, j'ai fait sortir une maman, qui parlait pas bien français, qui était roumaine, il y a quelques jours, je sais plus ce que c'était mais... c'était une tuméfaction cervicale, c'était un kyste, une tuméfaction du sternocléidomastoïdien suite à l'accouchement. Elle était inquiète, mais je lui ai répété vingt fois que c'était pas grave, pas grave, pas grave, je sais pas si elle a compris, peut-être qu'elle ira revoir un autre médecin mais comme c'est pas grave, ben au bout d'un moment ben de toute façon je ne pouvais pas m'acharner, je lui ai dit que c'était pas grave (rire)...

IR : la barrière de la langue ?

IE : c'est compliqué.

IR : mm mm.

IE : ben... ça entrave l'interrogatoire et puis ben heu, faire comprendre aux parents ce qu'a l'enfant, pour pouvoir bien les rassurer si on doit les rassurer et être sûr, ben leur expliquer ce qu'ils doivent surveiller et ce qui doit les amener à revenir, ça parfois c'est pas bien fait, et c'est pour ça que ben parfois on est obligé de les garder pour les surveiller de nous même, quand on n'est pas sûr que ça soit compris par les parents. Ben ça complique, ça complique plein de choses, même les problèmes administratifs, leur expliquer d'aller faire les papiers de sortie, parfois on est obligé de les accompagner pour faire les papiers de sortie avec eux...

IR : tu m'as parlé des interprètes, qu'il y a des interprètes ici. Est-ce qu'il y a, est-ce qu'il y a d'autres outils ?

IE : on peut faire des dessins...

IR : ouais

IE : heu... de toute façon il y a toujours un courrier qui est écrit, qui est écrit en français, après si ils ont quelqu'un dans la famille qui comprend le français ben le courrier ils le feront relire, après... lui ou leur montrer, leur montrer ce qu'il faut faire, s'ils arrivent à comprendre qu'on est en train de leur montrer le traitement ben, souvent on fait, voilà on fait faire les DRP⁴ par les infirmières qui vient montrer comment on fait, voilà.

⁴ Désobstruction rhinopharyngée

IR : tu m'as parlé de MSL.

IE : oui. Je connais pas bien. C'est un peu vague, mais je sais que c'est à côté et que ben, ils s'occupent de, des, des populations qui n'ont pas forcément la prise en charge sociale et les... et les papiers et qui, et qui peuvent leur donner les médicaments... sans faire, sans faire payer. Je sais pas exactement comment ça se passe d'ailleurs mais. Et ben du coup, on les envoie souvent là-bas, même eux, ils connaissent, souvent c'est eux qui disent MSL... souvent c'est pas, c'est pas forcément, ça vient pas que de nous quoi.

IR : tu m'as parlé de la prise en charge sociale.

IE : (silence) après c'est plutôt mon expérience de, du troisième étage que des urgences mais... bah, ça arrive que l'assistante sociale vienne, qu'elle vienne dans les parages quand il y a des, quand il y a des gros problèmes, pas une petites bronchiolite ou un problème un peu plus important, vienne aider la famille à dépatouiller les papiers qu'il faut, quelles sont les démarches pour qu'ils aient la CMU, pour tout ça et... parce que nous c'est vrai que tout ça, c'est un peu, c'est un peu difficile quoi surtout si la barrière de la langue vient se, se rajouter là-dedans... et heu, voilà.

IR : mm mm. Tu m'as parlé des populations roumaines, alors comment ça se passe ici ?

IE : ben heu... je sais pas trop comment dire... comment ça se passe... aux urgences comment ça se passe ?

IR : oui quand tu es aux urgences ou quand tu es en garde...

IE : ben ça se passe... bien. J'ai jamais eu de souci particulier. C'est parfois plus difficile du fait de la barrière de la langue mais on le marque, moi je le marque tout de suite dans mon interrogatoire, en observation je marque qu'il y a une barrière de langues et du coup c'est moins complet, on a pas forcément tout les éléments... mais sinon, ben ça se passe bien, en tout cas je n'ai jamais rencontré de problème, à part la barrière de la langue et du coup le diagnostic qui peut être un peu, enfin une prise en charge un peu biaisée mais sinon pas de souci... à part le souci de communication.

IR : mm mm.

IE : et du coup, de prise en charge qui doit être adapté pour ces populations, parce que soit ils vivent en caravane soit ils parlent pas français, soit ils ont pas un accès aux soins identique... dans mes expériences, soit on a recours à l'hospitalisation plus facile soit on les laisse rentrer à la maison quand on est sûr qu'ils ont bien compris, jusqu'ici moi j'ai pas eu de souci... ils ont, c'est vrai qu'ils viennent fréquemment, quand même facilement aux urgences, facilement, enfin sans, pas forcément pour des trucs qui nécessitent une prise en charge aux urgences.

IR : comment ça se fait ?

IE : la localisation peut-être de l'hôpital, le fait aussi de savoir qu'il y a des chambres d'hospitalisation ben pour les... qui sont... pour les patients qui ont la CMU, qui ont pas une pri... une couverture sociale normale...

IR : mm mm...

IE : ben ils savent qu'ils vont pas avancer les frais en venant à l'hôpital. Et puis peut-être qu'ils sont bien reçus (rire) donc ils reviennent !

IR : ouais.

IE : je sais pas, il y sont bien (dans cet hôpital).

IR : ouais. Heu... donc on parlait des roumains, c'est quoi des roumains ?

IE : ben roumains, roumains, ça veut dire qu'ils viennent de Roumanie. Après, il y a les Roms, les gitans, qui vivent en caravane, qui sont des... nomades entre guillemet...

IR : ouais...

IE : enfin voilà, qui partent, qui vont d'endroit en endroit... ici j'en ai pas rencontré, des Roms qui se déplacent, en tout cas pas dans mon souvenir, j'en ai rencontré dans des services antérieurs mais pas ici, pas particulièrement. Ils vivent la plus part en caravane quand même.

IR : d'accord. On parlait du carnet de santé.

IE : oui. ben, le carnet de santé c'est quand même un outil très pratique pour le pédiatre parce qu'il y a tout qui est reporté dedans, les antécédents, les vaccins, les antécédents de néonato qui sont pas toujours importants quand l'enfant est grand mais quand l'enfant est petit c'est important et... si l'enfant il est pas né en France, son carnet de santé il va pas être rempli, il va avoir un carnet de santé français mais quand il va arriver donc tout ne sera pas reporté dedans... du coup ben, on ne sait pas, on ne sait pas forcément si les vaccinations sont à jour et puis ben, les allergies, les choses comme ça. C'est un outil qui est quand même assez indispensable et puis pour reporter dedans et puis après... souvent ce que j'ai constaté ici dans les populations de Roms, ils ont des carnets de santé. Ils viennent avec leur carnet de santé, enfin, la plus part du temps quand même, du coup peut-être que je m'efforce un peu plus à remplir dedans parce que je sais pas si eux ils sauront retenir ce que je leur aurai dit, au moins il y aura une trace écrite qu'ils auront avec eux.

IR : au niveau des vaccinations ?

IE : ben... souvent c'est pas à jour, surtout les petits, ouais les petits qui ont, qui ont huit mois, on voit qu'ils ont pas commencé les vaccinations, souvent on se rend compte qu'il y a eu aucune vaccination de faite ou en tout cas rien n'est reporté dans le carnet de santé donc

on ne sait pas si ça a été fait ou pas. Après ça dépend des familles, il y a des familles qui sont, qui ont un médecin traitant et du coup ben, ben c'est fait et c'est globalement bien, bien fait. Mais souvent, souvent, ils ont aucune vaccination de débutée donc on leur rappelle. Mais après, moi ça m'est jamais arrivé de vacciner l'enfant aux urgences.

IR : ils les font où les vaccinations alors ?

IE : ben heu... je sais pas, je sais pas. S'ils ont un médecin traitant ben je pense que c'est chez le médecin traitant... après il y a des consultations de pmi, après je sais pas si ils ont un accès aux soins qui est quand même bon et ben ils vont avoir ce genre de consultation, du coup ils vont faire les vaccinations là-bas... mais ça dépend, ça dépend vraiment des cas.

IR : est-ce que tu as vu des pathologies spécifiques... à ces populations ?

IE : heu... alors, aux roumains, pas particulièrement... les populations étrangères, il y a les drépano⁵

IR : mm mm...

IE : on voit quand même un peu.

IR : ouais.

IE : mais en général, ils sont quand même, enfin, ils sont pas forcément étrangers, ils sont français ou alors... j'ai rencontré peu de souci avec ces populations là quand il n'y a pas cette barrière de langues, en tout cas pas toujours... après d'autres pathologies spécifiques, pas dans mon souvenir en tout cas...

IR : d'accord. Est-ce que tu vois d'autres choses à ajouter en prenant ton expérience, ce que tu as vu ici, sur l'accueil des populations d'origine étrangère, sur l'accueil des populations Roms ?

IE : ben, c'est particulier... parfois ça peut, ça peut nous saouler quand même, enfin : « ouais c'est des roms, on va rien comprendre encore » ou « ils viennent pour rien », parce que souvent ils viennent pour rien, ils viennent souvent pour se rassurer, parce qu'au bout d'un moment ils comprennent quand même certaines choses et quand ils voient que l'enfant il tousse, ils viennent, ils disent « saturation, saturation, c'est bon ? » et là ils veulent rentrer quand ils compris que c'était bien, on finit même pas l'examen, ils veulent repartir. Ouais ça peut être parfois compliqué mais heu ben on est souvent les seuls médecins à les voir régulièrement donc il faut bien les prendre en charge quand même, même si... même si ben, on n'est jamais ravi d'aller voir une famille roms avec quinze personnes dans la salle (sourires) et voilà, tout ce qui va avec...

IR : il y a quinze, il y a toujours quinze personnes dans la salle ?

⁵ Drépanocytaires

IE : non pas toujours. Mais parfois quand même, ils viennent, ils viennent en famille, souvent.

IR : et « tout ce qui va avec » ?

IE : ben ils viennent en famille, comme ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit parfois, les enfants peuvent être un peu turbulents, ils sont pas toujours très propres...

IR : mm mm...

IE : ils ne sentent pas toujours très bon, mais ça ça dépend, on peut pas toujours... et heu voilà...

IR : d'accord. Ok.

IE : je sais pas quoi ajouter de plus.

IR : non non mais c'est très bien. Ok, on s'arrête là ?

IE : ça marche.

05/03/2012 ; D010

IR : Donc moi je vais te poser des questions, mais je ne vais pas en poser beaucoup. Je vais te relancer de temps en temps, mais pas beaucoup, et c'est vraiment sur ton travail et ton expérience ici, donc à chaque fois que tu as des exemples, tu peux utiliser des exemples, des choses comme ça. Alors j'ai besoin de ton prénom en premier.

IE : (...)

IR : Et ton âge :

IE : (...)

IR : Et ta fonction ici ?

IE : Interne. (silence)

IR : Alors moi les entretiens quand je les tape, je les anonymise, on sait pas qui c'est, on sait juste l'âge et la fonction. Alors quel est ton rôle ici, quelle est ta fonction ici, qu'est-ce que tu fais ici ?

IE : Ben, un interne, il fait la consultation, il voit les patients, il les examine, c'est vraiment de la consultation de médecine générale la plupart du temps, les examiner, prévoir des bilans si besoin et puis diagnostiquer, faire des ordonnances, et puis ils ressortent.

IR : Unhuh, est-ce que tu peux m'expliquer comment ça se passe quand un enfant arrive, qu'est-ce qui se passe ?

IE : L'infirmière voit l'enfant en salle de tri et puis le mets dans une des six salles, avec la salle de suture et de plâtre. Et puis, moi je vois qu'il y a un patient donc je prends son dossier, je vais le voir et puis la consultation commence.

IR : La consultation commence, la consultation se passe comment ?

