

MANOUCHES ET ROMS. REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES PERSONNELS SOIGNANTS : STIGMATISATION, DÉVIANCE, ÉTIQUETAGE, STRATÉGIES

Olivier Bouvet, Stéphane Floch

Champ social | « [Spécificités](#) »

2012/1 N° 5 | pages 257 à 274

ISSN 2256-7186

ISBN 9782918555124

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-specificites-2012-1-page-257.htm>

Pour citer cet article :

Olivier Bouvet, Stéphane Floch « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités* 2012/1 (N° 5), p. 257-274.
DOI 10.3917/spec.005.0257

Distribution électronique Cairn.info pour Champ social.

© Champ social. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies

Olivier Bouvet, Stéphane Floch

Tsiganes, Gitans, Roms, Manouches, « Gens du voyage »..., autant de termes pour désigner des populations méconnues. Annoncées comme particulières ou différentes, voire décriées comme marginalisées avec leur lot de représentations collectives, qui sont-ils vraiment ? À l'hôpital, quels regards sur ces populations ont donc les personnels soignants dans leur exercice professionnel ? Que connaissent-ils d'elles, comment réagissent-ils, quels sentiments éprouvent-ils ? Dès lors, quel accueil leur réservent-ils lors de leur prise en charge ? L'existence de stigmatisations à leur encontre relève-t-elle d'une ineptie ou d'une réalité ? Et alors, de quelles stigmatisations s'agirait-il ? C'est à partir de ces questionnements que nous avons entrepris d'étudier d'un point de vue ethnologique deux de ces populations et les représentations qu'elles génèrent auprès de personnels hospitaliers, avec l'hypothèse qu'elles influencent leurs pratiques soignantes. Nous avons choisi une population de Manouches sédentarisés dans les Pays de la Loire, et une de Roms étrangers, non sédentarisée, en Île de France. Pour notre terrain d'enquête, le choix s'est porté sur des personnels hospitaliers de service d'urgence et de maternité à proximité de ces deux populations. Un travail synchronique autour d'entretiens semi-directifs et d'observations informelles a permis ensuite de comparer les résultats obtenus à une revue de littérature. Après la présentation de singularités socio-ethnologiques des deux communautés étudiées puis du cadre méthodologique de l'enquête sur le terrain, seront exposés les types de stigmatisations relevés et les stratégies comportementales découlant des interactions mises en jeu.

Catégoriser ?

La multiplicité des noms est la première difficulté à laquelle on se heurte et qui révèle d'emblée les obstacles à vouloir cerner leurs spécificités. Si le terme tsigane reste un mot générique comme catégorie savante (*gipsy* en anglais), il s'agit d'un exonyme apparu dans le vocabulaire des Gadjé¹. Les endonymes, très peu ou mal usités dans le langage commun, sont principalement les Roms, Manus, Sinté et Kalé. Au sens sociologique, les Roms représentent un ensemble de communautés, sous-groupe des tziganes. Quant à la locution « gens du voyage », elle demeure une appellation purement administrative spécifique à la France. Originaires du nord de l'Inde, banni ou rejeté, cet ensemble de populations s'est progressivement installé en Europe voici sept siècles. Leur histoire est ensuite parsemée d'exclusions et de migrations, voire de déportations et d'éradications (période nazie) ou encore d'esclavage (dernièrement en Roumanie). Actuellement plus de dix millions² de personnes se répartissent dans toute l'Europe et constituent la plus forte minorité ethnique. Les Roms se sont principalement installés en Europe centrale et orientale, les Manouches sont originaires des pays germaniques. Alors que ces derniers restent souvent assimilés aux gens du voyage, les Roms étrangers sont des *nomades par obligation et non par culture, ils vivent en groupe dans l'exclusion sociale depuis de nombreuses années*³. Il est donc important de distinguer les Roms de France, présents depuis plusieurs mouvements migratoires et sédentarisés le plus souvent en tant que Français (dont le terme Tsigane les représente communément), des Roms en France, citoyens de l'union européenne, fuyant la misère et les discriminations raciales de pays de l'Est. Ils sont actuellement plus communément appelés Roms par les Gadjé.

¹ Les non Tziganes.

² Dacheux J-P., Delemotte B., *Roms de France, Roms en France*, Montreuil, Cédis, 2010, p. 6.

³ Knaff C., *Façons de vivre, façons de se soigner, étude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les roms caramidari*, mémoire IFCS Sainte-Anne/Master 1 recherche université Paris Ouest Nanterre la Défense, Paris, 2010.

