

Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France

Sandrine Halfen, ORS Île-de-France

L'ORS Île-de-France a été sollicité, début 2010, par ses financeurs (à cette date, la Préfecture de région d'Île-de-France, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et le Conseil régional d'Île-de-France) pour réaliser une étude permettant de « mieux connaître la santé des Tsiganes/Gens du voyage en Île-de-France ».

Il a été décidé, dans un premier temps, de mener une étude sur la santé des « Roms migrants ». Le constat était alors que les données sur cette population étaient fragmentaires, disparates et dispersées. De plus, les éléments disponibles soulignaient des problématiques sanitaires, avec des enjeux de santé publique majeurs.

Le rapport de cette étude s'articule autour de trois chapitres correspondant aux objectifs définis :

- *le premier chapitre porte sur la situation sociale et les conditions de vie des populations rroms en Île-de-France ;*
- *le second dresse un état des lieux des connaissances sur la santé des populations rroms ;*
- *le troisième caractérise les modalités d'interventions sanitaires et sociales en direction de ces populations.*

Cette étude a été conduite avec une approche de santé publique et c'est au regard des questions de santé publique que l'ensemble des aspects développés sont envisagés.

Cette plaquette constitue la synthèse du rapport diffusé simultanément et téléchargeable sur le site de l'ORS Île-de-France (www.ors-idf.org).

Cette étude, réalisée en 2010-2011, s'appuie sur le recoupement d'informations issues de différentes sources (travaux de recherches, rapports d'activité de structures en contact avec les populations rroms, rapports administratifs français et européens, éléments juridiques, veille media, etc.) ainsi que sur l'analyse d'entretiens menés auprès d'acteurs associatifs ou d'organismes publics intervenant auprès des populations rroms (hôpitaux, mairies, Préfectures, Conseil général, Conseil régional, etc.).

Concernant la population cible, il faut préciser que les Tsiganes constituent une catégorie dans laquelle trois groupes sont généralement distingués : les Roms venant principalement d'Europe centrale et orientale ; les Manouches venant principalement du nord de l'Europe ; les Gitans venant principalement du sud de l'Europe.

Récemment, le terme de « Roms migrants » est apparu en France pour distinguer les Roms français (les Roms arrivés en France depuis le 15^{ème} siècle) de ceux, généralement de nationalité étrangère, arrivés au cours de ces deux dernières décennies, à la suite de la chute des régimes socialistes d'Europe de l'Est. Néanmoins, cette appellation ne doit pas conduire à penser qu'il s'agit d'une population dont la caractéristique principale est la migration. En effet, certains vivent en France depuis une quinzaine d'années. De plus, contrairement à l'idée souvent répandue, les « Roms migrants » sont sédentaires depuis plusieurs siècles. Ces réserves expliquent l'usage des guillemets. Par ailleurs, nous utilisons le double « r » au terme Rrom qui respecte l'orthographe de la langue rromani.

Des populations diversifiées, souvent en situation de grande exclusion

En Île-de-France, la quasi-totalité des personnes étrangères se déclarant Rroms, arrivées en France depuis le début des années quatre-vingt-dix, sont de nationalité roumaine ou, dans une moindre mesure, bulgare. Leurs migrations ont comme caractéristiques communes d'être quasi-toujours familiales, principalement motivées par la pauvreté et l'exclusion dans leur pays d'origine. Néanmoins, les Rroms vivant en Île-de-France présentent une grande diversité sur le plan des origines géographiques (régions, zones urbaines ou rurales), des caractéristiques sociales (niveau d'éducation formelle, formation professionnelle, etc.), démographiques (âge, nombre d'enfants, etc.), linguistiques (notamment maîtrise du français), sur le plan du parcours et des projets migratoires (ancienneté en France, migrations antérieures dans d'autres pays d'Europe, projets en France, etc.). Dans les actions conduites, cette diversité doit inciter à favoriser les approches individuelles (une personne ou une famille) davantage que les approches collectives (un groupe), au risque de proposer des solutions pouvant être inadaptées.