IE : Ca se passe comment, ben, il y en a pas une pareille. Chaque consultation est différente, selon s'il y a les parents, selon le niveau social, selon si les parents ... Il y en a qui sont très présent dans la consultation, donc c'est tellement varié qu'on peut pas dire comment se passe une consultation, parce que chaque consultation est différente. C'est très difficile comme question, pour y répondre.

IR : Tu parlais du niveau social. Est-ce que tu situes socialement le patient quand il arrive, est-ce que ça t'effleure ?

IE : Dès le début, oui, ben oui.

IR : C'est à dire ?

IE : Ben, dès le premier regard. L'aspect, ici il y a énormément d'étrangers comme même. Beaucoup de personnes issues de la communauté des gens du voyage. Il y en a certains où tu as déjà la barrière de la langue. Donc tout ce qui est interrogatoire, c'est pas toujours évident. On est amené parfois à faire appel à des interprètes, pour essayer de mieux prendre en charge l'enfant, parce que c'est pas toujours facile. Après, déjà quand il n'y a plus la barrière de la langue, ça c'est vraiment important. Ça te change une prise en charge totalement. Du début jusqu'à la fin même, parce qu'après il y aura le traitement, il y aura aussi... Quand t'as la barrière de la langue, va expliquer une ordonnance aux parents, c'est pas toujours facile. Et puis voilà.

IR : Tu expliques comment l'ordonnance ?

IE : Ben, qu'en il y a la barrière de la langue ?

IR : Unhuh.

IE : Au mieux avec l'interprète. Au pire avec les gestes.

IR : C'est à dire ?

IE : Tu mimes, s'il y a des désinfections rhinopharyngées, ben tu montres carrément, tu fais, au moins ça lui fera faire. C'est voilà.

IR : T'as parler des populations étrangères ? Il y a des étrangers à Saint Vincent ?

IE : hein ?

IR : T'as dis qu'il y avait beaucoup d'étrangers à Saint Vincent, c'est à dire ?

IE : Ben, beaucoup de gens issus de la communauté du voyage. Essentiellement. Après les autres parles français en général, donc c'est pas compliqué. C'est beaucoup moins compliqué. Après il y a les cultures aussi, culturellement il y a certaines choses qu'ils accepteront bien plus que d'autres.

IR : Par exemple ?

IE : Les antibiotiques, toutes ces choses là. La culture, mais c'est pas forcément les étrangers, mais la représentation de la maladie et du traitement.

IR : Est-ce que tu peux m'en parler un peu plus de la représentation de la maladie et du traitement.

IE : Alors, ben y en aura certains qui seront d'accord dès le départ avec ta prise en charge, t'auras pas besoin de beaucoup argumenter. D'autres si tu mets pas certaines choses, alors ça peut être des antibiotiques comme d'autres médicaments, ben ... Ou des fois, c'est de l'homéopathie, des fois je me suis retrouvée face à une patiente qui voulait que je soigne son enfant par homéopathie. Bah, je lui ai dit désolé, mais ici on ne soigne pas par homéopathie, ici moi j'ai aucune compétence en homéopathie, je ne juge pas du tout l'homéopathie mais moi en tout cas à l'heure actuelle pffff. Et elle voulait que je soigne la laryngite de son enfant par homéopathie, donc là voilà j'ai vraiment du argumenter, moi la laryngite je soigne ça par cortico¹, c'est comme ça et après, si ça vous convient pas, ce que je peux comprendre ben faut pas venir aux urgences de (cet hôpital). De toute façon, nous c'est très protocolisé, et voilà. Donc des fois, c'est sur qu'il faut argumenter ton traitement, ta prise en charge. D'où la culture, et la représentation de la maladie qui est importante.

IR : Est-ce que tu as d'autres exemples par rapport à la culture ? A chaque fois c'est pratique, donc si tu te souviens, de cas, de patients, de choses comme ça. Moi c'est ce que je recherche.

IE : Euh, ben non, le coup de l'homéopathie ça me venait, après les antibiotiques, c'est toujours la même bagarre, mais ça, c'est avec tout le monde. Il veulent forcément des antibiotiques, t'a beau leur expliquer que c'est viral, les antibiotiques n'aurons pas d'efficacité dessus, non, donc ça c'est toujours, faut argumenter, faut donner tes arguments, et essayer de lui faire comprendre que voilà.

IR : t'as parlé des gens du voyage tout à l'heure. Est-ce que tu peux m'en dire plus ?

IE : hah, moi ça fait pas très longtemps que je suis ici, aux urgences mêmes, ça fait dix jours à peine. Sinon, lors de mes gardes c'est toujours difficile, quoi. Parce que t'as la barrière de la langue, parce qu'ils arrivent (rires...) pratiquement toujours à cinq. Du coup, c'est très théâtral comme consultation, ça part dans tous les sens, t'es obligé de te concentrer sur l'un, essayer de comprendre pourquoi il vient, parce que les parents, les frères et sœurs, les cousins, t'as toujours du mal à savoir le lien de parenté entre chaque. Quand il y en a un qui parle français à peu près ça va, mais des fois ça peut être vraiment compliqué comme consultation, quand il y en a ... Ben faut comprendre quel motif, des fois il y en a plusieurs de motifs, faut essayer de trouver le plus important. Des fois ils vont se pencher sur un motif qui est pas vraiment important à nos yeux, alors que eux viennent pour ça. C'est pas facile.

Et là pareil, pour la poursuite de la prise en charge, il y a MSL² heureusement, ça c'est vraiment important pour nous, on bosse vraiment beaucoup avec MSL, et après je sais pas du tout comment ça se passe à MSL, je me suis déjà posé la question, est-ce que eux leur explique, est-ce qu'il y a un traducteur, parce que c'est vrai qu'on envoie très facilement à MSL, et heureusement, parce qu'ils n'ont pas d'argent, et n'ont pas de couverture sociale. C'est une médecine qui est vraiment particulière, il n'y a qu'ici, moi j'ai découvert cette médecine là ici. C'est vrai que j'avais jamais été confronté à ça avant. Et euh, donc voilà.

¹ corticoïde

² MSL : Médecins Solidarité Lille

Après, je me suis déjà posé la question, quand un même vient pour une rhinopharyngite, va lui expliquer les DRP³, euh, déjà quand il n'y a pas la barrière de la langue, ils te regarde avec des yeux bizarres, alors là, avec la barrière de la langue, c'est bien pire, mais, ben on essaye de faire notre maximum, de notre mieux.

IR : Et c'est quoi notre maximum ?

IE : Ben, de leur expliquer, de leur faire comprendre, de voir s'ils ont compris, on leur demande, allez-y, expliquez-nous ce que vous avez compris. Et puis on voit un peu.

IR : Vous voyez quoi ?

IE : Euh, s'ils sont capables de fournir les soins. On garde facilement aussi. Beaucoup plus facilement on hospitalisera un enfant parce qu'on sait que la prise en charge sera pas ... Même chez une personne lambda, l'enfant aurait pu sortir avec ses parents et voilà, là facilement on le garde au moins pour le premier jour, faire les soins et puis après on voit.

IR : Qu'est-ce qui fait que la prise en charge à la sortie sera difficile ?

IE : Pour ces populations là ? Ben, elles ont pas d'argent, euh, il faut trouver le moyen pour qu'ils aient les traitements. Donc il y a MSL, nous, je sais qu'on leur fournit quelques petits trucs comme ça, leur donner des vêtements aussi des fois, on essaye d'être au maximum dans la prise en charge, pas forcément médicale, et puis voilà.

IR : Et les conditions de vie des populations Roms ?

IE : Et bien, je suis jamais allé dans un camp de Roms, mais des fois quand tu vois l'état d'hygiène des parents et des enfants, tu peux imaginer le pire. Euh, ouai, ça c'est triste.

IR : Tu m'as dit, enfin tu as évoqué qu'ils venaient souvent en groupe, et de l'hygiène, est-ce qu'il y a d'autres choses que tu remarques ?

IE : Ben, toute la prévention, tout ce qui est vaccin, souvent on a un carnet de santé, s'ils sont nés à Saint Vincent, ou à Jeanne de Flandres, ils ont un carnet de santé, donc tu sais le départ, donc poids de naissance, taille, APGAR⁴, et compagnie. Puis alors après, pfff... C'est le flou le plus total, des vaccinations, souvent tu sais pas, est-ce qu'ils les ont pas eu, est-ce qu'il les ont eu, mais pas noté ? ça, la dessus, c'est le grand flou. En plus, il y en a certain qui voyagent beaucoup, donc euh, il y en a qui viennent de Roumanie, et puis il y en a qui font des petits tours en France, parce qu'ils sont délogés tout le temps. Donc c'est sur que c'est pas évident non plus.

IR : Ils ont souvent un carnet de santé tu trouves ?

³ Désobstruction Rhino Pharyngée.

⁴ Score de réanimation donné à la naissance d'un enfant lors de l'accouchement.

IE : Ben les tous petits, oui moi je trouve. Mais après, il faut qu'ils pensent à le prendre. Et puis oui, je te dis, dans les carnets de santé, à part le tout départ, c'est la sage-femme qui l'a noté, poids de naissance, et tout ça, mais sinon, après pfff. En gros, à part le départ quand tu sais comment c'est passé le début de vie, et puis après tu sais pas quoi.

IR : MSL ? C'est quoi MSL ?

IE : Définition de MSL, Médecine Solidarité Lille, je crois. Qu'est-ce que c'est, et bien c'est un centre qui est pas très loin d'ici, qui délivre les médicaments. Moi je sais que, et puis ils font aussi des consultations, moi j'ai déjà été amenée à les appeler pour voir s'ils avaient tel traitement ou pas. Euh, heureusement qu'ils sont là. Alors, c'est pas non plus incroyable, mais je pense heureusement qu'ils sont là, c'est déjà ça. Moi, pareil, j'ai découvert ça ici, je ne connaissais pas avant, et quand t'es vraiment dans le besoin, mais là pas forcément les populations Roms, mais quand t'es dans le besoin quel qu'il soit, c'est comme même bien.

IR : Tu m'as parlé de la couverture sociale...

IE : ouais.

IR : Est-ce que tu peux m'en parler un peu plus ? Quelle est ton expérience ici en temps que médecin par rapport à la couverture sociale ?

IE : Couverture sociale, euh, ben... (silence) Je sais pas trop, quand on les hospitalise on leur demande s'ils ont une mutuelle ou pas. En fonction de savoir si on les mettra en service ou en chambre. Parce que les chambres c'est payant, donc il faut une mutuelle. Donc c'est vrai que forcément ça te fait une division. Tu vois que ceux en chambre quelque part ils sont plus riche que ceux qui sont en service. Tu vois vraiment plus de cas sociaux quand t'es du côté service... moi avant j'étais au troisième⁵ donc c'est pour ça que je te parle de ça.

Euh, après ici aux urgences mêmes, il n'y a pas de différence puisque de toute façon on les soignera, qu'ils en aient, ou qu'ils en aient pas, on cherche pas à savoir si... Enfin moi en tout cas, moi je ne cherche pas à savoir si ils ont une couverture sociale, c'est exactement la même prise en charge. Euh, après au niveau administratif, je ne sais pas trop comment ça se passe. Je me suis jamais trop posé la question.

IR : Tu m'as parlé de l'accès aux médicaments ?

IE : L'accès aux médicaments, ben quand t'as une mutuelle, c'est facile, avec la sécu⁶ ou la CMU⁷ même, tu vas chez le pharmacien et voilà. Après quand t'as rien, t'as MSL. En gros.

IR : Comment tu sais s'ils ont rien ?

⁵ Troisième étage : service de pédiatrie générale nourrissons et enfants moyen de 2 à 12 ans.

⁶ Sécurité sociale

⁷ Couverture maladie universelle

IE : Ben, tu leur demandes.

IR : Oui ? (silence) Tu leur demandes toujours ?

