



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Juillet 2011

Immersion en Communauté en Roumanie.

Santé en campagne roumaine

Réalisée à l'hôpital de Sangeorgiu de Padure

Brice TOUILLOUX et Sophie HÜGLI



Introduction :

Dans les années 80, le président de la Roumanie socialiste Nicolae Ceaușescu décide de mettre en place la politique de « systématisation du territoire », qui consiste à raser les villages ruraux et les quartiers historiques du pays. Les habitants sont alors relogés en appartements dans de grands blocs nouvellement construits. Tout ceci fait dans le but « d'harmoniser le pays ». En 1989, des centaines de villages ont ainsi été détruits ou sont en cours de destruction. A la suite de la chute du régime de Nicolae Ceaușescu, un collectif de plusieurs villages belges, français et suisses décide de soutenir ces villages : chaque village suisse de ce collectif se voit attribuer un village roumain. Il s'agit de « Opération Village Roumain ». Le village de Plan-les-Ouates a ainsi été mis en relation avec la commune de Sangeorgiu de Padure. Au début (en 1990), il s'agissait principalement de l'aide humanitaire, puis cela est devenu de plus en plus de partenariat avec les institutions municipales, notamment l'hôpital. Depuis 2002, l'association Sangeorgiu participe au cofinancement de la rénovation de l'hôpital, l'autre moitié est payée par l'état roumain. L'association cherche au maximum à ne travailler qu'avec le cofinancement, pour responsabiliser les Roumains.

Depuis 1989, la Roumanie est un pays en transition, elle doit passer d'une économie socialiste centralisée à une économie capitaliste, de même pour le système de santé. Ainsi actuellement le système de santé roumain possède toujours des restes du systèmes de santé sous le système socialiste tel que l'hôpital de Sangeorgiu, qui contient 50 lits et se trouve dans un village. Au contraire, dans nos contrées capitalistes, les petits hôpitaux sont remplacés par les cabinets privés. De plus en 2007, la Roumanie a rejoint l'Union Européene, son économie doit donc s'orienter de plus en plus vers le modèle capitaliste.

Le village de Sangeorgiu se situe dans le département de Mures, au cœur de la Transylvanie. La capitale du Mures, Targu Mures, est à 40min en voiture. Jusqu'en 2002 la majorité de la population travaillait dans une usine actuellement fermée, ainsi le chômage est aujourd'hui fort à Sangeorgiu (environ 20%). L'association de Plan-Les-Ouates cherche un entrepreneur pour que celui-ci s'installe là-bas ; car sans travail, l'exode vers les villes est très fort. Le village de Sangeorgiu compte 5571 habitants (en 2007). Sa population est majoritairement hongroise (environ 75%) ; le reste est constitué de Roumains (environ 20%) et de tsiganes (environ 5%) d'après les statistiques officielles. Cependant d'après la population locale, la proportion de tsiganes avoisinerait plutôt les alentours de 20%. La minorité tsigane (connue aussi sous la dénomination roms ou gitans) souffre d'un problème d'intégration ; officiellement ils sont 500 000 en Roumanie sur une population de 22 millions. Cependant lors des recensements de nombreux tsiganes se disent hongrois ou roumains, ainsi les chiffres officiels de Tsiganes en Roumanie doivent être interprétés en sachant qu'ils sous-évaluent le nombre de Tsiganes. Cependant par rapport à leur nombre, les Tsiganes sont de grands consommateurs de soins, on trouve une forte proportion de patients tsiganes à l'hôpital de Sangeorgiu. C'est pourquoi nous nous sommes demandé comment fonctionne le système de santé roumain en campagne et comment la minorité tsigane s'y intègre.

Structure du système de santé roumain :

Comme dit précédemment, la Roumanie est un pays en transition économique. Cela est visible particulièrement dans la structure de son système de santé. Avant 2000, l'état payait toutes les dépenses de santé. Ces dépenses étaient financées par les impôts. Cependant, depuis 2000, un système d'assurance a été mis en place pour éviter le mélange entre les différents secteurs de l'état, pour mieux individualiser les dépenses liées à la santé. Cependant ce nouveau système pose quelques problèmes dans sa mise en place.

La plupart des assurés roumains le sont via la « maison d'assurance », qui est l'assurance maladie étatique. Pour un employé, 5,5% de son salaire est retenue pour le financement de l'assurance, et 6,5% du salaire est payé par l'employeur à la maison d'assurance. Ainsi pour un employé déclaré, il est obligatoire d'être assuré. Pour les travailleurs indépendants, ceux-ci doivent aller payer directement un pourcentage de leurs bénéfices à la maison d'assurance, ils ne sont donc pas obligés d'être assurés. Quant aux chômeurs, ils ne payent pas l'assurance mais n'en bénéficient pas. Ce système de financement plutôt orienté vers le capitalisme contient de nombreuses « fibres sociales », restant de l'ancien système. Les mineurs, les vétérans de guerre, les femmes enceintes sont exemptés de payer la maison d'assurance, mais bénéficient de l'assurance, tout comme les personnes ayant un revenu fixe inférieur à 1000 lei par mois (=330CHF). La grande majorité des personnes retraitées ont une retraite bien inférieure à 1000 lei par mois (environ entre 400 et 600 lei), ainsi sans payer l'assurance, une partie de leurs frais maladies sont couverts par celle-ci. De plus si dans une famille, le conjoint est assuré, sa femme bénéficie aussi de la couverture de l'assurance même si elle ne la paie pas (ou ses enfants s'ils sont majeurs et toujours dans le foyer familial). Ainsi sur une population totale de 22 millions d'habitants, seul 4 millions de Roumains payent la maison d'assurance, cependant ils sont bien plus nombreux à en bénéficier. Il est donc très difficile pour la maison d'assurance d'avoir un budget non déficitaire. Le fait qu'une seule personne ait besoin de payer par foyer fait que dans un couple avec le mari qui est un indépendant, sa femme employée donc assurée, le mari n'ira pas payer la maison d'assurance car il bénéficie déjà de la protection de l'assurance de sa femme. Ce système fait perdre un grand apport financier, il peut être vu comme « trop » social et ne protégeant pas forcément les classes populaires. Au contraire, les Roumains et Roumaines sans emploi n'ont pas accès au paiement partiel de leur frais de santé par l'assurance s'ils sont célibataires ou mariés à une autre personne sans emploi. Ainsi les chômeurs qui sont une classe à protéger, pour pouvoir les réinsérer dans le monde du travail, ne sont pas protégés par ce système d'assurance. Concernant la protection des chômeurs, le système d'assurance n'est pas assez social.

