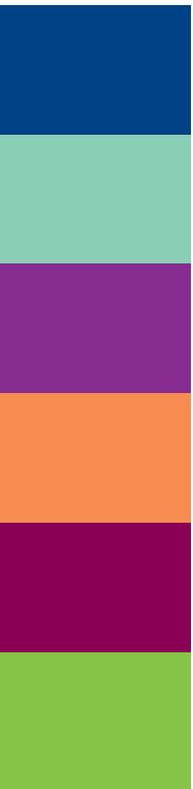


# Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France

---

*Janvier 2012*





Observatoire régional de santé d'Île-de-France

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

*Janvier 2012*

Cette étude a été réalisée par Sandrine Halfen, socio-démographe.

## Remerciements

*Nos remerciements s'adressent, en premier lieu, à toutes les personnes<sup>1</sup> qui ont bien voulu témoigner de leurs expériences et partager leurs réflexions, dans le cadre de ce travail.*

*Nos remerciements s'adressent également à Isabelle Grémy, qui a initié cette étude à l'ORS et nous en a confié la responsabilité. Je la remercie aussi de sa relecture attentive, et de ses suggestions, comme toujours, éclairées et stimulantes.*

*Nous remercions enfin pour leurs conseils précieux et/ou leur relecture critique, Christine Canet (ORS Île-de-France, documentaliste), Claudia Charles (Gisti, juriste), Anne-Claire Davy (IAU île-de-France, sociologue), Charlotte Duvernois (AŠAV, juriste), Yannick Lucas (CARTA-ESO / LAAP, doctorant sur les pratiques économiques des Roms migrants en France), Nathalie Lydié (INPES, géodémographe), Chantal Mannoni (Conseil général de Seine-Saint-Denis, médecin de santé publique), Corinne Praznoczy (ORS Île-de-France, chargée d'études en santé publique), Nathalie Sénécal (ORS Île-de-France, directrice), Catherine Vincelet (ORS Île-de-France, médecin de santé publique).*

Citation recommandée : Halfen S. Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France. Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2012.

Document téléchargeable sur le site de l'ORS Île-de-France : [www.ors-idf.org](http://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



---

1 Voir la liste des personnes en annexe p. 137.

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
• Contexte de l'étude et définition de la population.....	9
• Population cible de l'étude.....	11
• Objectifs de l'étude.....	12
• Méthodologie et sources de données.....	13
<b>1. Conditions de vie et situation sociale des « Roms migrants » vivant en Île-de-France</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Points de repères généraux</b>	<b>17</b>
• Caractéristiques des populations.....	17
Le nombre de Roms en France serait relativement stable.....	17
Une population diversifiée principalement originaire de Roumanie et Bulgarie.....	18
• Principes généraux concernant la réglementation sur l'accès au marché du travail.....	19
Un accès au marché du travail en France soumis à une période transitoire.....	19
Des contraintes limitant fortement l'accès au travail.....	19
• Principes généraux concernant la réglementation sur le droit au séjour.....	21
Une liberté de circulation conditionnée par les ressources et le fait d'avoir une assurance maladie.....	21
Des mesures plus restrictives nouvellement votées.....	23
<b>1.2 Situation sociale des « Roms migrants » en Île-de-France : une instabilité subie permanente favorisant la précarité</b>	<b>24</b>
• Un marché du travail fermé conduisant à des ressources limitées.....	24
• Précarité des lieux de vie et évacuations itératives des terrains.....	26
Des conditions de vie dégradantes.....	26
Des évacuations itératives des terrains contribuant à renforcer la précarisation des populations.....	27
Un processus de multiplication des petits « campements ».....	31
• Des éloignements fréquents du territoire français.....	32
• La non-scolarisation des enfants roms : un facteur contribuant à assigner ces populations à la précarité et l'exclusion.....	36
• Pour la plupart des Roms, l'accès aux prestations sociales serait rendu impossible.....	39
• L'accès à une protection maladie : un parcours difficile retardant l'accès aux soins.....	40
De la CMU à l'AME : une restriction des droits en 2007 pour les ressortissants communautaires inactifs.....	40
Des preuves de présence et de domiciliation difficiles à apporter pour ouvrir les droits.....	40
Une succession de freins supplémentaires à l'AME durant l'année 2011.....	42
• Discrimination et racisme : le quotidien des populations roms.....	44
<b>2. Caractéristiques de l'état de santé des « Roms migrants » vivant en Île-de-France</b>	<b>47</b>
<b>2.1 Points de repères généraux</b>	<b>49</b>
• Principales caractéristiques de la santé des Roms dans les pays d'origine.....	49
Un déficit de données limitant la mise en place et l'évaluation des politiques.....	49
Un état de santé nettement dégradé par rapport à la « population majoritaire ».....	50
• Principaux déterminants sociaux de la santé des populations roms dans les pays d'origine.....	52
Des caractéristiques sociales et des conditions de vie défavorables.....	52
Des comportements à risque plus fréquents.....	52
Un accès différencié aux droits et aux soins et un moindre recours au système de santé.....	55
<b>2.2 Des processus cumulés d'exclusion défavorables à la santé des populations roms</b>	<b>57</b>
• Santé et migration : processus sélectif et impact des migrations.....	57
• Accès limité aux droits et aux soins entraînant des trajectoires de soins « fragmentaires ».....	58
Un accès limité aux droits à la santé.....	58
Un accès aux soins précaire pour la plupart des Roms vivant en Île-de-France.....	59
Un recours tardif aux soins.....	60
Un recours aux soins moins différé pour les enfants, dont la santé est une préoccupation centrale.....	62
Quelques initiatives facilitant l'accès aux soins.....	62