IE : Euh, déjà sur les papiers c'est écrit, je regarde si c'est une CMU ou pas, et après très vite dans la conversation, ça vient, tu donnes l'ordonnance, tu leur dis tu vas chez le pharmacien, la plupart, ceux qui n'ont pas de couverture, ils te regarde avec des yeux écartés. Tu comprends très vite qu'ils vont pas chez le pharmacien, donc très vite tu parles d'autres systèmes d'aide, style MSL.

IR : Alors, tu m'as parlé de la barrière de la langue. (silence) Pour toi, dans ta pratique ici ?

IE : Ici, en général, ça se passe plutôt bien. A part de temps en temps. Plus fréquemment ici, t'as des parents qui ne parlent pas du tout français. Nous on a tout un système de répertoire, bon moi j'ai un collègue qui est interne en gynéco, roumain. Donc dès qu'il est là, mais je ne veux pas non plus trop l'embêter, parce qu'il fait aussi son job d'interne de gynéco au dessus.

Ben vraiment quand on a pas de retour, qu'on y arrive vraiment pas on peut l'appeler. Euh, j'ai une des externes qui est marocaine, donc elle parle l'arabe. On se débrouille et on y arrive. Si on cherche un peu, on trouve, et puis avec les gestes, non ça va. Parce que moi par contre je suis pas du tout bilingue. (rire) Même, l'anglais.

IR : Tu parles quoi comme langue ?

IE : Le français (rires).

IR : OK, est-ce que toi, dans ton expérience ici, est-ce qu'il y a des choses par exemple par rapport à la prise en charge sociale ou la prise en charge des patients d'autres choses que tu verrais ? D'on tu aurais besoin ou que tu ferais ?

IE : Dans la prise en charge, à part les soins c'est ça ?

IR : Ben, tout ce qui est problème de prise en charge, problème de barrière de la langue, toi est-ce qu'il y a d'autres choses qui te viennent à l'idée ?

IE : Non, euh, après au niveau social, peut-être des fois on aurait, mais je te dis, moi ça fait une semaine que je suis vraiment aux urgences donc j'ai pas encore eu une énorme expérience. Avec l'assistante sociale, je sais qu'au troisième, je travaillais pas mal avec l'assistante sociale, pour d'autres problèmes, pas forcément la barrière de la langue. Parce qu'il ne faut pas exagérer non plus, on a pas que des Roms. Mais on a comme même pas mal de cas sociaux, des histoires difficiles, des contextes familiaux très durs, donc c'est vrai que moi j'appelle facilement l'assistante sociale, pour essayer de débrouiller un peu tout ça. Pour peu qu'elle soit un peu efficace, ça peut être vraiment utile.

(Arrêt de l'entretien, puis reprise)

IE : La gale avec le petit, ben, pareil, ils étaient arrivés à cinq. T'avais le grand, qui devait être le cousin, j'ai compris que ça devait être le cousin, qui me dit c'est la varicelle, c'est la varicelle ! Je lui dit, non c'est pas la varicelle. A force, il était vraiment insistant, mais si il me dit, en Roumanie... Ils étaient arrivés, ils étaient tous rouge, les cinq, ils s'étaient mis de l'éosine, mais les grands et les petits, tout le monde avait de l'éosine. Non, non, je dis, c'est pas la varicelle, c'est la gale. Et puis, ben OK, c'est la gale, on va le traiter, donc nous on l'a traité, mais après c'est posé la question, c'est bien beau, le petit a la gale, mais potentiellement qui dit gale, il y a potentiellement tout le camp qui devrait être traité, et puis la désinfection des vêtements ça prend des proportions incroyables. Donc j'en ai parlé à ma chef, tout ça c'était en garde, donc ben on lui a donné du spray et puis on a essayé de lui faire comprendre, mais là on sait que c'est un échec. Là, je suis persuadé que c'est un échec.

IR : C'est un échec à cause de quoi ?

IE : Ben le petit il est traité, c'est bien, mais il n'y a pas que lui. Lui il est atteint et il fallait désinfecter tous les vêtements mais je leur ai demandé, ils vivaient même pas dans une caravane, ils vivaient sous les cartons sous les ponts. Alors, là c'est des conditions pareilles pfff. de misère totale, c'est horrible. Et on a fait comprendre au cousin qui parlait français qu'il fallait tout désinfecter mais moi je sais que j'ai pas beaucoup d'espoir. Je me suis même posé la question de si j'allais hospitaliser le même même si j'avais aucun critère de gravité et d'hospitalisation mais au moins on pourrait essayer en gros de décontaminer le camp mais c'était même pas... c'était des baraquements en carton. Donc, tout devait passer normalement soit à la poubelle, soit à ... Donc voilà, on a essayé de faire de notre possible, de notre mieux.

IR : Est-ce que t'as d'autres pathologies dans les populations Roms ? ou certaines que tu vois plus chez les Roms que chez les autres ?

IE : Euh, non, comme ça ça ne me vient pas. La gale, la varicelle, mais ça c'est chez tout le monde, mais comme ils vivent en communauté, c'est sur que ça se propage plus vite. Non, comme ça, ça ne me vient pas à l'esprit. Après tu vas peut-être me dire une maladie et je vais te dire à oui bien sûr.

IR : Non, non, encore une fois c'est vraiment que ton expérience, il n'y a aucune question piège.

IE : Non, non, je sais bien.

IR : Tu t'es senti comment par rapport à cet enfant là ?

IE : Ben, comment je me suis sentie, ben pas très bien, parce que de toute façon cette histoire, encore une fois, à chaque fois c'est des histoires très tristes, de vivre à je sais pas combien sous des baraquements en question. Tu sens qu'il y a une misère, mais c'est l'horreur quoi. Donc non, tu peux jamais te sentir très bien. Si tu réfléchis un peu à la situation, parce que là c'est plus le côté médical qui passe, si tu réfléchis un peu, parce que

le traitement de la gale c'est pas ... Faut pas être un grand médecin pour savoir soigner la gale. C'est plus tout le côté psychosocial qui est vraiment triste, et tu as pas tellement de solution quoi. C'est ça qui est encore plus triste, parce que si t'avais un solution, on dirait hop, on décontamine tout le monde, on lave le camp... C'est pas le cas, faut arrêter c'est sur, c'est pas le monde des bisounours.

IR : C'est pas le monde des bisounours, c'est à dire ?

IE : C'est à dire, tu sais très bien que la réalité prends le dessus, t'as beau essayer de faire ton maximum, malgré tout, on devient assez fataliste, t'essayes de faire ton maximum, c'est vraiment ça. Tu fais ce que tu peux avec ce que tu as.

IR : Tu deviens fataliste, c'est à dire ?

IE : Ben, c'est que quand tu réfléchis un peu à la situation, t'essayes de faire ton maximum en temps que médecin. Tu les soignes, t'essayes de soigner la famille aux alentours, et puis après, tu te rends compte que très vite ils reviennent, c'est...

IR : Tu trouves qu'ils reviennent souvent ?

IE : Ouais, on a des familles on les connaît, on connaît les noms.

IR : C'est à dire ?

IE : Ben ils ont les mêmes noms et tu sais qu'ils sont de la même famille, et puis tu leur dis, oui, ils sont dans le même camp. Donc il y a certaines familles quand tu vois le dossier arriver, tu te dis tient.

IR : Qu'est-ce qui fait qu'ils reviennent aux urgences ?

IE : Ben, que le traitement n'a pas fonctionné, ou qu'ils l'ont mal fait, problème d'observance, parce que manque de communication, manque de soins, certains qui ont pas compris et qui reviennent. Après tu peux avoir un défaut de diagnostic aussi. Pareil, les bronchiolites, qui dit bronchiolite dit kiné respi⁸ avec respiration et compagnie pfff. Ben tu sais que la kiné respi ça va passer à la trappe.

IR : Et vous faites comment dans ce cas là ?

IE : Ben, tu prescrites, et avec MSL, je sais pas jusqu'où ça va, donc je sais pas s'ils ont tout ça, je sais pas s'ils ont un kiné. Je sais pas du tout là par contre. Mais ça pareil, tu sais très bien que c'est des chose où il y a peu de chance qu'il y ai des soins. Donc là, dans ce cas là ça peut être, enfin ça dépend de l'état des places mais ça peut-être un critère d'hospitalisation, le même qui est vraiment pas bien, tu sais qu'il aura pas de kiné respiratoire, tu peux le garder parce que tu sais qu'au moins ici il aura de la kiné.

⁸ Kinésithérapie respiratoire

IR : L'état de santé des enfants Roms ?

IE : Oui, comment est-il, c'est ça ? Euh, je les trouve malgré tout assez résistant, tu sens qu'il y a, c'est fou parce que ils sont aussi habitués à vivre dans de telles conditions que... Moi je dis, c'est pas possible, ils ont tous les virus imaginables, ils sont infectés de partout, mais il s'en sortent quoi. C'est curieux quoi, c'est curieux. En tout cas, moi je vois ceux-là, après je ne sais pas où sont les autres. Il y a eu une sélection qui a été faite, ça j'en sais rien. Mais malgré tout, je les trouve relativement résistants, ils s'en sortent quoi, même s'ils se chopent tout ou quasiment tout.

07/03/2012 D011

IR : c'est sur l'accueil des, je travaille sur l'accueil des populations de cultures différentes et heu... il n'y a aucune réponse juste, aucune réponse fausse...

IE : ouais.

IR : je fais des entretiens avec tous les soignants, donc j'en ai fait avec des infirmières, avec des auxi¹, avec des internes et avec des médecins.

IE : d'accord.

IR : donc voilà, donc après l'entretien, je retranscris, et puis après je code et puis je vois ce qui vient.

IE : d'accord.

IR : donc j'ai besoin, donc c'est (...)

IE : ouais.

IR : et ton âge ?

IE : alors, (...)

IR : (...) ans... alors j'aimerais savoir, je vais te poser des questions et c'est à chaque fois par rapport à ta pratique, heu, si t'as des exemples, si jamais t'as des exemples concrets, tu, tu vas m'en parler. Alors, quel est ton travail ici ?

IE : alors, je suis infirmier, heu, infirmier.

IR : mm mm.

IE : heu voilà donc aux urgences, ça va faire (...) ans maintenant. Donc l'accueil des patients, la prise en charge de l'UHCD², voilà. Tout ce qui a trait avec l'accueil, les soins, rien de bien...

IR : là dessus ça se passe comment ?

IE : heu, donc l'accueil, en fonction du... quand les enfants sont déjà vu par l'IOA³, heuuu... ça fonctionne comme ça ici... donc ensuite l'accueil, on voit les enfants, on récupère leur motif d'entrée, on fait les premiers soins, déshabillage, recueil de données initiales, heuuu... donc les premiers soins comme je l'ai dit... selon le protocole on peut donner certains médicaments. On commence le travail d'éducation dès l'accueil, on explique aux parents ce qu'ils auraient pu faire, ce qu'ils peuvent faire dans certains cas, après c'est la transmission au médecin du cas. Donc voilà, ça c'est pour des consultations

¹ Auxiliaire de puériculture

² Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

³ Infirmier d'Orientatoin et d'Acceuil

simples et en fonction, ben la mise en pratique des gestes d'urgences, si c'est de l'urgence vitale, etc. En fonction, après ça dépend des pathologies médicales et chirurgicales qui arrivent.

IR : mm mm. Le soin, ça se passe comment ?

IE : dans quel sens ?

IR : c'est quand tu, là tu as un enfant, tu l'as accueilli et après, qu'est-ce qui se passe après ?