Mais qu'offre le fait de bénéficier de l'assurance ? La maison d'assurance prévoit pour chaque patient un budget de dépense théorique maximum par mois. L'assurance ne dépensera pas plus que ce budget pour cet assuré par mois. Dans le cas où l'assuré n'a pas dépensé tout le budget mensuel, si celui-ci va voir son médecin de famille, l'assurance lui rembourse la quasi-totalité (environ 90%) de la consultation médicale, il y a une petite franchise payée par l'assuré. Cependant tous les tests de laboratoires ou d'investigations ne sont remboursés qu'entre 15 et 20% par l'assurance, le reste est payé par le patient. De plus pour aller voir un spécialiste, le patient doit prendre rendez-vous avec son médecin de famille, qui lui donnera un « billet », qui permettra au patient d'être remboursé à hauteur de 20% de sa consultation chez le spécialiste, le reste étant toujours payé par le patient. Sans ce billet, le patient doit prendre en charge seul les frais de consultation. De plus il est fréquent et culturel que le patient donne un peu d'argent de sa part au médecin lors d'une consultation, pour le remercier

et l'aider dans son métier. C'est culturellement ancré et accepté. Cette somme peut aller de 30 à 50 lei (de 10 à 17CHF) par consultation. En théorie, le patient devrait aller voir le médecin de famille avant de venir à l'hôpital, cependant concrètement ceci n'est pas respecté et les remboursements se font quand même. Concernant les médecins de famille, la maison d'assurance ne rembourse que 20 consultations par jours à ceux-ci. Ainsi avec la nécessité d'aller voir le médecin de famille avant de consulter un spécialiste ou bien d'aller à l'hôpital, cela crée de longues listes d'attentes de plusieurs jours à une ou deux semaines avant d'avoir sa consultation. Si l'assuré a dépassé son budget alloué par l'assurance, il doit payer l'intégralité de ses consultations. De même pour le patient non-assuré.

Pour l'hôpital, la maison d'assurance donne une somme moyenne par patient, en précisant un nombre maximum de patient que peut traiter par mois le service de l'hôpital. A partir de là, le service de l'hôpital doit s'arranger pour ne pas dépasser la dépense totale en fonction du nombre de patients qu'il a eu, ni dépasser le nombre de patient soigné. La somme par patient varie par service, mais est une moyenne. Ainsi si durant un mois de nombreux cas compliqués et onéreux arrivent à l'hôpital, celui-ci devra entrer en déficit pour pouvoir soigner ces patients, et se rattraper sur les mois suivants. Ce système permet certes d'amener les médecins à limiter les dépenses, cependant de nombreuses dépenses utiles pour le patient sont aussi évitées, la qualité des soins en est ainsi baissée. Dans le cas de l'hôpital de Sangeorgiu, la somme fournie par la maison d'assurance permet juste de soigner les patients, ainsi l'hôpital est dépendant de l'aide suisse pour réaliser la moindre rénovation. Pour les patients ayant dépassés leur somme mensuelle ou pour les non-assurés, si un diagnostic d'urgence est posé par le médecin, ils ont droit à un maximum de 3 jours d'hospitalisation et d'un traitement uniquement pour « stabiliser » le cas. Cependant dans le concret médical, il est éthiquement et médicalement difficile de savoir où s'arrête la stabilisation d'un cas. La stabilisation du même cas peut ainsi changer suivant le médecin qui s'occupe du patient non-assuré. La protection des populations à risque que sont les non-assurés (tsiganes, chômeurs...) est donc légère.

Dans la logique de l'organisation du système de santé roumain, il existe de nombreux petits hôpitaux similaires à celui de Sangeorgiu. Ces petits hôpitaux d'une cinquantaine de lits ont pour but de « filtrer » les premiers cas importants, qui seront redirigés vers un grand hôpital universitaire si besoin. Contrairement à nos contrées, ces petits hôpitaux sont publics. Cependant depuis l'intégration de la Roumanie au sein de l'Union Européenne en 2007, plus d'une centaine d'hôpitaux similaires à ceux de Sangeorgiu ont été fermés, sur la demande de l'UE. Tout ceci a été fait dans le but d'obtenir plus de rentabilité, demandée par l'UE. Ainsi ce système de santé avec ses petits hôpitaux publics de campagne est en train de disparaître, pour ressembler au notre, malgré la forte proportion de la population vivant dans les campagnes (50%) et la présence de la communauté tsigane, qui n'a accès qu'aux petits hôpitaux en tant que prestataires de santé. Ceci fait que l'UE est contradictoire : elle demande à la Roumanie de mieux intégrer la population tsigane mais en même temps elle force la Roumanie à fermer ses hôpitaux de campagne dont les principaux bénéficiaires sont les tsiganes, car ils vivent principalement en campagne et ne se déplacent qu'à l'aide de calèche tirée par un cheval. Il est donc difficile pour le gouvernement roumain d'orienter sa politique. D'ailleurs depuis plusieurs années les réformes dans le domaine de la santé s'enchaînent tout comme leurs ministres. Il y a eu environ 1 ministre par an. Concernant la fermeture des hôpitaux, celui de Sangeorgiu étant pourtant partiellement soutenu par l'association de Planles-Ouates a dû attendre longtemps pour que le contrat fourni par la maison d'assurance sur le remboursement des patients soit donné. Les directeurs des hôpitaux ne sont pas forcément médecins. Pour être directeur d'hôpital, il est juste nécessaire d'avoir réalisé des études supérieures. Ainsi dans certains hôpitaux, le directeur était un prêtre, même si aujourd'hui la majorité des hôpitaux sont dirigés par un médecin ou un économiste. Dans le paysage de la

santé roumaine, il existe aussi des cliniques privées, où le patient paye tout ce qui a été consommé pour le soigner ; tout comme il existe quelques assurances privées, cependant très peu de personnes les utilisent. Dans le déroulement du système de santé en Roumanie, le patient garde son dossier médical. Il a donc accès à son dossier médical, et doit bien penser à chaque fois de l'amener lorsqu'il vient consulter. Cependant certains patients oublient d'apporter leur dossier médical, ou bien le perdent, notamment les tsiganes. Cela responsabilise plus les patients, permet une simplification et économie de l'administration, mais complique le travail du médecin en cas de perte du dossier médical.

Ainsi le système de santé roumain est en pleine transition, il reste des traces sociales de l'ancien système, du fait que peu payent mais beaucoup bénéficient de l'assurance, cependant les gens sans revenu ne sont absolument pas protégés par l'assurance ni le système de santé. Le système d'assurance a du mal à bien fonctionner, du fait que beaucoup profitent alors que peu payent. De plus avec l'entrée de la Roumanie dans l'UE, la Roumanie doit détruire ses petits hôpitaux de campagne pourtant si utiles pour protéger la minorité tzigane, pour combler les exigences de l'Union .

Présentation de l'hôpital :



Figure 1 : hôpital de Sangeorgiu

L'hôpital de Sangeorgiu de Padure (*Fig. 1*) est un petit hôpital de campagne, comme il y en a de nombreux en Roumanie. Il comprend trois services avec chacun un médecin et deux ou trois infirmières : Médecine Interne, Gynécologie et Pédiatrie. Il s'agit d'un hôpital de premier recours. En effet, les patients nécessitant des soins relevant d'autres spécialités, ou des examens compliqués, sont envoyés à l'hôpital universitaire de Targu Mures, à 40km du village.