• Stigmatisation et crainte de l'institution .....	63
<b>2.3 Une santé extrêmement dégradée</b> .....	<b>65</b>
• Une santé mentale fragilisée par le stress, les sentiments d'humiliation et de rejet .....	65
• Une forte prévalence des maladies infectieuses, notamment de la tuberculose .....	66
Prévalence élevée de la tuberculose parmi les Roms .....	66
Faible connaissance de la tuberculose parmi les populations roms .....	67
Prise en charge difficile de la tuberculose : entre enjeux individuels, enjeux de santé publique et enjeux politiques.....	68
• Des maladies chroniques liées aux conditions de vie .....	71
• Un faible recours à la planification familiale .....	73
Parler de sexualité est relativement tabou parmi les Roms .....	73
Des connaissances limitées sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles .....	73
Un recours rare à la contraception.....	74
Un recours élevé et répété à des interruptions volontaires de grossesse (IVG).....	75
Une forte vulnérabilité des femmes roms face aux violences familiales et/ou conjugales.....	76
• Des grossesses fréquentes, précoces et peu suivies médicalement .....	77
Grossesses fréquentes chez des adolescentes .....	77
Un suivi médical des grossesses faible et tardif .....	78
Grossesses répétées aboutissant fréquemment à des IVG, des fausses couches ou des décès.....	79
• Pour les enfants : un cumul d'exclusions renforçant leur vulnérabilité .....	80
La faible scolarisation des enfants les exclut de l'accès à la médecine scolaire et de l'éducation à la santé.....	80
Des enfants faiblement couverts par la vaccination.....	80
La santé des enfants dégradée par l'absence de démarches préventives .....	83
Des conditions de vie qui exposent les plus jeunes à des risques - sanitaires et sociaux - majeurs.....	83
<b>2.4 Quelles spécificités des populations roms vivant en Île-de-France par rapport à d'autres populations migrantes en situation précaire ?</b> .....	<b>85</b>
<b>3. Interventions sanitaires et sociales en direction des « Roms migrants » .....</b>	<b>87</b>
<b>3.1 Diversité des intervenants et des interventions</b> .....	<b>89</b>
• Les associations, collectifs/comités de soutien aux populations roms .....	89
• Les services de l'État.....	90
Les Préfectures de département et la Préfecture de région .....	90
L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) et ses directions territoriales .....	91
L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et ses délégations territoriales .....	91
Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) .....	93
• Les collectivités territoriales.....	93
Le Conseil régional d'Île-de-France.....	93
Les Conseils généraux .....	94
Les communes ou agglomérations/communautés de communes.....	95
<b>3.2 Des expériences diversifiées mais relativement restreintes</b> .....	<b>98</b>
• Les « villages d'insertion ».....	98
• D'autres exemples de programmes d'hébergement et d'insertion.....	102
L'expérience de Lieusaint (Seine-et-Marne).....	102
L'expérience de Montreuil (Seine-Saint-Denis).....	103
L'expérience de Cesson (Seine-et-Marne) .....	106
D'autres expériences : « faire avec ».....	108
Des expériences davantage orientées sur des approches individuelles que collectives .....	109
• La médiation sanitaire .....	109
• La formation des professionnels sanitaires et sociaux.....	111
<b>3.3 Des modalités d'intervention qui peuvent renforcer l'exclusion</b> .....	<b>113</b>
Dispositifs de droit commun versus dispositifs spécifiques .....	113
Approche thématique versus populationnelle.....	113
Approche « populations roms » versus « populations en situation précaire » ou « populations migrantes ».....	114
Approche collective versus approche individuelle .....	115
<b>3.4 Les principaux freins à l'intervention sanitaires et sociales en direction des Roms</b> .....	<b>116</b>
• Des mesures ou réformes rendant difficiles l'amélioration de la situation sanitaire et sociale ..	116
Le maintien d'une période transitoire pour les ressortissants roumains et bulgares .....	116
Des objectifs chiffrés qui touchent particulièrement les Roms .....	116
Les réformes récentes de l'Aide médicale d'État .....	118
Certains aspects de la réforme des collectivités territoriales .....	119