IE : heuuu, après l'accueil, nous il y a les soins, donc, on délègue, entre guillemets, par exemple, enfin nous sont délégués tout ce qui est sur la petite chirurgie par exemple on peut le... prendre les infections, tout ce qui est bandage, tout ça. Pour ce qui est médecine, dans le soin, on commence plus à faire tout ce qui désobstruction rhinopharyngée, pose de recueil urinaire, toutes ces choses là, voilà et... et le soin relationnel aussi, des enfants qui ont très mal, on peut leur proposer des antalgiques et puis tout simplement, le contact, rassurer les parents, l'enfant... voilà, c'est vraiment les premiers soins. Après une fois que le médecin est passé on rentre plus en effet dans le médical avec les bilans éventuels si il faut, l'administration thérapeutique, tout ça... qui sont liés aussi avec du soin relationnel et... on est beaucoup, aux urgences, on est beaucoup, dans le, dans l'explication, dans le on doit, on doit réussir à expliquer et à rassurer vite, pour prendre en charge rapidement les soins en fait, on est plus... on est plus là dedans je crois, pour que ce soit rapide et efficace pour qu'on puisse passer à autre chose.

IR : ok. Qu'est-ce qui se passe après le soin ?

IE : après le soin, généralement, c'est vrai qu'aux urgences, on n'a pas la chance d'avoir un suivi plus long, en général après le soin s'il y a une sortie, on les revoit pas, les enfants, avec leurs parents, sinon, hospitalisation donc soit ici en UHCD, soit dans les services, donc dans les services en général on ne les revoit pas et ici ben ça dépend, ça dépend comment on s'organise mais en général, on les revoit ici sur la journée mais on n'est plus, c'est sectorisé donc en général quand on les voit à l'accueil on ne les voit dans la journée, peu importe leur, leur orientation.

IR : est-ce que ça t'est déjà arrivé de travailler avec des patients d'autres cultures ?

IE : heu, oui. Tous les jours. Tout le temps. Tout à fait. Oui oui tout à fait, enfin... après, enfin, qu'est-ce que tu appelles par culture ?

IR : je pose des questions et après c'est toi qui...

IE : voilà c'est ça, d'autres cultures, oui, forcément, forcément... personne n'a la même culture, enfin on est, oui voilà on est, oui forcément.

IR : et de cultures étrangères ?

IE : de cultures étrangères, oui, notamment, voilà, les populations Roms, c'est ce à quoi on pense, heuuu... parce que, je pense que c'est ce qui est le plus visible au final, parce qu'il y a quand même la barrière de la langue qui est importante. On est aussi amené à travailler avec... aux urgences on a quand même moins le soucis, des... des obligations, tout ce qui est obligations religieuses, c'est quand même assez limité, surtout au niveau

de l'alimentation, c'est surtout ça qui joue... après je dirait, ouais, surtout les populations Roms et puis le... les populations étrangères, ça arrive aussi, enfin, étrangères dans le sens barrière de la langue, vraiment, on a des gens qui parlent pas, qui parlent pas français, c'est, la spécificité des urgences, c'est pas... on accueille tout le monde donc forcément, on voit tout le monde.

IR : alors tu m'as parlé de la barrière de la langue.

IE : mm mm. Donc heu, ouais, la barrière de la langue, c'est parfois difficile, c'est quelque chose qui nous pose problème régulièrement quand même. Enfin, quand même, régulièrement... oui, régulièrement, c'est le terme, c'est pas non plus tous les jours, mais c'est vrai que c'est des situations très difficiles, souvent pour connaître, pour comprendre l'histoire de la maladie, ce qui se passe, le motif de recours, c'est souvent assez délicat, c'est délicat pour nous, parce qu'on n'a derrière, on n'a pas envie de faire d'erreur entre guillemets, parce que voilà on peut pas ordonner des thérapeutiques, et surtout comme je le disais tout à l'heure, aux urgences c'est de pouvoir réussir à leur expliquer vite et bien, les rassurer vite et bien donc forcément quand il y a la barrière de la langue c'est difficile. C'est difficile par rapport aux parents mais surtout par rapport à l'enfant, lui dire, lui expliquer... déjà un enfant c'est pas facile de lui expliquer, qui parle la même langue, c'est pas facile de lui expliquer que ça va faire mal, que voilà, alors quand il parle une autre langue, c'est encore plus compliqué. C'est souvent une grosse cacophonie, on sait pas trop, c'est pas évident quoi.

IR : tu fais comment, justement ?

IE : bah, heuuuu.... On tâtonne souvent, on explique, on fait des mimes, enfin c'est assez, c'est assez drôle à voir je pense, c'est assez imagé et dans la mesure du possible on demande... quand les familles arrivent, notamment en grand nombre, en général, on prend que les parents, mais si possible on essaie d'avoir un traducteur de la, de la famille. Quand c'est des situations vraiment très compliquées où il faut vraiment aller dans le détail, on fait appel à un, à un traducteur. Si possible, enfin pas un traducteur, mais quelqu'un qui parle, qui parle la langue, alors après peu importe quelle langue. Mais on a souvent des médecins de l'hôpital qui peuvent, quand ils arrivent à se libérer des créneaux, ça c'est vraiment pour les choses plus importantes. Et puis au final, ouais non, je crois qu'on y arrive quand même, en mimant, en... mais bon. Après, on fait le maximum, mais c'est sûr qu'on peut pas... je pense qu'on n'arrive pas à les rassurer entièrement et à leur expliquer entièrement, je pense qu'il y a, c'est sûr, une part de, une part de flou derrière. Mais c'est surtout, on essaie de se faire comprendre au mieux, mais c'est pas évident, ça c'est sûr. Ça c'est sûr. Et ce qui a été créé aussi, c'est pas mal, à un moment on avait des fiches traduites en plusieurs langues donc ça c'était pas mal, on pouvait... enfin on les a encore d'ailleurs... notamment sur les, sur les soins de base du genre DRP⁴, des choses comme ça. Donc on a ça en ce moment sur la réhydratation, des gastro aussi, après c'est assez, voilà, c'est juste, on a deux trois fiches quoi, mais, voilà. Puis on na pas grand chose, parce que parfois on a la barrière de la langue mais c'est aussi, il y a aussi des gens qui de toute façon ne savent pas lire ou, ou écrire, donc c'est vraiment, là dans ces cas là, de toute façon, voilà, c'est vraiment... parfois même, on ne trouve pas de traducteur, parce que parfois ils parlent un dialecte ou autre chose qu'on connaît pas, donc voilà. Mais en général, les gens qui, les gens qui savent qu'on parle pas

⁴ Désobstruction Rhinopharyngée

la même langue, ils arrivent à venir avec quelqu'un, notamment sur les populations Roms, ils viennent souvent avec quelqu'un qui interprète, qui interprète, quoi, quelqu'un de la famille. En général ça se passe comme ça.

IR : les populations Roms, est-ce que tu peux m'en parler un peu plus ?

IE : bah... c'est quelque chose, enfin c'est quelque chose, c'est une population qui, qui vient beaucoup ici (dans cet hôpital). Enfin, beaucoup, oui, c'est, disons, régulièrement. Les difficultés, elles sont surtout, enfin pour ma part, plutôt donc au niveau barrière, enfin tout ce qui est barrière de la langue, niveau culturel, bon moi ça me, ça me choque pas plus que ça, enfin, y a pas trop de différences, c'est sûr qu'on peut, enfin pour moi y a pas trop de différence, c'est surtout au niveau barrière de la langue et pour se faire comprendre en fait, à se faire comprendre par rapport à ça. Après, moi je vois pas trop de différence avec les autres patients. Pour moi, c'est sûr que, c'est sûr que c'est parfois des situations plus complexes parce que c'est des gens qui, enfin pas tous, mais y a des gens qui vivent dans des conditions de vie vraiment, vraiment terrible quoi, donc niveau hygiène, tout ça, c'est, c'est compliqué, pour nous à gérer, parce que voilà, les enfants arrivent parfois dans des états pas possible donc il faut, faut s'occuper d'eux, un peu plus que d'autres, hein, c'est sûr, mais... non, après pour moi, ça fait pas de différence, en fait, je pense que je... c'est pas quelque chose de nouveau, quoi, je trouve que c'est pas, ouais c'est pas quelque chose de nouveau à l'heure actuelle et, et voilà. Et on commence à avoir du coup un peu de vocabulaire donc quand je sais que quand j'arrive à trouver quelqu'un de... qui parle, qui parle roumain ou autre, on essaie de trouver des petits mots du coup, là par exemple je sais, maintenant je sais dire, mes collègues elles se moquent parce que je dis, c'est fini, c'est fini, aux enfants, c'est quelque chose qu'ils disent beaucoup en fait, ils disent « gata gata », ça veut dire « c'est fini c'est fini » et du coup mes collègues se moquent parce que je dis ça aux enfants mais ça les rassure bien. Et dire des petites choses genre merci, bonjour, c'est pas grand chose, mais les gens ils se sentent, voilà, souvent on a un sourire, voilà, tout ça, quoi. Donc voilà. Mais c'est oui, des situations quand même compliquées, notamment par rapport au motif, au motif de recours. Moi j'ai l'expérience, récemment d'un, y a quelques mois, d'un enfant, qui, qui a été gravement brûlé, et, ils en ont un peu parlé dans la presse, donc c'est un enfant qui est venu ici en fait, parce que les gens n'ont pas appelé le SAMU, parce que voilà, donc ils viennent, nous, dans une structure où on n'a pas, on n'a pas pu bien l'accueillir finalement, cet enfant, qui n'allait pas bien du tout en fait, donc ça c'est un petit peu compliqué par rapport, par rapport à nous parce que c'est des gens qui viennent par leur propre moyen souvent, qui n'osent pas forcément appeler le SAMU ou les pompiers parce, parce que voilà, ils sont toujours, enfin beaucoup de gens qui ont peur de se faire arrêter tout simplement, enfin, nous on le sent même ici quand on leur demande si ils ont des papiers juste pour faire l'accueil administratif, ils sont, ils ont vraiment peur de ça et donc ça amène à des situations compliquées où là par exemple on a un enfant, cet enfant on n'a pas pu bien le prendre en charge parce qu'on n'avait pas les moyens techniques et humains en fait ici pour le, pour l'accueillir et s'il avait été vu par le SAMU, il aurait été dispatché directement et il aurait eu plus de chance, je pense, de s'en tirer, un petit peu mieux quoi. Par rapport à ça, parfois c'est un petit peu compliqué, je pense qu'ils viennent, après ils viennent peu comme ils peuvent donc voilà c'est sûr c'est pas... par rapport à ça moi je trouve que c'est compliqué... vu qu'ils ne passent pas par les filières, pour les grosses urgences en tout cas, ils ne passent pas par les filières dédiées et du coup ça peut poser des problèmes souvent.

IR : tu m'as dit, ils arrivent dans des états pas possibles.

IE : heuuuu... c'est à dire, j'ai dit ça quand, je me rappelle plus, par rapport à... ?

IR : les enfants, les enfants Roms ici, quand ils arrivent, ils arrivent dans des états pas possibles.

IE : en général, ouais, c'est, enfin c'est pas des gens qui consultent pour... pour des consultations, enfin... ils viennent pas pour le petit rhume en général, quand ils viennent c'est vraiment qu'ils sont très très malades et oui parfois dans des états de, d'hygiène déplorable ou des états de santé très très faible, vraiment où, ouais en général, c'est des gens qui attendent quand même beaucoup, et qui, enfin pas qui attendent mais qui, qui sollicitent pas les services d'urgences de façon excessive quoi, vraiment, donc souvent ils attendent quand même le dernier moment. Voilà, ça c'est sur le terme médical, après c'est sûr que oui, je parlais niveau hygiène, ben c'est comme on disait, enfin voilà c'est aussi quelque chose qu'on n'a pas, enfin voilà, c'est un lot de tout le monde, enfin c'est des gens, enfin ça dépend, il y a des gens qui vivent vraiment, même pas dans des caravanes, qui vivent sous des bâches ou dans les sous bois quoi, donc c'est sûr ils vont pas arriver tout propre mais, souvent ouais c'est ça. Et puis vraiment c'est ce, c'est ce sentiment quand ils viennent, c'est vraiment que ça va pas quoi, c'est, ils sentent, de toute façon, ça va vraiment pas et ils attendent parfois un peu, un peu longtemps. Donc c'est vrai que quand on les accueille, c'est pas... parfois des plaies qui traînent pendant une semaine qui sont super sales, enfin, ouais, vraiment des trucs comme ça, des enfants qui vont, qui vont vraiment plus bien du tout.