Chaque service possède son propre bâtiment, comprenant une salle d'attente, une salle de consultation et des lits d'hospitalisation. En moyenne, on compte quatre patients par chambre, séparés entre hommes et femmes. Les femmes hospitalisées étant plus nombreuses, elles se trouvent plus à l'étroit dans leurs chambres. En outre, il n'existe pas de mise à l'écart des patients présentant des maladies infectieuses. Ceci est notamment un problème pour la transmission nosocomiale des cas de pneumonie, qui sont nombreux dans cet hôpital. Nous avons notamment pu remarquer qu'une patiente, initialement hospitalisée pour une insuffisance mitrale, présentait une semaine plus tard des signes de pneumonie.

L'établissement compte également un radiologue avec une radiologie conventionnelle, et un petit laboratoire. Celui-ci permet des tests simples (formule sanguine, glycémie, CRP...), mais n'est malheureusement ouvert qu'entre 9h et 11h. De ce fait, les patients venus en consultation l'après-midi doivent revenir le lendemain pour pouvoir avoir accès aux tests.

D'autre part, il existe un service d'urgences dans l'hôpital de Sangeorgiu. Il est parfois tenu par un médecin, entre ses consultations, mais le plus souvent par une infirmière qui peut appeler le médecin si elle en a besoin. Les gardes de nuit et du week-end sont assurées par les médecins. Cependant, ceux-ci, qui travaillent chacun trois ou quatre jours par semaine, terminent leur journée vers 14h ou 15h. De plus, lors des jours fériés, seules quelques infirmières sont présentes. Si un patient arrive aux urgences à un de ces moments-là, il doit donc attendre la venue d'un des médecins, qui habitent tous dans le chef-lieu du département, Targu Mures, situé à 45 minutes en voiture de l'hôpital.

Les pathologies que nous avons vues au service d'urgences ressemblent à celles que l'on verrait en Suisse : blessures suite à des accidents de chantier et infarctus, entre autres. Cependant, une proportion élevée de patients viennent pour des crises d'hypertension artérielle maligne. Il s'agit pour la plupart de patients tziganes. En effet, ceux-ci refusent de prendre leurs traitements anti-hypertenseurs, ou n'ont pas les moyens de s'en acheter. De plus, l'hypertension est répandue en Roumanie car la nourriture traditionnelle est très salée. En effet, lors d'un repas typique, on mange une soupe à base de bouillon, puis de la viande ou des saucisses salées, avec des pommes de terre.

Un autre problème lié au service d'urgences est celui de l'utilisation de l'ambulance par la population tzigane pour des problèmes non-urgents, ce qui peut retarder son arrivée lors de situations nécessitant réellement un transport rapide. En effet, ces patients très pauvres n'ont pas les moyens de payer le transport jusqu'à l'hôpital. Cette situation renforce la lassitude des médecins roumains face à la minorité tzigane.

Le matériel de l'hôpital est de bonne qualité, bien qu'un peu ancien. On y trouve entre autres deux machines d'échographie, des masques à oxygène, un électrocardiogramme et du matériel pour intubation. Tout ceci, ainsi que les médicaments utilisés par l'hôpital, provient en grande partie de l'association de Plan-les-Ouates, car le gouvernement roumain n'accorde pas assez d'argent à l'hôpital pour acheter les fournitures nécessaires. Certains appareils ont été donnés à l'association par des hôpitaux suisses, d'autres ont dû être achetés. Dans ce dernier cas, les machines ont été payées à 50% par l'association, les autres 50% étant fournis par l'hôpital de Sangeorgiu. Citons un exemple : l'hôpital avait demandé une deuxième ambulance à l'association. Cette dernière répondit qu'elle la leur fournirait si l'hôpital s'engageait à payer les frais du voyage : nuit à l'hôtel, essence... Les médecins roumains allèrent donc voir les maires des villages alentour et obtinrent le financement nécessaire. De notre point de vue, ce système de co-financement est très intelligent, car il permet d'impliquer et de responsabiliser le gouvernement roumain, ainsi que le personnel soignant de l'hôpital.

Cependant, il reste de nombreux progrès à fournir dans le domaine du matériel. Par exemple, les instruments stériles sont rouillés et rangés dans une vieille boîte en métal (*Fig. 2*). De plus, il n'y a pas de gants non-stériles et peu de gants stériles. Ceux-ci sont donc parfois lavés et réutilisés. Les médecins sont conscients des problèmes que ces conditions de travail posent, mais ils ne peuvent rien faire pour les améliorer, car l'hôpital ne possède pas les moyens financiers nécessaires. De plus, certaines capacités de l'hôpital ne sont pas exploitées. Par exemple, une grande machine à laver le linge industrielle a été amenée par l'association il y a quelques années. Son utilisation est simple, mais les infirmières ne l'utilisent pas et se contentent par habitude de deux petites machines à laver. Nous comprenons la déception de l'association, qui a dépensé 500 CHF pour une machine qui n'est pas utilisée.

D'autre part, la désinfection des mains n'est que peu respectée, malgré la présence d'affiches rappelant son importance (*Fig. 3*) et un accès au désinfectant. Malheureusement, ces habitudes augmentent le risque d'infections nosocomiales.



Figure 2



Figure 3 : affiche pour la désinfection des mains

En ce qui concerne les médecins roumains, leur attitude envers les patients est très paternaliste, contrairement à ce que l'on nous enseigne en Suisse. Toutefois, il nous a semblé que cette approche était appropriée à la Roumanie. En effet, une grande proportion des patients viennent de la minorité tzigane et sont très peu ou pas éduqués. Ceci pose des problèmes de communication entre médecin et patient, d'autant plus que les cultures roumaine et tzigane sont très différentes. Dans ces conditions, il est presque impossible de laisser le patient décider de sa prise en charge, et le modèle paternaliste permet des soins plus efficaces et appropriés.

Pour terminer, nous souhaiterions évoquer le dernier projet de l'association suisse : le nouveau bâtiment de l'hôpital, actuellement en construction. Il abritera un service de médecine interne plus moderne, une cuisine et une réception. Cette dernière idée nous paraît excellente. En effet, pour l'instant, les patients déambulent librement entre les bâtiments de l'hôpital. Une réception permettrait de les diriger directement vers le bon service et d'améliorer l'organisation générale de l'hôpital.