Un autre aspect à souligner est le fait que cette étude porte sur les populations rroms « visibles », c'est-à-dire celles

identifiées comme rroms et sur lesquelles des données, des observations, des constats ont pu être recueillis. Cette « visibilité » tient au fait qu'il s'agit le plus souvent des populations vivant, de façon collective, dans des bidonvilles aménagés sur des terrains ou dans des bâtiments occupés sans titre. Il s'agit donc des populations rroms les plus précarisées. Les « Rroms migrants » les plus insérés deviennent, de fait, « invisibles » en tant que Rroms. Néanmoins, les éléments disponibles recoupsés laissent penser que la plus grande partie des Rroms vit dans des situations de grande exclusion, du fait des fortes contraintes administratives pesant sur eux.

Si cette étude s'intéresse à la situation sanitaire et sociale des populations rroms (c'est-à-dire des populations qualifiées sur le plan *ethnique*), les constats relatifs à la santé sont ceux que l'on observe fréquemment parmi l'ensemble des populations en situation de grande précarité et d'exclusion (c'est-à-dire des populations qualifiées sur le plan *social*) : faible éducation à la santé, faible couverture médicale (d'autant plus pour les populations en situation irrégulière de séjour), recours aux soins tardif, démarches préventives souvent mises de côté, conditions et modes de vie peu favorables à la santé,

aboutissant à un état sanitaire dégradé. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées parmi les « Roms migrants » franciliens sont également celles observées parmi l'ensemble des populations en situation de grande exclusion, notamment : prévalence élevée de maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, coqueluche, etc.), chronicisation de certaines maladies (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, obésité, problèmes gastriques,

etc.). Les analyses présentées dans cette étude montrent ainsi que ce sont, avant tout, des dimensions sociales, davantage que culturelles (ou ethniques), qui expliquent l'état de santé des Roms en Île-de-France et que c'est donc davantage sur ces dimensions, communes à celles d'autres populations caractérisées sur le plan social, que les interventions doivent être privilégiées, au risque de favoriser des approches culturalistes (ou ethniques) qui peuvent être discriminatoires.

Principaux freins à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des Roms

Un accès au marché du travail très limité freinant les processus d'insertion

Bien que les Roumains et les Bulgares soient des ressortissants de l'Union européenne depuis 2007, ils sont soumis à une « période transitoire » en matière d'accès au marché du travail dans dix des vingt-sept États de l'Union, dont la France.

Ces mesures limitent très fortement leurs possibilités de travailler dans ces pays. Compte tenu de ces contraintes, la plupart des Roms vivant en France se trouvent en situation irrégulière, ne pouvant justifier d'une activité professionnelle ou de ressources déclarées « suffisantes » et/ou d'une couverture maladie, devenant alors, si on se réfère au Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, une « charge déraisonnable pour le système d'assistance sociale ». Exclue, de fait, dans leur très grande majorité, du marché du travail, et en l'absence de ressources régulières et déclarées, l'accès au parc de logements, social ou privé, apparaît très limité. Tout semble indiquer qu'une large majorité des « Roms migrants » en Île-de-France vit sur des terrains dans lesquels les conditions de vie sont extrêmement insalubres (absence d'eau ou d'eau potable, d'électricité, de sanitaires, etc.). Les familles roms intégrées dans des dispositifs franciliens d'hébergement et d'insertion se heurtent, le plus souvent, aux mêmes freins administratifs concernant l'accès au marché du travail, les plaçant également dans une impasse sur le plan de l'insertion sociale.