Notre groupe étudié en Île de France, relève de cette dernière catégorie. Si les Manouches ne sont qu'une partie des 250 à 400 000¹ tsiganes dénombrés en France – devant détenir un livret de circulation et bénéficiant d'aires d'accueil réservées – la population des Roms en France oscille entre douze à quinze mille personnes (chiffre stable depuis six, sept ans²), circulant selon les accords de l'espace Schengen, sans avoir accès aux aires d'accueil³ mais, devant pouvoir, paradoxalement, justifier d'une domiciliation. L'association d'état, de territoire et de nationalité s'avère inappropriée pour les Tsiganes. Ils peuvent avoir plusieurs patries sans se sentir propriétaires de la Terre. Les communautés Roms se reconnaissent en référence à une ville ou une région distincte, elle-même porteuse d'une identité locale particulière en termes de corporation, notamment de métiers exercés. Tenus pour des « mangeurs de hérissons », des « voleurs de poules », ou pire d'enfants dans le folklore commun, les Tsiganes sont suspectés d'être incontrôlables et amènent à s'interroger sur le modèle social dominant. Ils travaillent pour eux-mêmes mais refusent majoritairement le travail salarié car il représente une aliénation. Ils vivent fréquemment au jour le jour et dans l'immédiateté sans projection d'avenir. Forains, ferrailleurs..., ils exercent de nombreux métiers, parfois non répertoriés et invisibles. Les Roms en France exercent leurs activités de manière plus visible car ils vivent surtout de la mendicité et d'activités de rue qui s'imposent à eux comme des pratiques de survie (lavage de pare-brises, pratique musicale...). Pour l'ensemble des Tsiganes, le recours aux larcins ou à la prostitution est *une chute que beaucoup évitent, mais pas tous*⁴, ce qui n'est pas sans majorer la méfiance collective à leur rencontre. Le Tsigane est un voyageur dans l'esprit, qu'il se déplace ou demeure, il

¹ Dacheux J-P., Delemotte B., *op. cit.* p. 41.

² Chiffres issus de l'émission radiophonique Télérama radio, « *Passages en revue* » : Études Tsiganes, entretien avec Olivera M., Ethnologue, université Paris Ouest Nanterre la Défense, président de l'association « Rues et Cités », 12/9/2010.

³ Depuis 2006, des villages d'insertion leur sont proposés mais les critères imposés tant aux municipalités qu'aux Roms ne sont pas vecteurs d'engouement de part et d'autre.

⁴ Dacheux J-P., Delemotte B., *op. cit.* p. 88.

veut préserver sa capacité de mobilité. Ainsi, contrairement à l'idée répandue, nombre de « gens du voyage » ne voyagent pas. Bien qu'ils se sédentarisent de plus en plus, les Manouches continuent de vivre en caravanes. Pour les Roms en France, l'établissement de camps de fortune aux abords des villes correspond à une transplantation du « mahalla rom », quartier rom existant à la périphérie des villes comme en Roumanie. À leur sujet, l'anthropologue Alain Reyniers parle de *profil d'une population du tiers-monde*¹, qu'il convient cependant de nuancer car *environ 40% des Roms de Roumanie ont réussi leur intégration socioéconomique, et parfois même rejoint les classes sociales supérieures*². Les Roms en France représentent une minorité constituant ces dernières années « le problème Rom » évoqué au niveau politique. Le mythe d'une invasion programmée persiste alors que ce sont les mêmes groupes familiaux qui depuis quinze ans se déplacent de ville en ville au gré des expulsions. Familialement, les Tsiganes ont un *sens sublimé de la famille*, entre un « nous » *communautaire – considéré comme pur – et le monde des Gadjé – impur*³. La vie collective y est primordiale. Les familles sont souvent nombreuses et élargies formant de micro-communautés où l'endogamie est majoritairement présente. L'amour et la protection des enfants tiennent une place de choix avec un passage à l'âge adulte plus précoce, aux environs de douze ans. L'illettrisme et les difficultés de scolarisation entravent souvent leurs relations avec l'extérieur. Leurs traditions culturelles restent également dominées par des valeurs patriarcales. Et s'ils ont généralement adopté la religion et la langue du pays où ils se sont durablement installés, cela ne vaut pas pour les Roms en France parlant principalement le Romani.

¹ Fournier L., « Qui sont les Roms ? », *Sciences Humaines*, n°220, 2010, p. 18-23.

² Fournier *op. cit.* p. 20.

³ Fournier L., *op. cit.* p. 21.

La maladie

Concernant la maladie, pour les Tsiganes, elle vous tombe brutalement dessus (modèle exogène/maléfique décrit par l'anthropologue F. Laplantine¹). Elle ne constitue pas une menace pour l'individu atteint mais pour l'ensemble du groupe et son bon fonctionnement. La maladie provoque donc une peur collective et requiert une guérison immédiate par tous les moyens. Si les solutions disponibles dans le groupe ne suffisent pas, on fait appel au médecin extérieur ou, bien souvent, aux services d'urgences. Ils évitent de parler de la maladie de peur d'apporter du malheur. Celle-ci devient vite source de marginalisation, et avec son risque de contagion peut, par peur et méconnaissance, générer l'exclusion ou l'isolement de l'individu. Ils considèrent aussi que l'âme des morts reste dans les murs : le rôle des vivants est donc de faire le plus de bruit possible pour repousser ces âmes et faire sortir rapidement la personne hospitalisée. Chez les Roms, la santé n'est pas forcément prioritaire eu égard à leurs préoccupations immédiates de se nourrir. La santé est donc perçue comme *un instrument, un capital précieux, relié directement et prioritairement au travail*². La maladie peut être vécue comme une entrave à la survie du quotidien, car génératrice de temps perdu. De même, l'hospitalisation peut provoquer l'angoisse de ne pas retrouver le groupe en cas d'expulsion. Dès lors, le curatif prime sur le préventif, et la non-observance des traitements est monnaie courante. Pourtant, la nature précaire de leurs habitats et de leurs ressources les expose à de mauvaises conditions d'hygiène, sources de nombreuses pathologies souvent majorées par le stress occasionné par la peur de l'expulsion. Finalement, il n'y a pas une communauté mais bien des communautés *loin d'être homogènes, linguistiquement, historiquement, culturellement et socialement*³ qui peuvent apparaître culturellement insaisissables⁴. Ils interrogent en tout cas nos représentations et mobilisent nos questionnements autour de notions comme l'universalisme et son pendant, l'ethnocentrisme.