La communauté tzigane :

Il est difficile de comprendre le système de croyances et de valeurs de la communauté tzigane, car il n'existe pas de traces écrites de son histoire, et qu'elle ne partage pas facilement ses coutumes. Les tziganes seraient issus d'Inde du Nord, de la caste des brahmanes. Ils seraient partis, pour des raisons mystérieuses, aux alentours de l'an 900 pour se rendre en Perse. Puis, ils se seraient séparés en deux groupes, certains allant en direction de l'Égypte, d'autres en direction de l'Europe. Dans la majorité des pays où ils se sont installés, les tziganes ont subi l'esclavage et le rejet. Le terme « tzigane » signifie d'ailleurs « esclave » en romani. De ce fait, les tziganes eux-mêmes préfèrent la dénomination « rom », signifiant « homme » en romani. Cependant, le terme « tzigane » est beaucoup plus utilisé en Roumanie, pour éviter la confusion entre roms et roumains. Lors de leur arrivée en Europe, au XV^{ème} siècle, les tziganes se mirent sous la protection des seigneurs et abbayes locaux. Cependant, ils furent chassés ou contraints de se sédentariser à partir du XVI^{ème} siècle. Par exemple, dans le royaume de France sous Louis XIV, les tziganes furent envoyés aux galères à perpétuité, leurs femmes tondues et leurs enfants enfermés dans des hospices. En Roumanie, il fallut attendre le XIX^{ème} siècle avant l'abolition de l'esclavage des tziganes, et 1923 pour que ceux-ci soient légalement considérés comme égaux aux Roumains. En Suisse, de 1930 à 1972, fut pratiquée une politique d'intégration forcée. Celle-ci consistait à enlever de force les enfants des tziganes pour les placer dans des familles d'accueil, des orphelinats ou même des asiles psychiatriques. De plus, on pratiquait des stérilisations forcées. Cela fut aussi pratiqué lors de la Seconde Guerre Mondiale, sous le régime d'occupation nazi. Les tziganes furent également déportés dans des camps et exterminés à cette époque.

De nos jours, la communauté tzigane obéit à ses propres lois, et à un chef dirigeant une région ou un quartier. Par exemple, ils réalisent leurs propres mariages, reconnus au sein de leur communauté, mais ne font en aucun cas de mariage civil, reconnu par l'Etat roumain. Ils vivent dans leurs propres quartiers, souvent accolés à des villes roumaines. Dans ces quartiers très pauvres, les habitants ne paient ni impôts ni assurances, mais peuvent néanmoins aller à l'école et être partiellement soignés.

Les tziganes voyagent toujours beaucoup, et pour la plupart n'ont pas d'emploi officiel. Ils vivent probablement de commerce, bien que ce point reste assez mystérieux. En effet, les Roumains avec lesquels nous avons discuté nous ont avoué qu'ils n'avaient aucune idée de la façon dont les tziganes gagnaient de l'argent, qu'ils soient riches ou pauvres. Les tziganes riches respectent beaucoup plus leurs traditions culturelles que les pauvres, et voyagent constamment. Au contraire, les tziganes pauvres n'ont pas les moyens de rester attachés à leurs traditions, car ils survivent au jour le jour avec très peu de moyens. De plus, ils ont peu de vocabulaire.

Les femmes tziganes sont mariées très jeunes, dès 12 ans et au plus tard à 14 ans, avec des hommes souvent beaucoup plus âgés qu'elles. La famille de la mariée paie une dot à la famille du mari. De plus, elles doivent avoir un premier enfant le plus rapidement possible. Si cela n'est pas le cas, elles peuvent être rejetées par leur mari et ramenées chez leurs parents. Cela explique l'absence totale d'utilisation de la contraception par cette communauté. Nous voyons donc bien que les femmes tziganes sont culturellement déconsidérées vis-à-vis des hommes. Nous avons pu observer ceci lors d'une consultation en gynécologie : le médecin demande à une femme enceinte combien d'enfants elle a déjà, et la femme répond : « Aucun. Juste deux filles ». D'autre part, il arrive fréquemment que les filles soient abandonnées à l'hôpital avec leur mère à leur naissance par le père. Se retrouvant sans revenu, ces femmes tziganes seules ont parfois recours à la prostitution.

Les femmes tziganes sont beaucoup plus actives que les hommes. En effet, elles s'occupent de la maison et des enfants, alors que leurs maris sont fréquemment ivres dès midi, ou inactifs.

Nous avons pu visiter la maison d'une famille tzigane de 7 personnes. Il s'agissait d'une ancienne maison abandonnée, à l'extérieur en ruine. A l'intérieur, il y avait une pièce de 10 m² avec 4 lits, froide et sombre (avec une seule petite fenêtre). Des tapis jonchaient le sol et les murs. Il est fréquent d'observer des tziganes s'emparant de structures laissées à l'abandon ou peu utilisées, telles que les bancs publics datant des parcs du régime socialiste. Cette coutume renforce les préjugés des roumains, qui considèrent que tous les tziganes sont des voleurs. De plus, cela peut aller jusqu'au vol de rails de train pour faire fondre le métal et le revendre.

Le fossé culturel entre tziganes et population locale roumano-hongroise est immense. Tout d'abord, la plupart des tziganes ne vont pas à l'école, ou seulement un à deux ans. Ils sont donc analphabètes, et parlent un mauvais roumain, ce qui complique la communication. Ils se déplacent aussi en calèches en bois tirées par des chevaux (*Fig. 4*), alors que tous les roumains ont des voitures depuis longtemps. Ensuite, il existe un problème de notion du temps dans cette communauté ; certains ne connaissent pas l'ordre des mois ! Nous avons également vu une patiente en gynécologie qui, à la question du médecin « de quand date votre dernier cycle ? » a répondu « le 19 juillet », alors que nous étions en juin.

D'autre part, il est difficile pour nous de connaître la réelle volonté des tziganes. En effet, dans la plupart des consultations que nous avons vues, les patients ne formulent de véritable demande au médecin. Même lorsque le médecin leur pose une question précise pour prendre une décision médicale, il est difficile d'obtenir une réponse claire. Par exemple, nous avons vu une patiente tzigane de 24 ans, qui pensait être enceinte et n'avait pas encore d'enfant, ce qui peut paraître étonnant. A la suite d'un test de grossesse et d'une échographie négatifs, le médecin demande à la patiente si elle désirait cet enfant. Celle-ci semble ne pas comprendre la question ou la trouver absurde, et se met à rire. Nous avons eu l'impression que la patiente acceptait tout ce qui pouvait lui arriver, sans penser que sa propre volonté ait une importance.



Figure 4 : calèche en bois

Médecine interne :



Figures 4 et 5 : service de médecine interne

Le service de médecine interne de l'hôpital de Sangeorgiu (*Fig. 4 et 5*) s'occupe surtout de patients âgés, conformément à ce que l'on pourrait voir en Suisse. En outre, c'est aussi le service avec le pourcentage le plus faible de patients tziganes, soit environ 50 %. Bien que ces patients n'aient le plus souvent pas d'assurance maladie, ils sont néanmoins soignés grâce aux fonds de l'hôpital. Cependant, les problèmes de compliance au traitement et de manque d'argent pour acheter des médicaments limitent fortement l'efficacité de leur prise en charge, comme nous le verrons plus loin à travers quelques exemples.