IR : d'accord. Ils viennent (dans cet hôpital), t'as dit qu'ils n'utilisent pas les filières dédiées ou ils vont pas autre part, ils viennent (dans cet hôpital).

IE : ah, ça je sais pas s'ils viennent que ici mais, par filières dédiées, j'entendais le recours aux services du SAMU ou des pompiers, plus, plus ça. Après je sais que nous on travaille pas mal avec MSL, qui envoie régulièrement des patients qui demandent des avis. Après, je sais pas trop le, je sais pas trop l'état (dans les autres hôpitaux), enfin, voilà je sais pas, mais je pense que ouais y a pas, je sais pas si plus ici qu'autre part, mais on a une population, puis une population qui revient, j'allais dire, habituée, des gens qui reviennent régulièrement avec leurs enfants, qui je pense, enfin j'espère, se sentent en confiance. Ils reviennent parce que, parce que souvent on arrive à créer quand même une relation de confiance avec eux, malgré la fameuse barrière de la langue, je crois qu'on arrive quand même, ouais, à essayer de les accueillir au mieux quoi. Donc voilà.

IR : MSL ?

IE : MSL... honnêtement je... connais pas trop le... le fonctionnement... je sais que... ça permet... d'accueillir, peu importe le type de population, qui n'a pas de couverture sociale. Et que c'est situé pas loin d'ici, boulevard de Belfort, après le fonctionnement, honnêtement je connais pas. Je sais que c'est un cabinet médical et que c'est surtout à destination des populations qui n'ont pas de couverture sociale ou pas de... pas de papier, enfin pas de... pas de, voilà des situations un petit peu compliquées de ce genre, après c'est vrai que je connais pas le fonctionnement plus que ça. C'est ce que je connais, c'est tout, c'est que ça quoi.

IR : mm mm. Et ces populations là, sans sécurité sociale, vous les accueillez aussi ici aux urgences ?

IE : ah oui, oui. Sans, sans soucis. Enfin parfois ça peut poser des soucis au niveau des agents administratifs mais c'est vraiment, enfin c'est vraiment anecdotique. Parfois on tombe sur quelqu'un qui est très procédurier, qui a besoin de ce papier, de ce machin pour, pour avoir, mais moi, je sais que je me suis toujours battu, enfin battu, c'est un grand mot mais voilà, je suis toujours à dire, on répète et on redit aux agents administratifs que tous les enfants doivent être accueillis et que y a pas à faire de, quoi que ce soit et puis s'ils ont pas de papier c'est pas grave, on, voilà faut vraiment, faut vraiment les accueillir. Nous, oui, non, y a aucune, par rapport à ça, en tout cas en terme paramédical et médical. Heureusement. On vit encore dans un beau pays. Encore un petit peu de temps... (rires)

IR : d'accord. Ici, donc sur, par rapport à ces populations qui n'ont pas de sécurité sociale, comment ça se passe ici, après l'accueil ?

IE : honnêtement, je saurai pas te dire. Moi je, je sais que, je sais quoi, peu importe ce qui se passe, après de ce qu'on entend dire je pense que ça part en fait dans le déficit de l'hôpital, que c'est pris en charge, honnêtement je sais pas la procédure, c'est quelque chose dont je me sens pas très concerné, finalement tout ce qui est cotation et, et sécurité sociale et tout ça, bien qu'on devrait l'être un peu plus mais ouais honnêtement je sais pas comment ça se passe après.

IR : on a parlé, donc on a parlé de l'accueil des patients, les patients qui arrivent ici, le soin, on en a un petit peu parlé, est-ce que tu as d'autres choses à dire, par rapport au soin avec les populations, les enfants, d'origine étrangère ?

IE : non, ben après c'est comme, non, non y a rien d'autre de particulier, c'est toujours, c'est toujours plus difficile comme je le disais parce que c'est pas, enfin voilà on a, avec les enfants de... qui parlent la même langue, déjà c'est compliqué de leur expliquer les choses et de les rassurer, alors dans une autre langue, enfin on se met à la place de l'enfant, on doit être, se dire, il doit se dire où est-ce que je suis tombé, enfin, ça doit être vraiment difficile, donc on a conscience de ça, à part ça, le soin, ça change rien, ça reste un enfant, voilà y a pas de, y a pas de difficulté particulière par rapport à ça. Par rapport aux différences de culture, en pédiatrie, on n'est pas très très concerné, par rapport... enfin notamment, moi qui suis un homme, j'ai jamais eu de problème à ausculter une petite fille ou quoi que ce soit, enfin ausculter, à voir une petite fille, y a jamais eu de problème par rapport à ça. Non par rapport aux soins, c'est vraiment sur la communication que c'est problématique mais non, je vois pas d'autres problèmes par rapport à ça.

IR : par rapport à l'orientation et à la sortie du patient ?

IE : ouais ?

IR : ça se passe comment ?

IE : ben ça dépend de l'état de santé, donc c'est soit un retour à domicile avec prise en charge plus ou moins en ambulatoire, entre guillemet, enfin pas en ambulatoire mais en externe si besoin, ils sortent donc avec une ordonnance ou quelque chose, soit une hospitalisation de courte durée aux urgences, en UHCD, soit une hospitalisation conventionnelle au troisième étage, aux ados, en chirurgie ou en médecine, voilà ou en néonatalogie en fonction de l'âge et voilà, c'est tout en général.... Bah, pour reprendre l'idée de communication et de, barrière de la langue, tout ça, ce qu'on essaie de faire en

général, quand c'est des gens qui doivent revenir en consultation, par exemple de chirurgie, je pense à ça, en général, on essaie de mettre en place le rendez-vous dès les urgences en fait, par exemple, et de prévoir le rendez-vous comme ça on leur note quelque part, ou si on sent que c'est des gens qui n'ont pas, qui n'ont pas forcément le téléphone ou qui ne vont pas savoir rappeler, en général on essaie de mettre en place un suivi comme ça et voilà et sinon... il est assez rare qu'on hospitalise pour raison sociale on va dire, on fait peu d'hébergement je pense. Enfin, vraiment quand on a besoin, quand c'est quelqu'un qui vient la nuit et qu'on est vraiment coincé mais sinon on fait rarement, on garde rarement des enfants parce qu'on sent que derrière à la maison, enfin ça dépend, c'est vraiment au cas par cas mais... on fait pas d'hébergement social ici, pas du tout. Enfin voilà quoi, si ça peut être réglé à la maison, c'est réglé à la maison. Même quand c'est des conditions d'hygiène derrière qui vont pas être trop respectée, en général ce qu'on fait c'est qu'on, on donne toujours un petit peu aux gens de quoi faire des lavages de nez par exemple, quelques, quelques trucs comme ça, des sérums physiologiques, un flacon de doliprane mais derrière on va pas, on va les laisser sortir plutôt comme ça, avec un suivi, notamment par exemple chez MSL, on leur explique si enfin, après, je fais un peu un mélange de tout mais pour par exemple les populations Roms quand ils connaissent pas, on a des petites cartes en fait qui sont pas mal faites avec des schémas en fait, pour par exemple l'heure, c'est des petites pendules qui sont dessinées, y a aussi un plan, donc c'est pas mal fait du coup on leur donne ça, on leur explique, pour le suivi externe quoi.

IR : qui est-ce que vous orientez à MSL ?

IE : bah, justement, bah, plutôt les gens sans couverture sociale mais de façon générale plutôt les populations Roms... plutôt... je pense qu'il y a un petit amalgame qui est fait pour le rôle de MSL et je pense qu'on leur propose quand même beaucoup, qu'on propose beaucoup aux populations Roms d'y aller, mais en général ils connaissent. On fait rarement découvrir MSL aux gens qu'on accueille ici.

IR : mm mm. Les... Tu m'as parlé des gens qui n'ont pas de couverture sociale, enfin, je vais plus parlé peut-être de l'explication du traitement et de la sortie quand il y a une barrière de la langue.

IE : bah, ça c'est plutôt, c'est plutôt le côté médical d'une façon générale, l'ordonnance, elle est plutôt expliquée par l'interne ou le médecin. Donc ça c'est pareil, je sais pas trop comment ils s'en sortent mais on arrive quand même souvent à... on arrive quand même souvent à leur expliquer quoi. Bon après comme je te le disais tout à l'heure, je te disais qu'on gardait pas forcément les gens parce que y avait des... enfin parce que c'était compliqué à la maison, après, c'est vrai, dès qu'il y a des choses qui sortent un petit peu de l'ordinaire au niveau traitement à domicile, on va plutôt avoir tendance à les garder. Mais finalement, les ordonnances de sortie ici, je crois que c'est plutôt des choses assez simples, c'est jamais très, très compliqué et ça arrive qu'on donne du coup le doliprane directement, par exemple, tu vois, que plutôt de les laisser aller à la, à la pharmacie, on leur donne du doliprane et puis on leur explique et... Ça passe quand même assez bien. On arrive à se faire comprendre quand même, on arrive quand même à se faire comprendre.

IR : par rapport au suivi des enfants. Tu me dis que les enfants Roms viennent souvent ici à la dernière minute...

IE : ouais ?

IR : est-ce qu'il y a un carnet de santé, est-ce qu'il y a un suivi ?

IE : ça dépend. Ça dépend, ça dépend si l'enfant est né au, s'il est né en France généralement ils ont un carnet de santé. Par rapport au suivi, c'est vrai que... le carnet de santé c'est vrai que c'est quand même souvent un problème, alors y en a qui sont très bien tenu, y a pas de soucis et puis des fois c'est des carnets de santé qui sont complètement, des pages arrachées, tout ça mais, c'est lié aux conditions de vie aussi. Mais non, pour le suivi c'est vrai qu'on n'a pas trop de recul avec le carnet de santé. Après on a, ils informatisent un petit peu les dossiers donc quand c'est des noms qu'on repère ou des enfants qu'on reconnaît, on regarde pourquoi ils avaient été gardés les fois précédentes, mais pour les carnets de santé, les vaccinations, c'est assez aléatoires, déjà, les enfants nés en France ils ont quasiment tous leur carnet de santé, y a pas de soucis particulier, après pour les plus grands, c'est parfois un peu plus compliqué... après c'est vrai que c'est plutôt la partie médicale aussi, tout ce qui est antécédent, vaccination, suivi anté et natal c'est plutôt, plutôt médical.

IR : mm mm. On va reparler des conditions de vie et de l'influence sur la santé, est-ce que tu trouves qu'il y a des pathologies particulières, est-ce que tu trouves qu'il y a un état de santé qui est différent ?

IE : ben je pense que... enfin pathologies particulières... étonnamment, pas tellement, je trouve pas que, voilà, y a pas trop eu de... enfin cette année en tout cas, je trouve qu'il n'y a pas eu de pathologies plus particulières venant des populations Roms par contre les années précédentes il y a quand même eu des épidémies un peu disparues en France qui sont, qui sont réapparues, donc les années précédentes, mais cette année, je trouve pas tellement. Après c'est sûr qu'une rhino-pharyngite chez un enfant Roms ça va pas faire le même, enfin le suivi sera peut-être moins, moins efficace par rapport aux conditions de vie, donc forcément, ça, ça peut empirer. Le nombre d'enfants qui viennent par exemple avec une pneumopathie qui aurait pu être évité éventuellement. Mais après, ça c'est compliqué à dire... non mais je trouve pas qu'il y ait des pathologies plus... plus compliquées, non c'est pas, ouais non.