Une population sans possibilité d'ancrage résidentiel stable

L'occupation sans titre des terrains conduit à des opérations d'évacuation des campements fréquentes qui, en l'absence d'autres solutions, renforce la précarisation et la marginalisation de ces populations. À ces évacuations des terrains, viennent fréquemment s'ajouter les éloignements du territoire français, qu'il s'agisse de mesures telles que les Obligations de quitter le territoire français (OQTF) ou les procédures d'Aide au retour humanitaire (ARH). Ces procédures d'éloignements conduisent à des aller-retour permanents entre le pays d'origine et la France, qui contribuent, là-aussi, à renforcer l'instabilisation de ces populations, et à freiner toute insertion. Les cartographies effectuées par des structures en contact avec les populations roms sur leur mobilité en Île-de-France montrent l'intensité des mouvements mais aussi le fait que, malgré l'errance subie, les populations ont des attaches sur certaines communes franciliennes. Néanmoins, à chaque nouvelle « installation », les populations doivent se ré-approprier le territoire et ré-identifier les services dont elles peuvent disposer. Sur le plan sanitaire, les expulsions itératives et

les éloignements du territoire entraînent des ruptures successives du suivi médical (vaccinations, dépistages, traitements, etc.), fragilisant d'autant l'état de santé des individus, et renforçant leur éloignement du système de soins, par des renoncements de leur part (mais aussi de celle des professionnels sanitaires et sociaux) à renouveler systématiquement les démarches. Sur le plan de la santé publique, ces mouvements, associés à l'absence de prise en charge efficace que cela entraîne, contribuent à diffuser les épidémies (notamment la tuberculose et la rougeole).

Un système socio-sanitaire montrant des limites face à l'accès aux soins des populations en grande exclusion

Les éléments disponibles sur le recours aux soins des populations roms montrent une certaine inadéquation du système médical de droit commun au contexte de vie des populations en situation de grande exclusion, notamment de celles en errance ou sans ancrage résidentiel stable. Parmi ces inadéquations, on peut citer notamment : la sectorisation de certains services sanitaires et sociaux qui freine d'autant l'accès aux soins des populations contraintes à la mobilité, les refus de soins en médecine de ville pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, le faible recours à l'interprétariat professionnel, qui favorise ou renforce une certaine incompréhension mutuelle (professionnels de santé, personnes roms), les consultations exclusivement sur rendez-vous, déjà identifiées comme peu adaptées aux populations en situation de grande exclusion dont les repères sont parfois exclusivement guidés par des impératifs de survie, l'externalisation de certains actes médicaux (prise de sang, échographie, etc.) dans le secteur libéral n'acceptant pas toujours des patients sans couverture sociale, le refus de certains professionnels sanitaires et sociaux d'aller sur les lieux de vie des populations roms pour initier une prise en charge, etc. La mise en place de « mesures spécifiques » destinées à mettre en relation les populations avec le dispositif de droit commun apparaît nécessaire. L'élaboration actuelle par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), dans le cadre du Projet régional de santé, devrait favoriser ces mesures, d'autant que la question de la santé des Roms est clairement posée. Dans cette perspective, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) recommande de renforcer les « dispositifs passerelles » existants (tels que les Lits halte soins santé, les Permanences d'accès aux soins de santé, les Ateliers santé ville, les Réseaux santé-précarité, les Équipes mobiles santé-précarité), soulignant que leur intérêt réside dans le fait qu'ils s'inscrivent dans une dynamique territoriale de mise en réseau et de partenariats. Aller vers les

populations, les accompagner dans les dispositifs de droit commun et trouver des mesures d'ajustement permettant de lever certains facteurs bloquants dans ces dispositifs (ouverture de consultations sans rendez-vous, accès facilité à des traducteurs, désectorisation de certains services, etc.) devraient faciliter l'accès aux soins de l'ensemble des populations en grande exclusion.

Une méconnaissance des populations roms qui favorise les approches culturalistes à l'origine de pratiques médicales parfois discriminatoires