En ce qui concerne le matériel, le service possède un ECG et un échographe. Ce dernier a été amené par l'association suisse, suite à un don, il y a de nombreuses années. Malheureusement, la machine a plus de 30 ans et fournit des images très imprécises. Cependant, elle est très utilisée, car elle constitue l'une des seules investigations possibles dans le petit hôpital de Sangeorgiu.

D'autre part, nous avons été frappés par l'absence de chaise pour le patient. En effet, celui-ci se tient debout (ou couché sur le lit d'examen s'il a de la peine à rester debout), alors que le médecin est assis. A notre avis, cette disposition des lieux place le médecin dans une position de supériorité et raccourcit l'anamnèse, ce qui est regrettable. De plus, lorsque le médecin examine un patient, le suivant entre parfois dans la salle de consultation. Cela compromet bien sûr le secret médical.

Nous avons également remarqué quelques problèmes ayant trait à la transmission des maladies nosocomiales. En effet, l'échographe n'est jamais désinfecté entre les patients, malgré la présence d'une bouteille de désinfectant. De plus, le drap posé sur le lit d'examen est le même pour tous les patients.

Les consultations se déroulent de manière totalement différente selon que le patient est d'origine roumaine ou hongroise, ou qu'il est tzigane. En effet, le premier groupe de patients ressemble à celui qu'on rencontre dans notre pays. La consultation commence par une anamnèse complète, continue avec un examen physique, et aboutit sur une discussion entre médecin et patient. La relation entre ces derniers est interactive, passant par les explications du médecin et les questions du patient. Les pathologies rencontrées sont également semblables aux nôtres. Nous avons vu, entre autres, des patients souffrant de douleurs abdominales, de problèmes cardiaques ou de cancer. De nombreux patients souffrent également de cirrhose ou de stéatose hépatiques. Les médecins attribuent ces cas à l'alcoolisme, même chez les patients jeunes, alors qu'il nous semble qu'ils pourraient également être dus aux virus des hépatites B et C. De façon générale, les cas graves sont soit hospitalisés, soit envoyés à l'hôpital universitaire de Targu Mures pour des examens complémentaires.

Cependant, habiter dans un petit village comme Sangeorgiu pose des problèmes de délai de prise en charge des maladies graves. En voici un exemple : un patient roumain se présenta un vendredi matin pour des douleurs épigastriques. Le médecin trouva des adénopathies cervicales et axillaires, ainsi qu'une importante masse péri-ombilicale, ce qui suggérait un diagnostic de lymphome. Cependant, le patient dut attendre le lundi afin de revenir à l'hôpital pour des tests de laboratoire. De ce fait, il perdit quelques jours avant d'être envoyé à l'hôpital de Targu Mures pour des examens histologiques et une coloscopie.

Passons à présent à la prise en charge des patients de la minorité tzigane. Tout d'abord, la majorité de ces patients est peu éduquée. Cela pose des problèmes de communication avec le médecin et rend parfois l'anamnèse impossible. Le diagnostic se base alors surtout sur l'examen physique et les examens complémentaires, ce qui est plus difficile pour le médecin. De même, les patients ne comprennent pas les explications du médecin, ce qui pousse ce dernier à adopter un modèle de relation beaucoup plus paternaliste, à dire au patient ce qu'il doit faire. Par exemple, de nombreux tziganes viennent à l'hôpital en urgence pour des crises d'hypertension artérielle. En effet, ils ont arrêté de prendre leur traitement sans raison, selon le médecin. Néanmoins, il est difficile de déterminer si le problème vient du prix des médicaments, trop élevé pour ces patients car ils n'ont ni emploi ni assurance maladie, ou d'un manque de compliance. Celui-ci pourrait être lié à un problème de communication avec le médecin, à un manque de confiance dans le traitement par voie orale, ou encore à l'absence

de symptômes de l'hypertension. Une autre possibilité serait tout simplement que les patients oublient de prendre leurs médicaments, car ils ont une notion du temps assez floue, du fait de leur culture d'une part, mais aussi de leur manque d'éducation scolaire.

Le prix des médicaments est un problème pour le traitement d'autres pathologies également. En effet, nous avons vu une patiente tzigane qui souffrait de douleurs épigastriques, connue pour des problèmes cardiaques d'insuffisance mitrale. Le médecin prescrivit du pentazole, le seul inhibiteur de la pompe à protons qui n'interagit pas avec les médicaments pour le cœur. Cependant, elle était consciente du fait que la patiente n'aurait pas assez d'argent pour acheter ce médicament. Elle nous dit que le pharmacien prescrirait un autre inhibiteur de la pompe à protons, moins cher, mais plus dangereux...

D'autre part, les patients tziganes ont du mal à se conformer aux règles de la consultation médicale. Par exemple, ils perdent souvent leur dossier médical, qui en Roumanie est conservé par les patients et amené à chaque consultation. Cela complique le suivi de cette population et détériore la relation médecin-malade, suscitant de l'énervement des deux côtés.

Les hospitalisations sont plus répandues pour les patients tziganes que pour les autres, car les médecins s'assurent ainsi que les médicaments sont pris et que les contrôles sont faits. En outre, elles se font parfois pour des raisons non-médicales. Nous avons assisté à la consultation d'un patient tzigane qui simulait des douleurs variées mais ne présentait aucune pathologie réelle, hormis des problèmes sociaux. Nous avons appris qu'il venait assez régulièrement à l'hôpital. Le médecin prit la décision de l'hospitaliser, car, selon son expérience, si elle ne le faisait pas, le patient appellerait l'ambulance le lendemain et se présenterait aux urgences avec d'autres symptômes.

En ce qui concerne les pathologies rencontrées dans la minorité tzigane, il s'agit souvent de problèmes graves, car les patients attendent le dernier moment pour venir à l'hôpital. Le suivi des maladies chroniques, en particulier, est difficile car les médecins ne voient les patients qu'en phase de décompensation aiguë. De plus, il y a de nombreux cas d'asthme, dus à la prise de tabac et aux conditions sanitaires très difficiles dans lesquelles vivent les patients. On trouve aussi parfois des pathologies qui sont devenues très rares dans notre pays. Par exemple, une patiente souffrait d'une infection au parasite *Echinococcus*, transmis par les chiens de la campagne. Elle avait de très grands kystes dans le foie, ayant évolué sur une longue période. Une opération était nécessaire pour les enlever, car les kystes risquaient de se rompre et de provoquer un choc anaphylactique, ou de comprimer les structures voisines. Par chance, cette patiente faisait partie d'une minorité de Tziganes riches et aura donc peut-être les moyens de se faire opérer. De plus, son mari l'accompagnait, ce qui est extrêmement rare dans cette communauté. A travers de semblables exceptions, on peut donc garder espoir pour l'intégration future et l'amélioration du niveau de vie de la population tzigane.