¹ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992.

² Knaff C., *op. cit.* p. 56.

³ Knaff C., *op. cit.* p. 17.

⁴ Dacheux J-P., Delemotte, B., *op. cit.* p. 67.

Comment les prendre en charge sans les stigmatiser ?

L'étude

Quand on soigne, on peut être amené aussi à soigner une situation et une organisation sociale. L'étude ethnographique a été réalisée pour les Manouches, dans un centre hospitalier d'un département des Pays de la Loire, dans le service des urgences et à la maternité ; pour les Roms, dans un hôpital intercommunal en Île de France, dans le service des urgences adultes. La population étudiée est composée de médecins, cadres de santé, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, agent d'accueil mais aussi d'une assistante sociale pour le premier terrain. Il est à noter la composition multiculturelle des personnels soignants du second terrain ainsi que le profil pluriethnique de leur patientèle. Le guide d'entretien a permis de regrouper des questions par thèmes qui avaient pour objectifs d'identifier les connaissances des personnels soignants sur le groupe étudié, leurs regards perceptifs, les images et les mots utilisés à leur rencontre, les interactions mobilisées dans leurs pratiques avec les stratégies et les mécanismes de régulation mis en place. Cinq entretiens ont été réalisés du 7 au 10 Novembre 2011 sur le terrain des Pays de la Loire. Dix entretiens ont été réalisés le 24 novembre 2011 sur le terrain d'Île de France, et un onzième par téléphone le 26 novembre 2011 avec un médecin d'origine roumaine travaillant au sein du même service. Des temps d'observation participante ont permis une collecte informelle de paroles et de paralogues, retranscrits à distance. Le terrain recueilli a orienté notre analyse sur les concepts de stigmatisation, de déviance et d'étiquetage, au travers des approches d'E. Goffman et d'H.S. Becker.

Stigmatisation et déviance, question d'étiquetage et de stratégies

Il nous est aussi apparu que la prise en charge des personnels soignants de ces groupes était hors normes, oscillant entre tolérance et déviance, dans des stratégies singulières et parfois paradoxales. Entre stigmatisation et déviance, une question d'étiquetage et de stratégies. Pour Goffman¹, le stigmaté correspond à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle

¹ Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre. Il distingue trois grandes catégories de stigmates : les stigmates corporels, les stigmates tenant à la personnalité et/ou au passé de l'individu (tares de caractères) et les stigmates tribaux de race, de religion ou de nationalité pouvant être transmis de génération en génération. La stigmatisation résulte d'abord d'un phénomène d'étiquetage¹. C'est flagrant pour les stigmates corporels tels que la couleur de la peau. Cela n'est pas moins vrai pour la situation de la mère célibataire, de l'homosexuel, du toxicomane ou encore des marginalisés comme nos groupes étudiés. Ces stigmates peuvent être visibles ou invisibles. Le stigmate visible a pour particularité de s'imposer dans la perception et de focaliser l'attention de l'interlocuteur, il en découlera une image générale du stigmatisé. Après avoir analysé les données collectées, nous avons pu entrevoir cette image générale et ainsi pu dresser une typologie de deux catégories de représentations induisant des stigmates visibles, spécifiques ou communs aux deux groupes étudiés. Il s'agit des représentations incluses dans le vocabulaire utilisé pour les identifier et les reconnaître et des représentations incluses dans les comportements décrits qui nous ont permis d'étayer la catégorie des stigmates tribaux décrite par Goffman, car touchant l'ensemble d'une communauté et non un seul individu mis à la marge.

Les mots d'une stigmatisation

Stigmates touchant à leur dénomination : il est apparu une différence notable entre les deux groupes étudiés puisque les Manouches sont reconnus par leur nom de famille, où deux noms sont régulièrement cités par les soignants, les désignant ainsi par leur nom « communautaire », comme « marque » d'identification et de reconnaissance : « *on sait à qui on a affaire* », « *sur la région, il y a deux ou trois noms qui reviennent souvent* ».