La stigmatisation des populations roms et les comportements discriminatoires à leur égard sont particulièrement fréquents et trouvent parfois à s'exprimer au sein des institutions sanitaires et sociales, dans les pays d'origine ainsi que, dans une moindre mesure, en France, contribuant à renforcer l'éloignement de ces populations des dispositifs de soins. En France, les professionnels sanitaires et sociaux, en contact avec des personnes roms, semblent assez fréquemment recourir à une approche culturaliste, consistant à attribuer une explication culturelle à des comportements (l'absence au rendez-vous, le non-respect des prescriptions, le manque d'hygiène, etc.) qui peuvent, le plus souvent, s'expliquer par des facteurs sociaux, notamment par la pauvreté et l'instabilité des conditions de vie. Cette approche culturaliste conduit parfois à des postures ouvertement critiques de la part du personnel soignant à l'égard des populations roms sur ce qui sera considéré comme un « mode de vie » et non une situation subie. Ceci aboutit à des refus plus ou moins directs de soins : rendez-vous donnés à une date lointaine, refus de rendez-vous en raison de l'absentéisme de certains autres patients, refus de certains professionnels d'aller faire des dépistages de la tuberculose dans les campements, refus de certaines puéricultrices d'aller effectuer des visites sur les campements, refus de recevoir un patient s'il n'est pas venu accompagné d'une personne lui servant de traducteur, etc. De plus, par anticipation négative des médecins sur les capacités d'observance des patients, des soins parfois différenciés peuvent être dispensés, excluant - de fait - certains patients de traitements (choix de la contraception, méthode utilisée pour une interruption volontaire de grossesse, absence de mise sous traitement en cas d'infection tuberculeuse

latente, etc.). Au total, cela aboutit à une prise en charge médicale parfois inéquitable. Confrontées à ces attitudes ou pratiques stigmatisantes (ou perçues comme telles), les populations roms peuvent s'éloigner davantage du système du soin. Elles peuvent aussi développer des comportements agressifs (ou perçus comme tels) vis-à-vis de l'institution et des professionnels, qui vont contribuer à renforcer les pratiques stigmatisantes de ceux qui en seront la cible (ou le percevront ainsi). L'amélioration des connaissances mutuelles des professionnels sanitaires et sociaux et des Roms peut permettre de faire reculer les incompréhensions, également sources de renoncements à soigner ou à se faire soigner.

Des actions sanitaires et sociales parfois mises en échec par des politiques aux logiques contradictoires

L'analyse sur les conditions de vie des populations roms vivant en France et sur les actions mises en place en leur direction souligne les logiques parfois contradictoires des différentes politiques publiques, ainsi que la faible coordination au sein des institutions et entre celles-ci. Si ces constats ne sont pas spécifiques aux populations roms, ils apparaissent avec acuité pour celles-ci. En effet, les Roms se trouvent fréquemment au cœur de tensions entre les politiques migratoires, sécuritaires, sanitaires et sociales, les politiques de la ville, du logement et de l'hébergement, etc. Et la politisation de « la question rom » à partir de l'été 2010 a probablement contribué à renforcer les tensions entre ces différentes politiques ainsi qu'entre les différents niveaux de décisions et de compétences (européen, national, régional, départemental, communal). Cette insuffisante mise en cohérence des politiques aboutit à des moyens non négligeables mis au service d'actions sanitaires et sociales en direction des Roms parfois mises à mal par d'autres politiques. Il apparaît, en effet, que c'est désormais fréquemment la question de « l'ordre public » qui domine lorsqu'il y a tensions entre les logiques des différentes politiques. Or, la santé publique devrait pouvoir constituer pleinement un élément de l'ordre public, défini, selon le ministère de Justice et des Libertés, comme une règle « obligatoire et [qui] s'impose pour des raisons impératives de protection, de sécurité ou de moralité ».

Principaux leviers sur lesquels les actions sanitaires et sociales peuvent s'appuyer

Des atouts reconnus par les acteurs mais peu valorisés dans les actions

Les acteurs sanitaires et sociaux en contact avec les populations roms, ainsi que les travaux de recherches qui leur sont consacrés, soulignent trois éléments forts caractérisant fréquemment les populations roms vivant en Île-de-France :

- des compétences professionnelles dans des domaines variés (agriculture, métiers du bâtiment, réparation de voitures, récupération et recyclage de métaux, etc.). Ces savoir-faire, qui font parfois défaut en France, apparaissent peu valorisés ;
- des capacités importantes d'adaptation : la paupérisation et la précarisation des conditions de vie dans les pays d'origine ainsi que les fortes contraintes pesant sur le quotidien des familles en France, ont probablement favorisé le développement de ces capacités ;
- la forte solidarité familiale : l'importance accordée au

groupe familial constitue un trait majeur de l'organisation sociale des Roms. La répartition du travail, des ressources, des tâches se structure au sein de la famille. Cette solidarité, qui constitue une force face aux difficultés, touche toutes les générations, favorisant la transmission des savoirs.