Gynécologie-obstétrique :



Figure 6 : entrée du service de gynécologie

Le Service de Gynécologie-obstétrique (*Fig. 6*) est l'un des trois services de l'hôpital ; il est géré par le docteur Csaba Keresztes qui fut aussi directeur de l'hôpital. Le docteur Keresztes parle un excellent français, ainsi nous avons pu communiquer sans soucis avec lui. En gynécologie la proportion de patiente tziganes est plus élevée qu'en médecine interne. Ainsi sur une dizaine de patientes, entre sept et huit seront tziganes.

La majorité des patientes sont enceintes, cependant dans la salle d'attente, la présence masculine se fait très rare voire quasi inexistante. Pour la population tzigane, il est fréquent que la mère de la patiente soit présente lorsque celle-ci est enceinte. De plus c'est souvent la mère qui répond aux questions du médecin, quitte à couper la parole à sa fille. Cependant les réponses aux questions anamnestiques sont souvent vagues. L'anamnèse obstétricale chez les patientes tziganes est souvent vague pour le médecin, qui se réfère souvent le plus possible au résultat de son échographie. Nous avons pu observer cela lors de la venue d'une tzigane de 20 ans qui avait oublié son carnet de grossesse. En cherchant, le médecin a trouvé qu'elle était venue 3 mois et demi auparavant. Le médecin avait alors diagnostiqué une grossesse de quelques semaines. La patiente était censée demandé revenir deux semaines plus tard, mais elle était revenue seulement à ce moment-là avec sa mère. La mère explique que sa fille vient parce qu'elle a des boutons partout (probablement une varicelle) et qu'elle s'inquiète pour le bébé. Le fœtus étant âgé de plus de 3 mois, il n'y a pas de risque pour celui-ci. L'anamnèse se révèle être très difficile, la patiente parle très peu et comprend difficilement le médecin ; de plus sa mère répond le plus souvent à la place de sa fille. Malgré tout le médecin apprend que la patiente et future mère a senti les mouvements du bébé un, ou deux ou bien quatre mois auparavant. Elle ne se souvenait plus exactement à quel moment, mais elle avait senti les mouvements du bébé. De plus elle dit avoir toujours ses règles chaque mois. L'échographie ainsi que le test de grossesse révèlent une absence de grossesse ; la patiente avait du avorter spontanément il y a de cela plusieurs mois et les mouvements du bébé n'avaient jamais existé.

Ainsi ici nous pouvons bien observer le flou dans lequel se fait l'anamnèse. La présence de la mère de la patiente, physique et orale, peut compliquer la prise de l'anamnèse et la relation médecin-malade, déjà difficile à cause de la barrière culturelle et la maîtrise de la langue. De plus pour cette patiente, elle n'était pas accompagnée du futur père, comme la plupart des femmes enceintes. Cependant lors de rares fois le mari était présent. Par exemple pour le cas d'une roumaine d'environ 30ans, qui venait pour son premier enfant ; elle était enceinte à 24 semaines d'aménorrhée. Les deux futurs parents regardaient avec tendresse l'échographie et l'anamnèse s'était bien déroulée. La présence du mari reste rare, même au sein la population roumaine ou hongroise. Les femmes tsiganes sont souvent enceintes très jeunes, entre 14 et 16 ans. Elles sont fréquemment malnutries, mais lors des rares visites chez le gynécologue de l'hôpital, la grossesse se déroule sans signe pouvant alerter. Comme elles sont enceintes très jeunes, il est fréquent qu'à 28 ans elles aient déjà 5 enfants. Il n'y a très peu, voir quasiment aucune consultation pour un contrôle gynécologique. Les patientes viennent principalement lors de métrorragie, douleur ou suspicion de grossesse ; mais rarement pour un contrôle malgré quelques propositions du médecin de revenir pour un contrôle. Le plus souvent le gynécologue profite de la venue de la patiente pour une suspicion de grossesse pour faire un contrôle gynécologique avec pour certaines un test de papanicolaë facturé seulement 40 lei (10€) à la suite d'un accord avec un laboratoire. Sinon certains laboratoires peuvent facturer un tel test 200 lei.

Vu le grand nombre d'enfants qu'ont les femmes, tsiganes ou non, nous nous sommes demandé qu'elles étaient les options concernant la contraception. Il y a de cela quelques années, un programme de planning familial avait été mis en place dans le pays : les médecins de famille proposaient gratuitement à leurs patients des préservatifs, des pilules adaptées voir même des injections de progestérone tous les 3 mois. Aujourd'hui ces stocks sont épuisés et le programme a été arrêté par manque de budget. Il subsiste toujours quelques planning familiaux mais uniquement dans les très grands hôpitaux. Ainsi les patients doivent payer leur contraception, cependant le cout mensuel des différentes pilules est compris entre 2€ pour la moins cher et 6€ pour une des dernières pilules, pour un salaire mensuel en campagne d'environ 300€. Ainsi malgré les bas salaires, la pilule reste économiquement accessible. Le préservatif coute quant à lui environ 2€ les 4. Il reste relativement cher et est en vente juste à côté de la caisse du magasin, n'offrant ainsi aucune discrétion à son potentiel acheteur. Cependant l'un des principaux problèmes de la contraception est la répulsion qu'elle inspire à la population locale. Celle-ci est augmentée en campagne. La pilule effraie les femmes, car elles redoutent de devenir obèses ou bien d'avoir un cancer. Quant au préservatif, les couples ne semblent avoir aucune envie de l'utiliser ; ainsi une fois une patiente a expliqué au médecin que faire l'amour avec un préservatif, c'était comme se baigner avec ses habits et ses chaussures. La principale méthode de contraception utilisée par la population roumaine et hongroise en campagne est le retrait. Celle-ci se révèle relativement efficace ; les couples ont ainsi entre un à deux enfants non-désirés, ils choisissent soit d'avorter soit de les garder. Concernant la population tzigane, comme elles se marient très jeunes, entre 12 et 14ans, et qu'elles doivent avoir un enfant très vite pour prouver qu'elles sont fécondes, il n'y a donc pas de contraception utilisée. Si la femme ne donne pas d'enfant, le mari peut la « rendre » à ses parents tout en gardant la dot. Ceci est vrai principalement pour les classes les plus élevés des tsiganes. Une autre méthode de contraception fréquemment utilisée pour les femmes ayant déjà eu des enfants est le stérilet. Il s'agit du moyen de contraception médicale « de base », offrant une contraception de qualité durant 5 ans. Contrairement à la pilule ou au préservatif, il est culturellement très bien accepté, autant par les tsiganes que les roumains et hongrois. Nous avons pu observer ceci lorsqu'une femme tzigane de 35 ans était venue pour se faire poser son 2eme stérilet. Elle en avait déjà eu un et était revenu 5 ans plus tard pour se le faire retirer. Elle avait 5 enfants. Malgré l'exigence du bon suivi, le fait de revenir tout les 5

ans, le stérilet est utilisé par une minorité de tsiganes. Cependant il reste tout de même plus utilisé par la population roumaine et hongroise