Certains soignants sont même capables de les différencier entre familles : « *c'est un ..., je le reconnais* ». La présence locale de ces communautés depuis de nombreuses années n'y est pas étrangère. Alors que pour les

¹ Becker H.S., *Outsiders. Études de la sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

Roms, « *on ne les appelle pas* », « *ce sont des patients comme les autres* », pour montrer qu'on ne veut surtout pas les différencier des autres. « *En tant que soignant, un patient est un patient !* », « *il n'y a pas de spécificité Roms* » (en parlant d'autres communautés vivant dans la précarité) ou encore « *des humains comme les autres* » après avoir dit « *comme des SDF* », avec un « *excusez-moi* » empreint d'empathie sincère. Un des enquêtés a toutefois exprimé « *tiens, c'est la journée Rom !* ». Pourtant, les Roms sont issus de corporations portant des noms distinctifs, mais du fait peut-être des expulsions régulières, leurs noms ne sont pas connus ni reconnus par les soignants. De même la barrière de la langue peut être une entrave, bien qu'ils soient accompagnés presque systématiquement d'un interprète. Cette approche divergente de la part des soignants nous interroge sur l'ambiguïté de la stigmatisation, ici comme une marque inconsciente de ne pas vouloir les stigmatiser tout en les stigmatisant malgré tout.

Nommer ou ne pas nommer, quelle en est donc la valeur ?

Le premier paradoxe est le suivant : sur le premier terrain où normalement les patients sont désignés par leur prénom, lorsque les membres de cette communauté sont appelés par leur nom de famille - un même nom pour tous - l'appellation fonctionne comme un stigmate avec le risque de confusion et d'erreur entre familles. Puis vient le second paradoxe issu de la non nomination, où les personnels soignants étaient en mesure d'identifier ces patients à leur simple vue, comme en témoignent ces deux dernières paroles : « *en général, on comprend que c'est des Roms* », « *c'est visuel, j'arrive à les distinguer* ».

Qu'est-ce qui peut donc bien les rendre si distinctifs aux regards des soignants ?

Ce sont des stigmates touchant à l'apparence physique et vestimentaire. Ces traits spécifiques se retrouvent au niveau des deux groupes mais de manière plus marquée chez les Roms où le stigmate de la précarité nous a semblé transparent. Pour les Manouches, il est fait mention de la couleur des cheveux (« *souvent très noirs* ») et de la peau (« *souvent très mate*¹»). Une seule fois il est mentionné « *ils sont sales* ». À l'égard des Roms, ce sont des « *visages marqués* » (comme une empreinte), un « *manque*

¹ La couleur mate était associée à la couleur du diable au Moyen-Âge.

d'hygiène, ça se voit sur leur visage » (comme un stigmaté du sale), un « *teint plus foncé* » (comme un plus de quelque chose), « *ce qui me choque, ce sont les pieds nus* » (avec tout un champ symbolique à entrevoir), « *des gosses beaux, ...à mettre dans la baignoire* » (dans le sens de les laver, selon les ressentis lors de l'entretien, et donc par extension subjective, d'ôter cette marque que l'on pourrait considérer impure chez des enfants beaux et « purs »). Ce sont aussi à trois reprises des mots plus appuyés qui sont exprimés : « ... *ils sont sales, quoi !* » ou « ... *l'hygiène, c'est pas terrible, quoi...* » (ressenti à la fois comme un ça se voit non !, et c'est une réalité, on ne l'invente pas) ; ou afin de les reconnaître « *je fais au faciès et à la langue...* » exprimé sans arrières pensées apparentes. Pour mieux marquer la différence, ils n'ont « *pas la même notion du corps que nous* », et de la distance, ils sont à « *dix mille années lumières du concept...* », en parlant d'hygiène et de la médecine. Ainsi, on s'interroge sur cette mise en confrontation entre le sale et le propre, l'impur et le pur et de ce qu'elle peut opérer comme jeu d'une stigmatisation de la différence qui peut s'avérer être « intolérable ». Les tenues vestimentaires permettent de reconnaître l'appartenance au groupe. Des similitudes au sein des deux groupes ont été notées : chez les Manouches, « *les femmes portent des sabots* », « *de longues jupes* », « *des jupes colorées* », et chez les Roms elles portent aussi « *de longues jupes* », « *des sabots* » avec « *de grosses chaussettes* », « *un habit typique, la jupe* » (pour la femme médecin, roumaine), avec en plus « *un foulard sur la tête* » (en précisant « *mais pas un Chanel...* ») et à cinq reprises la notion de couleurs vives. Le vêtement semble être caractérisé par un dimorphisme sexuel très marqué et gynocentré¹, plus particulièrement chez les Roms où « *les femmes ont toutes le même aspect...* » (femme médecin). Les hommes Manouches portent distinctement en effet « *des chemises très blanches* », « *avec de nombreuses chaînes en or*² », alors que les hommes Roms portent « *des*

¹Fischer E., « Robe et culottes courtes, l'habit fait-il le sexe ? » In Dafflon-Novelle A., *Filles-garçons, socialisation différenciée ?*, Grenoble, PUG., 2006, p. 241-266.