IR : et les années précédentes, tu as dit qu'il y avait des épidémies oubliées ?

IE : enfin pas oubliées, mais notamment la rougeole qui était quand même en nette diminution, alors après c'est pas le fait uniquement des enfants Roms, hein, mais, mais ça, c'est sûr que le, ben on parlait de l'état de vaccinal c'est quand même, après ça dépend. C'est vrai qu'il y a des gens qui, il y a des, au niveau de la population rom, il y a des gens, enfin qui sont plus ou moins intégrés qui sont plus ou moins, le suivi il est plus ou moins efficace donc, donc ça dépend vraiment, mais c'est sûr qu'au niveau des vaccinations c'est quand même assez, il y a pas mal de lacunes, sur pas mal d'enfants quoi. Donc ouais par rapport à ça, c'est sûr. Mais après, j'ai pas le souvenir de... cette année pas trop, j'ai pas le souvenir de choses très marquantes, de méningites ou autres, chez des populations Roms, j'ai pas trop le...

IR : c'est quoi les populations Roms ?

IE : heu, les populations Roms, je pense que c'est un peu le fourre tout qu'on fait tous, heuu... ben c'est comment dire, enfin, c'est des populations de migrants en général des pays de l'Est, des gens qui sont, enfin... de ce que je pense, moi, qui sont installés plutôt

en caravane ou comme je disais, plutôt des campements. Après je sais pas si c'est, à priori c'est plutôt des Roms je dirais mais c'est plutôt, c'est un peu confondu quoi, c'est un peu compliqué... et donc voilà par rapport à ça...

IR : c'est un peu confondu...

IE : ben, je enfin, à priori oui c'est des Roms mais après je sais pas trop en fait par rapport à ça, je... ouais, je vois pas trop... enfin bon c'est pas trop confondu finalement, je sais pas trop, ouais c'est difficile à expliquer. C'est difficile à expliquer. Pour moi, c'est une population de migrants qui s'installent en France, heuuu et dans d'autres pays d'Europe d'ailleurs, depuis, depuis assez récemment parce que, parce que, dans les pays dans lesquels ils sont installés, il y a des grandes difficultés... d'acceptation, qu'est pas tellement, ils sont pas tellement plus acceptés en France mais bon, mais je pense qu'il y a quand même une meilleure, une meilleure qualité de vie malgré tout. Alors quand on voit leur vie, on se dit que, si pour eux c'est la qualité de vie, ça devait vraiment être atroce là où ils étaient avant mais... ouais, ouais, c'est ce que je me dis, alors après... sans rentrer dans les détails parce que voilà, je connais pas plus que ça, bon, c'est pas une religion, c'est pas une, voilà, c'est un ensemble d'us et coutumes de gens qui viennent majoritairement de, des pays de l'Est. C'est ce que je vois, à peu près pour les Roms.

IR : mm mm. Et là, donc on a discuté un petit peu, je vérifie qu'on a rien oublié, hein, mais... on a discuté un peu de l'accueil des populations étrangères, de cultures différentes et de l'accueil ici, comment ça se passait dehors, est-ce que tu vois d'autres choses à rajouter, dans ta pratique, des choses que tu as vues, des trucs que j'aurai pas abordés ?

IE : non, je vois pas, non je vois pas trop, non... rien à ajouter.

IR : ok.

IE : c'est bien.

Reprise de l'entretien :

IE : je lui dis c'est tout, tu la prends, tu, enfin moi je lui donne le flacon quoi, enfin, faut... faut être logique, quoi, enfin, c'est pas... voilà quoi, c'est pas non plus... c'est pas grave, quoi, enfin. Donc après, c'est vrai, des fois, ça fait des remous, c'est difficile à accepter pour certains de mes collègues, dire, ah, tu lui donnes du doliprane et tout, machin, mais en même temps, enfin voilà quoi, c'est pas... c'est quoi un flacon de doliprane ? Si au moins le gamin, il peut être bien pendant une semaine, c'est pas grand chose quoi. Mais c'est vrai, que ouais, j'ai plutôt tendance, ouais, à... quand, c'est vrai, quand les internes ils préparent les ordonnances, ben je fais c'est tout, t'as écrit sérum physiologique, QSP, une semaine machin, je lui dis, tu crois vraiment qu'il va aller à la pharmacie, ça sert à rien, enfin... et comme tu dis, c'est drôle de voir... merci, merci, merci monsieur, c'est bien, c'est bien, merci l'ordonnance, c'est vrai que... non... faut leur donner des trucs et on leur explique bien et on leur montre aussi beaucoup plus du coup qu'à d'autres quoi.

IR : vous leur montrez comment ?

IE : bah, généralement ils viennent aux urgences sans avoir eu ni doliprane donc de toute façon on leur montre en live quoi.

IR : d'accord.

IE : Et puis c'est quand même, je pense qu'à la base, tous les médicaments pour la pédiatrie, c'est quand même fait assez simplement, ça doit être, ça doit être conçu derrière, tu sais les pipettes, tout ça, ça doit être, derrière y a des, à mon avis, il doit y avoir des pharmaciens qui ont réfléchi, enfin des pharmaciens, marqueteurs plutôt, qui ont réfléchi là dessus et du coup c'est quand même assez simple. Sur les choses simples, après sur les choses simples, c'est sûr que, on les laisse repartir à la maison comme ça. Et sinon, moi j'aime bien entourer au marqueur. Je sais que je fais ça souvent, tout ce qui est réhydratation, j'entoure les chiffres sur le biberon au marqueur, sur la pipette, j'entoure le poids en général... ils savent pas lire mais ils sont pas non plus complètement débiles, donc en général ça va, ça va assez bien.

Pause puis reprise de l'entretien :

IE : la couverture sociale, moi je suis déconnecté de ça, moi ça me... ça me parle pas, enfin, voilà, je... les enfants, ils sont là, ils sont là quoi, enfin, c'est tout... ils sont pas là, je regarde pas s'ils ont une mutuelle pour les soigner, ça pose plus problème quand ils doivent être hospitalisés, enfin ça pose problème, non, pas forcément mais... ça intervient en plus si on veut leur donner une chambre particulière ou une chambre partagée mais ici, ouais je pense qu'on est vraiment déconnecté de la... je crois qu'on fait pas attention à ça, enfin moi en tout cas je fais pas attention à ça, je pense pas qu'il y a beaucoup de collègue qui fasse attention à ça, j'ai jamais entendu dire, non lui il a pas de mutuelle il va pas payer sa consultation, c'est bon, on va pas aller, enfin on va pas... je crois pas, sur les populations Roms ou n'importe quoi d'ailleurs.

IR : et pour la sortie, est-ce que ça influe ?

IE : non. Enfin, pareil, on va pas faire sortir plus quelqu'un qui n'a pas les moyens de payer derrière, enfin, non ça change rien. Je pense qu'on est vraiment déconnecté de ça, enfin je sais pas ce que tu as eu d'autres comme réponses mais moi je crois que je suis ouais, je fais pas attention, c'est vraiment... en fait, comme je disais tout à l'heure, on devrait peut-être faire plus attention, dans la mesure du, humainement parlant, sans changer par rapport à ça mais on devrait peut-être faire plus attention, entre guillemet, je sais que en ce moment, on cote beaucoup, il y a beaucoup d'actes cotés qu'il faut faire, notamment infirmiers, auxquels on y pense pas beaucoup, auxquels on ne pense pas beaucoup, mais ça c'est pour tout les patients, mais sinon, ouais, je te dis, enfin moi en tout cas je suis déconnecté, ça change rien, ça change rien pour moi... c'est tout. Surtout en pédiatrie, en plus, on, enfin voilà, on sait très bien, peu importe ce qu'on pense, idéologiquement parlant, politiquement parlant, machin, tout ça, le consensus c'est quand même de se dire que les enfants, ils y sont pour rien et que, et que voilà, que leur vie, elle est comme ça et que voilà, et que c'est tout, ils ont pas eu de chance, ou ils ont de la chance d'ailleurs, enfin, je sais pas, la chance c'est relatif, mais heuu... quand même se dire ça, l'avantage de la pédiatrie, tout le monde se dit de façon globale, c'est des enfants, ils y sont pour rien et donc je pense qu'ils sont soignés tous, peu importe, enfin, de la même façon, quoi, enfin, j'allais dire n'importe comment, ils sont tous soignés de la

même façon en tout cas, ouais. Non, enfin, bon, ça change pas, je trouve pas. J'ai jamais regardé le dossier en disant, est-ce qu'il a une mutuelle ou pas, enfin bon... sauf si ils sont à la MGEN⁵ dans ce cas, là tu le notes (rires)... les fameux patients MGEN, c'est parfois plus chaud franchement, comme des fois on dit des trucs, mes collègues ils me disent des trucs et des fois... ça veut rien dire... enfin voilà, c'est... enfin, on prend plus de temps pour voir une famille Roms mais, enfin je trouve que, enfin c'est pas plus difficile à prendre en charge, enfin... aux urgences on voit tellement tout le monde, enfin... tout le monde quoi, enfin des gens normaux, des gens bizarres, enfin voilà, des gens qui ont de l'argent, des gens qui n'ont pas d'argent, des gens très catho, des gens très musulmans, des gens enfin voilà qui s'en foutent, des jeunes, des vieux, des parents stressés, des parents pas stressés, des parents pas assez stressés, que enfin ouais, c'est pas, moi je trouve que ouais, les populations Roms ou les populations des étrangers ou peu importe pour moi ça change rien, enfin tu vois ça change rien. Enfin, c'est tous, enfin voilà tout le monde est, tu vois c'est pas... y a des spécificités à chacun alors voilà, y a des gens avec qui tu aimes moins travailler peut-être mais... mais de façon générale comme je disais, les enfants de toute façon, ils sont là et ils y sont pour rien et on les soigne, du mieux qu'on peut, en tout cas.

⁵ Mutuelle des enseignants

120307 D012

IE : C'est enregistré !

IR : Donc c'est enregistré parce que après moi les entretiens je les retranscris donc je les tape...

IE : d'accord...

IR : ...et puis après j'analyse les données... donc voilà... de toute façon c'est toujours anonymisé, donc il n'y aura pas de nom, pas de prénom, je vais juste te demander ton prénom et ton âge.

IE : moi, (...)

IR : donc ça c'est juste pour moi et je mettrai auxiliaire de puériculture entre 50 et 60 ans.

IE : d'accord.

IR : voilà. Alors, j'aimerais savoir quel est ton métier ici. Quel est ton travail ?

IE : mon travail, auxiliaire de puériculture ?

IR : oui.

IE : donc, j'accueille les entrées...

IR : mm mm

IE : alors, je dois dire quand je les accueille ce que je fais, non ?

IR : exactement, tout à fait. C'est alors, alors c'est vraiment, donc c'est la vie courante, c'est quand tu travailles ici, comment un enfant arrive...

IE : ... une journée, le matin...

IR : voilà, comment tu l'accueilles, qu'est-ce que tu fais...

IE : alors, l'accueil de l'enfant, du patient, se fait, donc on prend, je prends la température, non, je vois le diagnostic d'abord, je demande, je questionne les parents, heu et après, température, poids, ça dépend de la pathologie...

IR : mm mm

IE : oui ça dépend... alors on doit parler de tout ce qu'on, de toutes les maladies qu'on...

IR : ben tu m'as dit de l'accueil, donc l'accueil ça se passe comment ?

IE : en général, ça se passe bien.

IR : ouais.

IE : sinon, alors ce matin, j'en ai pas eu, j'ai pas eu d'accueil donc le matin on fait, on prépare les chariots aussi, on fait le plein des chariots pour la journée.

IR : mm mm

IE : je passe du coq à l'âne mais...

IR : non, c'est très bien, c'est ce que tu...