La contraception étant si peu répandue, et connaissant l'efficacité relative du retrait, nous nous sommes alors intéressés à l'avortement en Roumanie. Aujourd'hui l'avortement est autorisé en Roumanie jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, à condition que la patiente signe un papier comme quoi elle ne désire pas garder l'enfant et qu'elle avorte sur sa seule volonté et non celle du médecin. Il n'y a pas non plus besoin d'un délai de réflexion. L'avortement se fait dès que la salle est prête, soit une trentaine de minutes après la consultation où la femme vient en demandant l'avortement. Parfois elle apprend lors de cette même consultation qu'elle est enceinte, et décide immédiatement de programmer un avortement. Ce système est moins contraignant que le notre. A notre avis, l'absence de délai de réflexion favorise des choix précipités qui pourraient être regrettés par la suite. Nous avons pu observer un exemple d'avortement lorsqu'une roumaine de 37 ans est venue car elle avait un retard dans ses règles. Cette patiente avait deux enfants et n'en voulait pas d'autres. Lorsque l'échographie ainsi que le test de grossesse a révélé qu'elle était enceinte, elle a tout de suite demandé de programmer un avortement le plus vite possible, ce qui a été fait. Cependant il n'en a pas toujours été de même en Roumanie. Durant le régime communiste mené par Ceausescu, l'avortement était formellement interdit à partir d'octobre 1966 et jusqu'à la fin du régime, soit en décembre 1989. Ceci avait été fait dans le but de créer rapidement une génération née dans le communisme pour prendre en main le pays. Très rapidement des avortements illégaux s'étaient mis en place, réalisés « dans les garages ». Aujourd'hui l'avortement ne coûte qu'entre 100 à 200 lei, ce qui pour un tel acte médical reste abordable pour quelqu'un qui a un bon emploi (avec environ 1200lei par mois). Cependant pour la population souffrant le plus des multiples grossesses non-désirées, les femmes tsiganes, étant le plus souvent au chômage cela leur est économiquement impossible de s'offrir un avortement. Associé à la difficulté de communication avec le médecin et au flou quant à leur propre volonté, le choix d'avorter devient complexe et se fait rarement. Nous avons vu une patiente tsigane de 28 ans qui avait déjà 4 enfants, sans emploi donc non assurée qui illustre bien cette problématique. Elle avait encore du lait pour son dernier enfant (qui avait 2 ans) donc elle n'avait pas ses règles. Elle pense cependant qu'elle est enceinte, et l'échographie confirme ceci et informe que la patiente est à 12 semaines d'aménorrhée. A l'annonce de sa grossesse, la patiente commence à paniquer et précise qu'elle ne veut pas garder l'enfant. N'ayant pas d'argent, elle parle de se faire avorter illégalement. Le médecin lui déconseille un tel acte, surtout à cause de l'âge du fœtus. Le médecin lui demande cependant de rester quelques heures, le temps qu'il réfléchisse. Il lui propose alors une hospitalisation gratuite pour réaliser l'avortement le lendemain à l'hôpital, l'avortement étant aussi pris sur les fonds de l'hôpital. La patiente tsigane ne sait alors plus si elle désire vraiment avorter, puis finalement n'arrivant pas savoir si elle veut avorter, elle refuse la proposition du médecin. Ainsi on peut ici bien observer la tentation qu'ont les classes économiquement faibles de réaliser des avortements illégaux, par faute de moyens. Cependant il est difficile pour le médecin et l'hôpital de réagir face à cela, à cause du flou quant à la véritable volonté de la patiente tsigane. D'autre part, il y a une forte proportion de hongrois en Transylvanie, environ 75% là où nous étions. Après l'ouverture des frontières en 1989, beaucoup de hongrois sont retournés vivre en Hongrie. Lorsqu'on désire avorter en Hongrie, un comité de 5 personnes, comprenant psychologues, psychiatres, assistants sociaux, tente de convaincre durant plusieurs jours la patiente de garder l'enfant. De plus ce comité juge si la patiente est consciente ou non de la situation, ce qui permet ou non de réaliser l'avortement. C'est pourquoi de nombreux hongroises reviennent dans leur région d'origine transylvanienne pour avorter.

Pédiatrie :

Tout d'abord, nous n'avons malheureusement pu recueillir que très peu d'informations concernant le service de pédiatrie. En effet, nous avons eu quelques problèmes de communication avec la pédiatre de l'hôpital, qui semblait refuser que nous assistions à ses consultations. Lorsque nous nous présentions dans son service, elle nous redirigeait par exemple vers la médecine interne, ou nous faisait attendre dans le couloir pendant qu'elle finissait ses consultations, puis venait nous dire qu'elle n'avait pas de patients. En réalité, nous n'avons pu voir de patients que le jour de notre arrivée, lorsque la pédiatre nous a fait visiter le bâtiment et rencontrer les enfants hospitalisés.



Figure 7 : service de pédiatrie

Lorsque nous avons visité le service de pédiatrie, il ne comptait pas beaucoup de patients, mais nous avons appris qu'il en accueille beaucoup plus en hiver, à cause de l'augmentation du nombre d'enfants souffrant d'infections respiratoires. Le service de pédiatrie jouit d'un bâtiment presque neuf, financé à moitié par l'association de Plan-les-Ouates (*Fig. 7*).

En ce qui concerne les vaccins, ils sont administrés aux enfants chez le médecin de famille et non à l'hôpital. Certains se font dès la naissance, ce qui permet de s'assurer de la vaccination de toute la population, que les enfants soient vus plus tard par un médecin de famille ou non. Il s'agit du vaccin contre l'hépatite B et de celui contre la tuberculose. Théoriquement, aucun vaccin n'est obligatoire, mais les parents ne les refusent pas. A notre avis, ils considèrent toujours la vaccination comme obligatoire, comme elle l'était sous le régime communiste. De plus, il ne semble pas venir à l'esprit des parents de refuser un vaccin, celui-ci étant conseillé par le médecin. Grâce à cet héritage politique, la population roumaine a une très bonne couverture vaccinale.

Les patients du service de pédiatrie sont majoritairement issus de la population tzigane. Ils présentent fréquemment des infections respiratoires supérieures, dues à des conditions de vie très difficiles. En effet, ces enfants vivent souvent dans une pièce de 10 m²,

avec 10 autres personnes, ainsi que des chevaux. De plus, une proportion très importante de leurs parents fume des cigarettes. Normalement, les infections des voies respiratoires supérieures ne nécessitent pas d'hospitalisation, mais la pédiatre préfère néanmoins attendre leur guérison avant de laisser les enfants retourner vivre dans de telles conditions sanitaires.