² Contrairement à l'or, un vêtement, une fois porté, peut être aisément abandonné ou négligé.

jeans » et « des blazers au-dessus », des vêtements plus communément visibles chez les Gadjé. Un autre signe distinctif de l'étiquetage est la notion de superposition et de non coordination des vêtements, principalement chez les femmes Roms : « *plein de couches sur eux* » « *pas coordonnées* », « *deux ou trois jupes sur elle* », « *plusieurs jupes pour l'isolation thermique* » (précision apportée par la femme médecin), mais « *ne porte pas de culotte...* » car considérée comme « *pas propre* ». La relation entre le sale et le propre ainsi qu'entre l'impur et le pur s'imbriquent à nouveau, mais selon des croyances « tribales » bien ancrées et souvent méconnues des soignants comme le fait que les femmes soient plus souillées que les hommes (à cause de la souillure induite par leur sexe), et portent donc des vêtements ouverts (des jupes, exprimant qu'elles ne sont pas pures) contrairement aux hommes où ils sont fermés car « plus purs ». *Une géographie des espaces suit la même logique : l'extérieur du village, les champs peuvent supporter la souillure, mais la maison est par définition un lieu pur, on n'y mettra pas des enfants au monde, on n'y déposera pas les corps morts*¹. C'est ainsi que les Roms ont une « *image pas bonne* », « *ils ne font rien pour s'arranger...* » et ils ont une « *manière de s'habiller pas comme nous...* », autant de marqueurs d'une différence, signes d'une stigmatisation effective et symbolique d'une frontière. Cette différenciation idéale faite entre les « normaux » et « ces gens-là » peut établir implicitement dans le factuel des notions de supériorité dans les relations sociales interpersonnelles. Les membres des groupes d'appartenances minoritaires se séparent des normaux par l'existence de barrières dont le franchissement induit de ne plus être soit dans le groupe d'appartenance pour les uns, soit dans la norme pour les autres, dès lors source de caractère déviant. L'imprégnation chez les soignants de ces premiers stigmatisés est entretenue par les attitudes de ces deux communautés porteuses d'une culture de la marginalisation et de l'immédiateté induisant, consciemment ou inconsciemment de part et d'autre, des stratégies comportementales.

¹ Hasdeu I., « Corps et vêtements des femmes Rom en Roumanie. Un regard anthropologique », *Études tsiganes*, n° 33-34, 2009, p. 60-77.

Les comportements d'une stigmatisation

Culture de la marginalisation : outre leurs modes de vie (« voleurs », « mendiants », « SDF » ...) et le type d'habitat de ces communautés (« caravanes », « camps », « bidonvilles ») qui ont interpellé les soignants sur leur aspect marginal, nous nous sommes plutôt centrés sur le lieu et le contexte de notre étude, et donc sur la question des rapports familiaux et communautaires au sein de ces deux groupes et leurs impacts sur les représentations des soignants lorsqu'ils les accueillent et les prennent en charge. Deux éléments ont été mis en exergue : la relative absence de la femme et la présence marquée de l'homme. Et pour ce dernier, s'est fréquemment rajoutée la notion d'agressivité – agressivité pas forcément présente aux urgences mais ramenée avec soi comme un stigmate visible – agressivité rendant par-là même leur barrière plus infranchissable aux dires des soignants, et renforçant paradoxalement leur exclusion. Une question de rapports familiaux et de places exclusives : chez les Manouches, la domination de l'homme sur la femme a été observée mais peu de mots sont venus la corroborer si ce n'est « *les femmes peuvent être malmenées, souvent...* » (à l'hôpital), selon un système « *patriarcal* ». Chez les Roms, la stigmatisation de ce rapport dominant/dominé a été presque systématiquement entrevue, aussi bien par les soignants hommes que femmes mais avec plus de force par celles-ci, attristées ou indignées par ce soi-disant déséquilibre trop patent. Ainsi, « *la relation femme/homme n'est pas égale...* », « *les femmes sont en retrait...* » (relevé quatre fois), « *la femme n'a pas la parole...* » (trois fois) et « *ne peut pas prendre de réelles décisions...* », « *les femmes et les enfants suivent...* » (cité quatre fois), c'est donc l'homme « *qui prend la parole...* » (exprimé cinq fois) ou « *raconte l'histoire* », qui « *décide* » (relevé trois fois), car, cité une seule fois, il est « *misogyne* » et « *dénigre la femme* », dans une organisation familiale « *trop patriarcale* » (dit deux fois). Nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas d'une projection idéalisée ou idéale du rapport homme/femme et de ce fait génératrice d'une stigmatisation « tribale » de comportements considérés inégalitaires et « rétrogrades ». À la question, que connaissez-vous précisément de leur organisation familiale, personne pourtant n'a su concrètement répondre.