Ces trois aspects constituent des atouts majeurs sur lesquels les actions peuvent s'appuyer et doivent inciter à valoriser les approches participatives avec des programmes co-construits avec les bénéficiaires, en fonction de leurs attentes et de leurs besoins. L'expérience des associations intervenant depuis plusieurs années en direction des populations roms, associée à celle d'associations ayant une expertise dans les démarches communautaires, pourraient permettre de développer des projets innovants s'appuyant sur des approches participatives et valorisant les compétences des individus ainsi que les dynamiques familiales.

Une population « territorialisée », malgré l'absence d'ancrage résidentiel

La mobilité subie des populations roms est un frein majeur à leur insertion, et la question de l'accès aux soins constitue un des aspects de cette insertion. Pour autant, les éléments disponibles montrent nettement que les populations roms vivant en Île-de-France ont des attaches dans certains territoires ou dans certaines communes. Aussi, loin d'être, comme elles sont souvent nommées, des « populations errantes », sans logique d'ancrage, les populations Roms sont relativement « territorialisées » du fait de la scolarisation des enfants, de la domiciliation administrative, de la fréquentation de certains services, etc. Il n'est ainsi pas rare de rencontrer des personnes roms, errant de campements en campements, depuis des années, sur des territoires assez réduits, (quelques kilomètres carrés), à la frontière de plusieurs départements ou communes, parfois même sur une seule commune. Penser les Roms autrement dans le territoire peut favoriser l'élaboration de réponses différentes :

- d'une part, cela peut permettre de trouver des solutions innovantes sur des modalités d'action qui pourraient faciliter la mise en place d'un suivi, d'une organisation, à travers des dispositifs mobiles et/ou moins contraints par la sectorisation. Cela pourrait être le cas, par exemple, des actions visant à lutter contre la tuberculose, dont les dispositifs pourraient davantage s'appuyer sur cet ancrage territorial, au-delà des frontières administratives (le département, la commune) ;

- d'autre part, il semblerait pertinent de considérer les populations roms comme étant « territorialisées », c'est-à-dire comme des personnes vivant sur un territoire (une commune, un département), et non pas seulement comme des « populations errantes », sans lieu fixe, et donc comme relevant de la seule compétence de l'État. Cette reconnaissance d'une citoyenneté sur un territoire, qui peut passer notamment par une domiciliation facilitée dans les Centres communaux d'action sociale, conduirait alors les collectivités territoriales à avoir des compétences réglementaires, notamment en matière d'action sociale en direction de ces populations. Cette inscription plus formelle dans le territoire pourrait, en facilitant les démarches, favoriser une meilleure insertion des populations.

Les différents éléments abordés dans cette étude montrent que l'amélioration de la santé des populations roms passe, avant tout, par l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur situation sociale. En cherchant à identifier finement, tout au long de ce travail, les principaux freins ou, au contraire les éléments favorisant une meilleure insertion, nous avons tenté de faire émerger différentes pistes pour agir. Ces éléments constituent autant de leviers sur lesquels appuyer des actions d'insertion (incluant l'insertion dans le système de soins), de prévention et d'éducation à la santé. Néanmoins, ce travail montre nettement que la clé de réussite des expériences conduites en direction des populations roms repose, avant tout, sur une volonté politique commune de tous les acteurs impliqués, aboutissant à une mise en cohérence des politiques, faute de quoi les effets des actions s'annulent par des logiques contradictoires, qui sont autant de sources de renoncements à agir.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France
43, RUE BEAUBOURG 75003 PARIS - TÉL : 01 77 49 78 60 - FAX : 01 77 49 78 61
e-mail : ors-idf@ors-idf.org - Site internet : www.ors-idf.org

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France,
est un observatoire scientifique indépendant financé par
l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France