Ces conditions de vie favorisent également l'apparition d'asthme chez les enfants, ainsi que d'autres allergies. Nous avons par exemple vu un enfant d'environ un an, apathique et cyanosé, et présentant des sibilances respiratoires. Il venait à l'hôpital pour la 11^{ème} fois en six mois. Selon la pédiatre, il était officiellement trop tôt pour pouvoir poser ce diagnostic, mais cet enfant souffrait d'asthme chronique. Par ailleurs, la mère de cet enfant, tzigane, n'était pas très éduquée, et la pédiatre la qualifia de « pas très maligne ». Nous avons trouvé cette remarque assez déplacée, d'autant plus que nous nous trouvions à ce moment-là dans la chambre de la patiente. Cependant, nous comprenons comment peut naître chez les médecins un sentiment d'agacement face à la communauté tzigane, car ils voient sans cesse revenir les patients avec les mêmes pathologies, sans amélioration des conditions de vie ni prise de traitement.

Un autre problème rencontré par le service de pédiatrie est celui des enfants abandonnés à l'hôpital, qui sont malheureusement nombreux. Nous en avons vu un exemple. Il s'agissait d'un enfant tzigane de deux ou trois ans, qui n'était plus malade, mais restait à l'hôpital car sa mère était partie sans explications depuis plus de dix jours. A la fin de notre séjour, nous avons appris que la mère de cet enfant était revenue le chercher. Cependant, il existe de nombreux cas semblables dans lesquels les parents ne sont jamais revenus.

Afin de trouver une solution à ce problème, Michel Strohbach, de l'association suisse de Plan-les-Ouates, décida il y a de nombreuses années d'acheter une maison dans le village de Sangeorgiu pour loger ces enfants abandonnés, et d'engager des éducateurs roumains pour s'occuper d'eux. Cet établissement, qui fonctionne toujours aujourd'hui, n'est pas un orphelinat à proprement parler, mais recueille des enfants dont les parents n'ont plus les moyens de s'occuper. 17 enfants y vivent actuellement. Ils sont en grande majorité tziganes, mais la maison compte également quelques enfants roumains. A présent, une partie des fonds permettant son fonctionnement provient des Etats-Unis, par le biais d'un pasteur baptiste roumano-américain. Nous avons visité cette maison et l'avons trouvée très confortable et bien organisée. Elle contient de grandes salles communes, une cuisine, et des chambres avec deux ou trois lits. Les enfants disposent de jeux, de peluches, et même d'un ordinateur par chambre pour les mettre en communication avec le monde extérieur. En effet, la présence d'ordinateurs et d'une connexion Internet est le seul moyen de sortir ces enfants de l'isolement du village de Sangeorgiu par rapport à la Roumanie urbaine et au reste du monde.

A leur majorité, les enfants de l'« orphelinat » reçoivent une petite aide, non pas financière mais sur le plan des contacts humains, pour trouver un travail ou commencer une formation. Théoriquement, une autre solution pour eux serait l'adoption dans un pays occidental. Cependant, cela n'est pas toujours possible. Par exemple, nous avons rencontré une jeune fille d'environ 13 ans qui devait se faire adopter par une famille américaine. Elle avait déjà pris contact avec celle-ci, vu des photos, et se réjouissait beaucoup de son départ. Malheureusement, son adoption fut interdite au dernier moment par le gouvernement roumain, à la suite d'abus dans ce domaine, notamment de ventes d'enfants.

Conclusion :

En conclusion, nous avons pu remarquer pendant nos six semaines d'immersion en communauté le fossé qui existe entre les communautés roumaine (ou hongroise) et tzigane. Le problème d'intégration de la minorité tzigane est complexe, car celle-ci est certes rejetée par les roumains, mais se place également en situation d'auto exclusion. De plus, aux différences culturelles s'ajoute un fossé économique. En effet, les tziganes sont pour la plupart sans emploi, sans assurance maladie, et vivent dans des conditions sanitaires terribles. Il est difficile de trouver une solution à ce problème, car à présent les tziganes ne cherchent plus vraiment d'emploi. D'autre part, les employeurs roumains ne veulent pas les engager car ils ont des préjugés, pensant par exemple que tous les tziganes sont paresseux et voleurs.

Cependant, les tziganes ne sont pas discriminés dans le système de santé. Malgré leur absence d'assurance maladie, ils sont soignés comme les roumains, en puisant dans les fonds de l'hôpital. Les médecins que nous avons rencontrés faisaient beaucoup d'efforts pour parvenir à surmonter les problèmes de communication rencontrés avec cette communauté, et pour soigner ces patients malgré le peu de moyens à disposition. Ils allaient parfois jusqu'à proposer des interventions gratuites, lorsque le patient était en situation de détresse. Nous avons été impressionnés par l'énergie déployée par les médecins pour soigner cette population et pensons que la situation s'améliorerait si cette même énergie était fournie par tous les secteurs de la société.

Comme nous en avons parlé plus tôt, le système de santé roumain est en transition entre les modèles socialiste et capitaliste. Pour l'instant, ce mélange ne fonctionne pas très bien. En effet, la « maison d'assurance » étatique a trop peu de moyens pour assurer de bonnes prestations de santé, car le nombre de personnes payant l'assurance est plus de 5 fois inférieur au nombre de celles qui en bénéficient. D'autre part, l'assurance maladie n'étant pas obligatoire, les personnes sans emploi ne sont pas bien protégées par le système, et restent vulnérables dans le domaine de la santé.

Pour toutes ces raisons, l'hôpital de Sangeorgiu est dépendant de l'association suisse de Plan-les-Ouates pour son bon fonctionnement. En effet, cette dernière permet d'assurer les rénovations, l'achat de matériel et parfois même de médicaments. Cependant, tout ce qu'apporte l'association « Sangeorgiu » est financé à 50% par l'hôpital lui-même. Nous avons trouvé cette manière de faire très intelligente, car elle force les roumains à se responsabiliser et à trouver les fonds nécessaires, tout en leur apportant une aide non négligeable.

Pour terminer, nous avons tenté de trouver une solution au problème de l'intégration de la minorité tzigane. Nous en avons conclu que le premier pas devait être de combler le fossé économique et donc réduire le taux de chômage de cette population. Cela serait peut-être possible via un système de micro crédits, comme cela se fait en Afrique. A notre avis, il faudrait viser principalement les femmes tziganes, qui sont les plus actives de la communauté, s'occupant des enfants, de la maison, alors que leurs maris sont le plus souvent ivres ou en train de dormir. Les micro crédits permettraient à ces femmes de monter une petite entreprise et de s'assurer un revenu. Ils devraient également favoriser leur intégration, car elles seraient alors plus facilement en contact avec la population roumaine. De plus, les enfants tziganes seraient peut-être plus volontiers envoyés à l'école, si leurs parents avaient un emploi. Cependant, il s'agit bien

sûr d'une solution parmi d'autres, et qui ne constituerait que le premier pas vers l'intégration des tziganes. Il faudra encore beaucoup d'efforts, tant du côté des roumains que des tziganes, pour surmonter les différences culturelles et presque 1000 ans de rejet réciproque, pour aller vers une véritable intégration.