Seul le médecin roumain nous a expliqué que « *la femme compte beaucoup...* » mais en rajoutant aussitôt « *elle est soumise...* », mais « *si un homme n'est pas accepté par une femme, c'est la honte...* », ainsi serait présent « *un orgueil masculin* » mais ce serait véritablement « *la femme qui manipule* ». Nos lectures nous ont montré, en effet, que ces communautés possédaient des grilles de lecture différentes en termes de structuration et d'organisations familiales, avec des rapports complexes pouvant échapper aux Gadjé. La notion de déviance semble ici insidieuse. Mais elle montre la force du désir de « normer » ce qui remet en cause le modèle familial dominant, modèle qui semble pourtant vaciller au sein de notre propre société. Une question de rapports sociaux et d'agressivité : chez les hommes Manouches, l'agressivité transparaît dans les discours au travers d'histoires racontées comme porteuses de son stigmat, et demeure sous-tendue par le paralangage venant solliciter l'enquêteur à ce sujet. Mais bien qu'ils soient « *plus indisciplinés* », « *cela nécessite de redire aux soignants de ne pas faire de différence* ». Chez les hommes Roms, « *coriaces dès le plus jeune âge...* », et « *difficilement soumis à des règles...* », l'agressivité « *se voit dans leur faciès quand ils arrivent...* », fait parfois « peur », entraîne de « *la méfiance* » et requiert de « *la vigilance* » pour la prévenir ou la juguler. Une certaine maîtrise à son encontre a semblé transparaître lors des entretiens et de nos observations. L'habitude de gérer des flux de patients avec leur multiculturalisme n'y est peut-être pas étrangère. Il est à souligner ici que la représentation de l'agressivité est souvent associée à celle du groupe, au nombre, plus ou moins important qui se présente, et renforce cette présence marquée de l'homme, génératrice d'une tension palpable lors des observations (comme une préparation à l'affrontement, ou à l'envahissement, celui d'un espace, le sien et celui des autres (collègues et autres patients) qu'il faut préserver, protéger). Néanmoins, la mise en avant de l'agressivité, comme la peur et l'inquiétude perçues dans les groupes étudiés et exprimées par les soignants lors des entretiens, a souvent été accompagnée d'un effort de compréhension à la recherche de causes possibles afin, peut-être, de rendre plus supportable ce comportement déviant de par son aspect intrusif et transgressif. La notion d'immédiateté a ainsi souvent été évoquée, comme une des raisons pouvant être à l'origine de tels comportements.

Chez les deux groupes étudiés, des similitudes sont apparues avec beaucoup d'occurrences faisant de l'immédiateté le stigmate le plus représentatif de leur étiquetage. À propos des Manouches, « *ils savent qu'on va les prendre rapidement sans rendez-vous...* », car « *ils ne sont pas patients...* » (perdant métaphoriquement leur statut de soi-disant patients). « *Ils comprennent que s'il y a des urgences vitales, ils vont devoir attendre plus...* », « *ils ont l'impression que c'est urgent la raison pour laquelle ils viennent...* », il faut « *guérir immédiatement* ». Avec leur « *notion d'immédiateté* » et « *de difficulté de rigueur chez ces gens-là* » (en parlant des horaires), « *un problème égal une solution* » avec « *un souhait de rapidité* ». « *Ils ont également peur qu'on les oublie...* » ou « *qu'on ne s'occupe pas d'eux...* », « *qu'on les mette de côté...* ». La peur d'être marginalisés et d'être, de ce fait, moins bien traités semble vecteur d'inquiétude et source de conflit latent. Quant aux Roms, « *pas du tout patients* » aussi, « *ils ne s'installent jamais* » (drôle de rapprochement avec leur situation précaire et leur soi-disant nomadisme), « *ils ne sont jamais en retrait* » et « *nous mettent la pression* » pour que « *ça aille plus vite* ». « *C'est tout, tout de suite* » (exprimé deux fois, avec le sentiment que l'on ne va pas s'en occuper comme les autres). Ils « *n'aiment pas la grosse négociation* » et « *pas rester trop longtemps...* ». Ainsi des stratégies ont été mises en place pour réguler cette transgression ; ceci explique que la plupart des propos ont rapidement et fréquemment été centrés sur celles-ci. Tacitement, cet étiquetage d'une culture de l'immédiateté est à la source de la mise en place de stratégies afin que chacun puisse y trouver son compte – dans un jeu de déviations – par la transgression de la norme établie pour les uns (c'est-à-dire de leur statut de patient), et parfois des circuits classiques de prise en charge pour les autres. Chacun acquérant dès lors un nouveau statut comme si chacun trouvait avantage à laisser l'autre prendre une certaine licence par rapport à la norme imposée par le contrôle social.

Stigmatisation de l'immédiateté et stratégies comportementales : une double lecture de la déviance

Becker en 1985 a montré qu'une déviance reconnue comme telle suppose un processus de désignation ou de stigmatisation.

La déviance s'avère ainsi n'être qu'un rôle absorbé par celui qui est victime de la stigmatisation des autres. Et, s'il perdure, ce rôle peut générer une modification de ses relations sociales. Il entre alors progressivement dans une « carrière » de déviant¹. De fait, pour qu'une situation de déviance existe, la présence de trois éléments est nécessaire : l'existence d'une norme, un comportement de transgression de cette norme, un processus de stigmatisation de cette transgression. Illustrant ce caractère déviant, les entretiens et nos observations ont montré la présence de stratégies spécifiques de part et d'autre.