IE : ... donc ce matin ce que j'ai fait, j'ai fait la stérilisation, donc le plein des chariots, le nettoyage des brancards de la salle d'orientation, salle de plâtre et salle de suture... heuuuu... entre temps s'il y a une entrée, je fais l'accueil, mais si on était nombreuses ce matin donc, j'ai continué mon travail. On se complète en fin de compte, tout le monde se complète.

IR : ouais.

IE : mais comme ce matin, on a tous, tous travaillé en même temps, j'étais un peu dépassée. Voilà. Après donc là c'était... heuuuu... alors ici aussi il y a l'UHCD, on doit se partager, on doit être un peu partout, c'est un peu difficile pour nous justement. Il y a l'UHCD maintenant qui s'est ouvert... t'as pas connu ?

IR : j'étais au tout début.

IE : oui. Donc l'UHCD donc je dois, comme ici, dès qu'il y a un enfant, donc c'est C. qui l'a pris en charge, sinon le matin, je prépare les petits déjeuners des cinq chambres... les petits déjeuners... leur donner les petits déjeuners... après, voir pour les sorties, normalement, S., il nous demande de faire le tour avec les médecins pour compléter s'il faut aller chercher quelque chose ou pas, pour aider les internes, pour pas sortir à chaque fois s'il manque quelque chose. on doit participer au tour pour aider à apporter le matériel qui manque ou voilà... ça... s'il n'y a pas de papa, maman, on doit faire, on fait la toilette le matin, si c'est un bébé seul... heuuu... qu'est-ce qu'il y a encore... ben les repas, le repas du midi, ben ça s'enchaîne... tout ça c'est entrecoupé, s'il y a beaucoup d'entrées, on est bien obligé de faire les deux, faire l'accueil aussi, voir les pathologies les plus graves et ce qui est à faire en urgence quoi.

IR : oui. Tu m'as dit que vous vous complétiez, vous vous complétez...?

IE : on se complète tout le temps, heuuuu...

IR : oui...

IE : heuuuu, ben c'est vrai, admettons, je commence ou bien, dans le couloir et ben s'il y a beaucoup d'entrées on m'appelle, si je suis par ici on m'appelle, viens, y a des entrées, viens. On travaille vraiment ensemble, hein. A part piquer on fait presque tout, moi je fais le même travail que les infirmières, hein, presque, sauf piquer, piquer, ouais...

IR : d'accord.

IE : aucun bilan tout ça. Emmener les enfants en radio, parfois, mais c'est rare parce qu'ils viennent les chercher, ils viennent bien souvent les chercher, emmener les enfants au scanner, emmener les enfants en ORL, heuuu, qu'est-ce qu'on doit encore faire...

porter les bilans... mais tout ça on se complète quand même parce que si je suis pas là c'est quelqu'un d'autre qui va y aller mais c'est quand même à moi d'y aller avant tout.

IR : d'accord. Tu m'as dit qu'il y avait des enfants seuls à l'UHCD.

IE : Oui. Il y a des enfants, oui, on a fait des nuits, moi j'ai fait des nuits, il y avait des enfants seuls, donc des biberons, tout ça on doit les donner quoi, c'est ouais... en plus...

IR : d'accord. Et les parents ?

IE : ben les parents, heuuu... ben ils viennent dans la matinée, ils viennent dans la matinée, y a pas de problème normalement, mais bon, la dernière fois, mais c'est rare, la maman, à chaque fois elle partait et c'était à chaque fois la même, elle le ramenait et elle partait aussitôt... mais bon, c'est pas, c'est pas courant quand même mais... c'est quand même courant que les parents laissent un petit ici.

IR : d'accord.

IE : c'est courant, un bébé.

IR : mm mm

IE : ça c'est courant, mais ils viennent le matin ou, enfin ils ont toujours une excuse quand même... donc il faut s'occuper des repas et des biberons... voilà... mais c'est pareil, on se complète tout le temps, les puéricultrices, elles font aussi...

IR : d'accord. Est-ce que, est-ce que ça t'est déjà arrivé ici de travailler avec des patients ou des enfants de cultures différentes.

IE : heuuu, ben tous les roumains, non ?

IR : mm mm

IE : oui tous les roumains. Ici oui. Mais bon, j'ai jamais eu de problème avec eux... ça se passe toujours très très bien. Toute façon, ils sont pas plus exigeants... non, ça va. Après pour l'UH¹ j'ai les désinfections à faire, il y en a tous les, ben ici c'est calme...

IR : oui, c'est pour ça que je suis venu. Et, les roumains, justement, est-ce que tu peux m'en dire un petit peu plus ?

IE : sur les roumains ?

IR : oui.

IE : ben ça se passe bien... ben quelques fois, ils font mal au cœur, ils demandent des habits, tout ça... bah, c'est pas, mais... ils se font bien comprendre... et puis ça dépend lesquels... quelques fois on les sent bien et puis quelques fois ça passe plus ou moins bien quoi, on sent qu'ils sont pas très, mais bon, en général ça se passe bien... ben même ceux qui viennent par ici en UH, hein... eux par contre ils sont très proches de leurs enfants, ils les laisseront pas seuls... après d'autres... il y a beaucoup de roumains, et puis la clientèle du quartier, enfin...

¹ Abréviations Unité Hospitalisation de Courte Durée

IR : c'est quoi la clientèle du quartier ?

IE : bah... des cas sociaux quoi.

IR : mm mm... C'est quoi les cas sociaux ?

IE : ben ceux qui travaillent pas, qui sont toujours ici, qui viennent sans arrêt ici hein, mais moi ça me dérange pas...

IR : ouais...

IE : parce que j'ai déjà dû dire, on n'a pas le droit de dire ça, t'as pas le droit de dire qu'il faut rien dire à chaque fois, mais bon.

IR : moi c'est vraiment, c'est vraiment l'expérience de tous les soignants enfin voilà, il y a des réalités...

IE : mais de dire, ben vous revenez tout le temps...

IR : ouais.

IE : c'est comme ça, c'est comme ça. Eux, ils viennent toujours ici. Ils sont bien soignés, ils ont confiance.

IR : mm mm. C'est qui eux ?

IE : ben les pro, enfin moi je parlent des... comment on appelle ça, des... les patients de proximité plutôt, on va dire ça.

IR : d'accord.

IE : ben, ils n'ont pas, ils nous disent, qu'ils n'ont pas, qu'ils ont un médecin traitant qui est toujours en vacances.

IR : ouais. Est-ce que quand tu vois les patients arriver, enfin les enfants ou leurs parents, est-ce que tu les situes socialement ?

IE : pas... ouais, c'est toujours, c'est physique... ben ouais mais ça me change pas, ça change pas ma façon de travailler en fin de compte, comme... non mais bon... mais plus ou moins quand même hein, quand il y a la gale, tout ça, c'est un petit peu... mais bon c'est tout... au début que je travaillais, il y avait la gale, maintenant, après ça s'est estompé, puis maintenant ça revient, bon on est un peu...

IR : la gale ?

IE : la gale qui revient, y a beaucoup de gens... ouais ben moi j'aime pas trop, je me dis, alors que ça peu arriver à tout le monde, hein, mais...

IR : ouais.

IE : ouais, ça peut arriver à tout le monde, mais bon quelques fois ça a dû mal à passer. Puis la maman, la maman elle le dit pas tout de suite, elle dit oui, à ben tout compte fait moi je suis traitée pour la gale, au lieu de nous l'avoir dit tout de suite... des fois je suis pas contente mais ça passe quand même, ça passe... (silence)

IR : alors, est-ce que tu as déjà eu des, qu'est-ce que tu as fait ou est-ce que tu as déjà rencontré des problèmes de barrière de la langue ?

IE : ah, oui, ben avec les roumains, ou les sourds et muets ?

IR : mm mm.

IE : ben y a une personne ici on peut appeler, y a une personne qui s'occupe des malentendants. Et puis, avec les roms on arrive toujours à se débrouiller quand même.

IR : tu te débrouilles comment ?

IE : pour la température... bah de toute façon on se parle pareil, s'ils nous font ça, on a tout compris, enfin c'est la température, ils nous ont fait comme ça, ils se sont tâté le front, après on arrive toujours à se comprendre même si c'est difficile. Ouais on arrive à se comprendre. Même s'il faut les déshabiller, on arrive à bien le dire.

IR : d'accord.

IE : c'est pas une barrière, ça me gêne pas trop.

IR : tu expliques comment ?

IE : ben en faisant des gestes et puis dire de les enlever, enfin tout montrer au fur et à mesure et puis parler lentement et répéter si, et bien s'assurer quelques fois, deux trois fois s'ils ont bien compris quand même et si pour les médicaments, tout ça, le doliprane si elle a bien, bien montrer si elle a bien donner le doliprane avec la pipette, enfin bien expliquer quoi... bah, si ouais, pour les déshabiller, tout ça, ils comprennent, pour parler ça va, pour ce qui faut faire et pas faire en général ils comprennent bien... bon au niveau administration c'est pas nous donc ça va...

IR : comment est-ce que tu t'assures qu'ils ont bien compris ?

IE : ...bah, c'est peut-être pas toujours sûr, moi j'ai l'impression d'avoir compris mais bon. Mais pour la température, de toute façon on la reprend nous même...

IR : d'accord.

IE : et... Pour le doliprane, ben on montre le flacon et puis si c'est que 38 et ben on donne pas tout de suite.

IR : mm mm

IE : Mais.... Mais en général de toute façon même quelqu'un qui comprend bien, une dame la dernière fois, elle me dit, je vous ai dit 19h, après elle me dit, ah, ben ça sera 18h parce que, parce que j'allais attendre pour les quatre heures pour redonner du doliprane parce qu'elle avait 39,9, donc elle aurait aimé que j'en donne tout de suite donc je lui ai dit on va encore attendre une heure, elle me dit ben non ça sera plutôt 18h, alors que je lui avais donné, donc c'est, non mais c'est, je me dis, elle veut que je lui donne plus vite, vous êtes sûr donc, ben les roumains c'est, s'ils ont envie de me dire ça, s'ils ont envie de dire telle heure... avec l'horloge aussi on travaille, ou bien... ils savent quand même, on voit ça a bien été expliqué quand même, pas plus de quatre heures ou, de toute façon s'ils lui ont rien donné ils le disent bien aussi... ils le disent bien...

IR : d'accord.

IE : enfin, moi j'ai l'impression de les comprendre.

IR : tu avais dit tout à l'heure qu'ils te font mal au cœur ?

IE : ben, niveau hygiène, toilette, tout ça, mais bon, c'est comme ça, c'est leur façon de vivre et... et sinon ben on est de bon cœur quand même, s'il faut leur donner une couche ou deux ou quelque vêtements qu'on a de côté, des peluches, tout ça, ça peut toujours leur faire plaisir... Sinon ils sont attachant aussi, hein, ils sont attachants.

IR : leur façon de vivre ?

IE : ben, ici, on vit pas trop avec eux, s'il faut donner... pour les repas, tout ça, leurs exigences ou...

IR : ben tu m'as parlé de, enfin quand on a parlé du, enfin, quand tu m'as dit que ça te faisait mal au cœur, tu m'as dit que c'était leurs conditions de vie.

IE : ben oui, c'est ça, ils vivent comme ça, on se demande si, y en a qui sont à l'hôtel, la dernière fois, elle nous a dit, on est à l'hôtel, elle nous a dit qu'ils étaient bien, ben c'est bien.

IR : et les autres ?

IE : ben y en a qui sont encore en caravane quand même, hein... c'est sale mais bon... et après, on arrive peut-être à une, à différencier la caravane de l'hôtel quand même un petit peu mais parfois on se trompe, parce qu'on dit à la caravane et ils nous disent à l'hôtel... à l'hôtel, donc... parfois on se trompe, on les met tous en caravane, ils sont pas tous en caravane.

IR : mm mm... pourquoi est-ce que tu penses qu'ils viennent aux urgences ?