Stratégies mises en œuvre par les deux groupes étudiés : paroles des soignants. Chez les Manouches, pour ne pas attendre « *ils haussent le ton pour que ça aille plus vite...* », et « *les hommes qui accompagnent les épouses sont vite énervés du fait que ça va pas assez vite...* ». La pression est renchérie par « *la provocation* » (« *c'est leur mode de communication* ») ou « *cette façon d'être excessif...* ». Face à un risque d'attente trop longue, « *on leur explique et lui nous demande si ça va être la guerre avec les gens du voyage...* » et ainsi « *ça peut monter très vite...* ». Chez les Roms, soit « *ils arrivent en meute...* », soit ils « *nous mettent la pression...* » (exprimé trois fois), par « *effet de groupe* », « *en essayant d'entrer* » ou de « *nous déborder* », en nous faisant « *tourner en bourrique* », mais c'est parce qu'ils peuvent être « *en panique* » (peur de la gravité). Parfois ils peuvent se montrer « *violents* » ou exprimer « *la manière forte* » pour que ça aille plus vite. La femme médecin nous précise qu'ils ne « *se comportent pas comme ça en Roumanie...* », « *ils arrivent avec un cadeau...* » (système de rétribution, voire parfois de bakchich). Les soignants ont relevé leur réelle inquiétude face à la maladie qui s'abat brutalement et touche le collectif (avec parfois la peur de mourir à l'hôpital, lieu considéré impur) et l'empressement d'en finir au plus vite par impatience, avec parfois la filouterie qui vient se rajouter comme pour mieux poser cette « carrière » de déviant. Les liens ont souvent été faits entre inquiétude et empressement, entre peur et immédiateté et le désir d'en finir avec cet intrus perturbateur. Sans oublier que chez les Roms, le temps passé à l'hôpital peut représenter une entrave à la survie du quotidien, et par peur de ne pas retrouver le groupe

¹ Becker H.S., *op. cit.* p. 47.

en cas d'expulsion, fragiliser l'instant consacré aux soins. Outre la peur de l'agressivité et de l'envahissement, un autre élément est apparu primordial dans le déclenchement de stratégies répondantes, celui du regard des autres patients présents, majorant la pression et poussant certains soignants à ce que cela se finisse au plus vite, pour le bien de tous. Et inconsciemment, une question parfois se pose : comment s'en débarrasser au plus vite ?

Stratégies mises en œuvre par les soignants

Dans le cas des Manouches, les soignants ont différentes réponses. « *On s'adapte parce que c'est leur façon de vivre...* » tout en faisant « *comprendre qu'il y a des heures à respecter* », « *on va s'arranger pour qu'ils passent plus vite* » (deux fois, avec le soulagement de tous, même des autres patients devant qui ils sont passés), « *on rend service pour avoir la paix...* » mais cela nous oblige à « *être très à l'écoute* » (dans le sens de ne pas passer à côté de quelque chose) et de « *faire attention à ce que l'on dit* » et d'être « *très souvent sur la défensive* » (dans le sens de peur que ça se passe mal). Alors l'autorité et « *le respect de la blouse blanche* » du médecin vient s'intercaler pour diminuer les tensions et faire entendre ses conclusions amenant la fin de « l'épreuve ». Dans le cas des Roms, « *le respect de la blouse blanche* » fait aussi son effet comme une bascule du rapport dominant/dominé par le poids du « *discours médical* », de son « *diagnostic* » et de ses « *conclusions* » abrégeant l'épreuve de ce passage aux urgences. Cependant, bien que parfois la « *prise en charge est accélérée* », car « *faut aller plus vite* », un box de consultation rapide a été créé et mis en place dès l'entrée des urgences et à l'écart, afin de réguler le flux et des excès éventuels de violence. Le « *recours au chef* » est très fréquent, et « *ça se calme de suite* ». Ça permet de « *ne pas être débordé* ». Sinon « *on fait un peu la police* » tout « *en prenant de la distance* », et sans « *jouer leur jeu...* » (médecin roumain). Et là aussi, « *on ne veut pas passer à côté de quelque chose...* », le rôle de soignant ne doit pas être oublié. La notion de négociation prend souvent la voie du détournement du conflit mais de manière différente dans les deux structures de soins. Soit en transgressant parfois le circuit habituel de prise en charge, en répondant immédiatement à la demande, cultivant par là-même une autre culture de

l'immédiateté. On déroge ainsi à la règle pour protéger le service et les autres (patients, familles), tout en essayant malgré cette tolérance de préserver la qualité de la prise en charge des soignés. Soit en adaptant le circuit par le biais d'un accueil spécifique (box de consultation rapide), où les stratégies semblent relever plus de l'adaptabilité structurelle et organisationnelle que d'une déviance du système de la norme commune, puisque la norme a été modifiée au profit de l'ensemble des personnes soignées.

La volonté de prendre en charge la personne soignée dans sa globalité et dans sa singularité a poussé les soignants à reconnaître les stratégies de ces communautés. Ils tentent d'y répondre au mieux pour le bien de tous, même si les efforts structurels sont peut-être une première étape dans le processus de dé-stigmatisation.

Conclusion

Il s'est avéré que la plupart des soignants méconnaissent ces communautés et ont encore du mal à entrevoir le franchissement de la barrière ou de la frontière qui les en séparent. Sans oublier, comme le soulignait Becker, que le transgresseur peut estimer que ses juges sont étrangers à son univers¹.

Avec toutes les limites subjectives et inhérentes à ce type d'étude (nombre restreint d'entretiens et de services hospitaliers, observations pas toujours participantes et non répétées à distance), il nous a semblé qu'elle propose quelques pistes de réflexions.

La réalité quotidienne est construite d'étiquetages, plus ou moins ancrés, nous permettant à la fois de supporter la différence de cet autre que moi, mais aussi de trouver « des boucs émissaires » pour isoler cet autre qui remet en cause notre propre modèle de construction sociale. Il ouvre ainsi le champ de la transgression de la norme pour les uns (déviance primaire) et du contrôle social qui reconnaît et qualifie cette déviance pour les autres (déviance secondaire et notion d'étiquetage). Les résultats de nos analyses ont ainsi montré malgré des écarts, que les regards et les représentations des personnels soignants étaient sources de certains stigmates « tribaux » à l'encontre des deux groupes étudiés. Aussi des

Becker H.S., *op. cit.* p. 25.

stratégies comportementales de transgression sont mises en œuvre afin que chacun puisse y trouver son compte. Mais l'acquisition d'un tel système de justifications de la déviance ne peut-il pas inciter à faire persévérer chacun dans sa propre voie ?

Ceci dit, la notion de conscience professionnelle des soignants nous a semblé très présente, et paradoxalement, elle nous a montré que bien que les paroles aient pu souvent être porteuses de stigmatisations, les pratiques soignantes n'en ont nullement été altérées, comme si le factuel primait sur un idéal¹ mis à distance dans ce qui se joue là, en l'occurrence la présence de l'autre, chacun étant ramené à son humanité. Les représentations sociales issues des paroles de soignants n'influent donc pas forcément sur la prise en charge effective.

C'est la qualité de patient qui prime. Cela nous interroge sur le processus du passage à l'acte de la stigmatisation en tant qu'idéal à sa transposition factuelle et sur ce qui pourrait générer cette levée de barrière, ou ce franchissement de frontière, peut-être passage d'une relation soignant/soigné à celle du soi-niant/soi-nié.

Ces deux communautés ne nous ont pas semblé être niées.

Juste la méconnaissance et les peurs collectives semblent encore entretenir des stigmatisations. La mise en place de réseaux de partage de connaissances entre soignants, travailleurs sociaux et associations, permettrait de changer certains regards, optimiser l'accueil et la prise en charge.

Un travail sur les peurs, une ouverture à ces communautés ne peuvent qu'aider à franchir une autre barrière, celle qui nous sépare parfois de nous-mêmes, de ce soi-même comme un autre², afin de tendre vers un certain universalisme...

¹ Idéal est le réel intellectuel, par exemple, nos propriétés, nos facultés morales. L'idéal est une combinaison résultant de l'action de l'idéal. Lorsque la forme ou le sentiment de l'idéal est passé en nous par la perception, il devient idéal, partie de nous-mêmes.

² Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

Bibliographie

- Becker H.S., *Outsiders. Études de la sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.
- Chaix C., *Les associations de solidarité avec les Roms migrants en France : des représentations collectives à l'action associative*, Mémoire, Institut d'études politiques, Grenoble, 2008.
- Dacheux J-P., Delemotte B., *Roms de France, Roms en France*, Montreuil, Cédis, 2010.
- Fischer E., « Robe et culottes courtes, l'habit fait-il le sexe ? » In Dafflon-Novelle A., *Filles-garçons, socialisation différenciée ?*, Grenoble, PUG, 2006, p. 241-266.
- Fournier L., « Qui sont les Roms ? », *Sciences Humaines*, n°220, 2010, p. 18-23.
- Garo M., « Les Roms et les organisations évangéliques : entre culte religieux et stratégie politique ? », *Hérodote* n°119, 2005, p. 81-94.
- Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.
- Hasdeu I., « Corps et vêtements des femmes Rom en Roumanie. Un regard anthropologique », *Études tsiganes*, n° 33-34, 2009, p. 60-77.
- Jodelet D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- Knaff C., *Façons de vivre, façons de se soigner, étude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les roms caramidari*, mémoire IFCS Sainte-Anne/Master 1 recherche université Paris Ouest Nanterre la Défense, Paris, 2010.
- Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992.
- Renard, J.C., « Dossier Roms : est-ce ainsi que les Roms vivent ? », In La cause des Roms, *Politis*, n°1049, 2009, p.16.
- Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.