IE : ben, moi je trouve que heuuu, ils sont pris... ils sont tout de suite pris en charge... ben je sais pas, ils ont l'habitude de venir, je sais pas, on les envoie ici quand même.

IR : mm mm.

IE : MSL, les envoie ici aussi. Facilement, je trouve.

IR : oui. c'est quoi MSL ?

IE : médecine... lilloise... ah ben le s...

IR : médecins, solidarité, lille.

IE : ah oui... merci ! (rires)

IR : vous travaillez avec eux ?

IE : je sais que C. est allée visiter leurs bureaux, heuuu, un samedi avec M., bon un jour dans la semaine ils ont pu aller voir ce qu'il se passait là-bas... ben oui ils envoient pas mal de malades ici et puis les week-end pour les pansements de brûlés et tout ça puisqu'ils ne sont pas là. Et... oui, ils les envoient facilement, ils les envoient ici.

IR : et vous vous travaillez avec eux ?

IE : (...)

IR : oui.

IE : oui oui oui. (...) les connaît bien. (...) médecin.

IR : (...) ?

IE : (...), parce qu'il y a une (...) dans la maternité, mais sinon (...) elle les connaît bien, si elle travaille pas mal avec eux, hein.

IR : mm mm.

IE : parce qu'après, y a un moment, on avait entendu dire que, ils devaient plus aller au (à l'autre hôpital), niveau, niveau... pour l'état, ils sont plus invités à aller là-bas (à l'autre hôpital) qu'ici mais ils viennent ici quand même.

IR : mm mm.

IE : ils viennent ici quand même.

IR : au niveau des médicaments, tu m'as dit que de temps en temps vous leur donniez du doliprane ?

IE : oui.

IR : comment ça se passe ?

IE : ça fait partie du protocole, on a le droit, c'est un protocole qui est installé ici aux urgences donc moi j'ai le droit de le donner.

IR : d'accord.

IE : CODENFAN, mais là c'est un protocole qui va se faire, mais... on aurait plus le droit, on sait plus, on sait pas...

IR : d'accord. Et à la sortie comment ça se passe pour les médicaments ?

IE : alors, les médicaments... ben ils arrivent à aller à la pharmacie, y a pas de problème. Et si jamais il faut donner une petite dose ou, ben c'est pas... s'il faut attendre une heure parce qu'il est trop vite pour donner ben on peut donner une dose mais c'est pas fréquent, c'est pas trop fréquent.

IR : d'accord.

IE : moi je sais que j'ai déjà donné un thermomètre, mon thermomètre, parce que, parce que l'enfant faisait beaucoup de température.

IR : d'accord. Et pour la prise en charge ici aux urgences, ça se passe comment ?

IE : la prise en charge de ?

IR : au niveau de la carte vitale, des choses comme ça, pour les patients ?

IE : ben c'est à l'entrée

IR : c'est à l'entrée, d'accord.

IE : oui, c'est à l'entrée, nous, tout le monde, tout le monde il est soigné de la même façon, sauf s'il y a une urgence, les parents le savent, on s'en occupe tout de suite, sinon c'est pareil pour tout le monde. En fin de compte, carte ou pas carte, les soins sont fait.

IR : tu m'as parlé des roms et des roumains ?

IE : ben ouais...

IR : est-ce qu'il y a des, enfin pour toi...

IE : moi je mets tout le monde dans le même sac, en fin de compte, les roms, les roumains, les... serbes, enfin tout le monde dans le même sac, sauf, les Demestres, nos gitans français quoi.

IR : d'accord.

IE : les Demestres et les Hoffmans.... C'est plus, c'est nos gitans à nous. Enfin les Hoffmans, je voudrais pas dire qu'ils sont comme les Desmestres mais ils sont un petit peu, c'est pas les mêmes encore.

IR : ils sont comment ?

IE : ben c'est plus... ben hautains, eux, très exigeants. C'est très très exigeant les... sont des Roms, enfin... ouais des Hoffmans... je les trouve exigeants, exigeant et puis un peu, pas toujours gentils.

IR : mm mm. Alors, est-ce que dans ces populations là tu as noté des pathologies spéciales ?

IE : ...Les bronchiolites pour les petits, heuuu... ben les maladies de peau pas plus que d'autres... ben ils viennent pour la varicelle, les maladies infectieuses, ils viennent quand même, après... pour la température...

IR : ouais.

IE : beaucoup de températures. Ben les pneumopathies, enfin...

IR : mm mm.

IE : je trouve qu'y a pas... y a un moment, ils ont quand même ramené la rougeole, hein. on avait peur, on a été se faire vacciner. Enfin, on a du faire la sérologie.

IR : oui.

IE : mais c'était la rougeole qu'ils nous avaient rapporté, à part ça, les maladies contagieuses mais, ouais, ce fut un moment comme ça avec la rougeole... la grippe, c'est pour tout le monde... ben je sais pas, je vois peut-être pas.

IR : non non, mais c'est vraiment ton expérience.

IE : j'ai été coupée quinze jours, alors je suis un peu... (rires) je suis plus dans le bain !

IR : ouais. Donc là on a parlé de tout ce qui était un peu accueil des populations de cultures différentes...

IE : ouais.

IR : est- ce que, est-ce que...

IE : ben comme les musulmans tout ça, on respecte bien leur culture, hein.

IR : oui.

IE : niveau repas, heuuu, non on les respecte bien. Puis ils nous rappellent et nous on comprend bien.

IR : d'accord. Est-ce qu'il y a d'autres populations ?

IE : bah... y a toutes sortes de... y a beaucoup de monde... peut-être que j'y pense pas. J'y penserai peut-être après... il y en a toutes sortes, c'est sûr.

IR : mm mm. Est-ce que toi, là tu vois autre chose à rajouter sur ce dont on a parlé ?

IE : non. je l'ai pas préparé donc... non, je vais peut-être y penser après, parce que...

IR : c'est parfait.

IE : ben je sais pas

IR : c'est très bien...

Poursuite de l'entretien :

IE : non mais les Demestres... la dame me disait, ici c'est bien, c'était encore l'époque de (...)... ici c'est bien parce que (dans un autre hôpital), l'assistante sociale elle vient souvent chez nous après, mettons une brûlure ou, une enquête est vite faite (dans un autre hôpital), que chez nous, le soin, et puis après... après tout va bien quoi. Non mais je me souviens, elle avait dit ça, mais c'était chez nous, les Demestres, heinh... ils viennent toujours ici de toute façon, tout le temps, tout le temps.

IR : ils ont pas de médecin traitants ?

IE : non, ah non. Mais on les voit de moins en moins, mais ils grandissent mais c'est vrai qu'on voit les petits enfants maintenant. Mais, ils viennent ici quand il le faut, quand c'est l'urgence, quoi, quand on peut plus rien faire, donc ils viennent.

IR : pour toi, ils ne viennent pas pour des petits trucs ?

IE : bah... je trouve pas... avant peut-être, mais plus... plus maintenant... peut-être avant, ouais... y en a qu'on a vu grandir mais ça ne se fait plus, les services qui servent de pensionnat, ça n'existe plus ça mais à (...) ça se faisait bien quand même.

IR : d'accord.

IE : ils restaient bien facilement une semaine le temps qu'on, partait à un moment, mais maintenant ça se fait pas et puis ils le demandent plus de toute façon.

IR : d'accord.

IE : bah non. Ouais avant, c'était, beaucoup de laisser aller. Puis ils faisaient un peu ce qu'ils voulaient, hein, c'est pour ça qu'ils voulaient pas aller (dans un autre hôpital)

IR : ouais. Ici ?

IE : heu, quand, moi je parle de (...)

IR : ouais.

IE : mais même ici, ils viennent plus, c'est plus comme avant. Mais avant, quand ils voulaient, ils demandaient une hospitalisation, ils l'avaient, hein.

IR : maintenant tu trouves que les hospitalisations sont plus difficiles ?

IE : ah quand même ouais je trouve... plus difficile, mais si les parents sont en demande, si ça se fait bien quand même, ça se passe bien. Si les parents sont en demande, ça se passe, ça se fait, hein. Mais c'est pas... si c'est une nuit, c'est... c'est pas abusé comme avant, quoi...

IR : d'accord.

IE : puis faut voir... parfois c'est en demande et c'est bien.

IR : ok. Donc voilà, je travaille aussi sur l'accès aux soins et puis, heu, et puis voir pour les, aussi parfois les couvertures sociales parce que parfois il y a des roms ou des roumains qui n'ont pas de couverture sociale et donc ils viennent ici aux urgences et puis après pour les médicaments ils sont obligés d'aller à MSL ou dans d'autres structures.

IE : ah oui.

IR : donc c'est sur ça aussi que je travaille.

IE : ah oui, là-bas y a distribution de médicaments ?

IR : oui, ils ont une pharmacie. Ils ont une pharmacie où ils peuvent distribuer gratuitement pour les personnes qui n'ont pas de sécurité sociale.

IE : ah oui d'accord. Parce que nous on sait pas ce qui se passe après, hein. On a l'impression que tout va bien... c'est vrai qu'on sait pas... mais bon, si... s'il faut donner une dose, on donne une dose quand même, même s'il faut donner un paquet de compresses, tout ça, pour les soins, parce qu'il y en avait un qu'était... je sais plus il avait des brûlures ici, je sais plus, parce que l'enfant il l'enlevait sans arrêt à vrai dire, bon, on lui avait donné des compresses quoi, enfin, c'est pas... dimanche, y a personne et tout le monde est embêté quoi.

IR : mm mm.

IE : en général, ils sont bien, enfin je sais pas ce qu'ils disent mais ils sont bien, ils sont bien soignés.

IR : mm mm. Ok. On arrête là.

IE : oui. ben, ouais.

Auteur : PANSU FRELY Aymeric

Titre : Représentations des soignants sur les populations Roms aux Urgences Pédiatriques d'un hôpital de la métropole lilloise.

Thèse de Doctorat en Médecine Générale, Lille II, 2012.

Cadre de classement : médecine générale

Mots clés : Roms migrants, Tsiganes, Gitans, populations de passage et migrants, accessibilité des services de santé, disparités d'accès aux soins.

RESUME :

Introduction- Les Roms migrants, vivant dans des conditions précaires, ont les déterminants sociaux de santé parmi les plus bas en France. Les urgences pédiatriques sont un lieu de premier recours aux soins pour leurs enfants dont la santé est une priorité. C'est l'occasion de nombreuses rencontres, parfois difficiles, avec le personnel soignant. L'objectif du travail était d'identifier les représentations des soignants sur la population Rrom et déterminer comment cela affecte le soin.

Méthode- L'étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-directifs des soignants, avec analyse des données par le logiciel NVIVO9. 12 soignants ont été interviewés aux urgences pédiatriques d'un hôpital de la métropole lilloise entre avril 2011 et mai 2012.

Résultats- Les soignants expliquent les difficultés à prendre en charge les populations Rroms migrantes par trois freins majeurs : la barrière de la langue, l'accès à la sécurité sociale, et les conditions de vie précaires. Il existe des représentations négatives mais celles-ci ne semblent pas affecter le soin des populations Rroms. Les soignants ont peu de formation à la prise en charge de ces populations précaires.

Conclusion- Cette étude a montré que les soignants, loin des théories culturalistes ou hostiles prédominantes, connaissent les déterminants sociaux de santé qui affectent les enfants Rroms. Il est important de revaloriser le travail fait par ces soignants et de travailler sur les réseaux permettant d'améliorer les trajectoires de santé éclatées des patients Rroms migrants.

Composition du jury :

Président du jury : Monsieur le Professeur J.L. SALOMEZ

Assesseurs : Monsieur le Professeur F. PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur A. MARTINOT

Assesseurs : Monsieur le Docteur N. MESSAADI

Assesseurs : Madame le Docteur Z. ZEROULOU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur N. MESSAADI