---

• La crainte de « l'appel d'air ».....	119
• Une répartition des compétences ambiguë entre l'État et les collectivités territoriales.....	120
• Des politiques publiques aux logiques parfois contradictoires.....	121
<b>Synthèse et conclusions.....</b>	<b>125</b>
• Les principaux freins à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des Roms.....	128
• Les principaux leviers sur lesquels les actions sanitaires et sociales peuvent s'appuyer.....	131
<b>Annexes.....</b>	<b>135</b>
Annexe 1 - Entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.....	137
Annexe 2 - Références.....	139
Publications ou communications orales.....	139
Colloques sur les Roms.....	144
Veille internet sur des sites, blogs et forums spécialisés.....	144



# Introduction



## • Contexte de l'étude et définition de la population

L'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France a été sollicité, début 2010, par ses financeurs<sup>2</sup> pour réaliser une étude permettant de « mieux connaître la santé des Tsiganes/Gens du voyage en Île-de-France ». Cette demande a été inscrite au programme d'études de l'ORS en 2010, puis ses objectifs ont été validés lors du Directoire<sup>3</sup> en 2011 et lors des différentes réunions du Comité technique de pilotage de l'ORS<sup>4</sup>.

Concernant la demande formulée et la cible de cette étude, il convient, au préalable, de préciser certains aspects relatifs aux définitions.

Les **Tsiganes** constituent une catégorie désignant les individus sur le **plan ethnique**. Trois groupes sont généralement distingués :

- les Rroms<sup>5</sup> venant principalement d'Europe centrale et orientale ;
- les Manouches - ou Sintés - venant principalement du nord de l'Europe, notamment de France, d'Allemagne, de Belgique, des Pays-Bas, ainsi que du nord de l'Italie ;
- les Gitans - ou kalés - venant principalement du sud de l'Europe, notamment d'Espagne.

La connotation péjorative du terme « Tsigane » dans certains pays conduit parfois à le remplacer par celui de « Rrom », dans un sens générique, ce qui peut constituer une source de confusion. En France, en général, le terme « Rrom » désigne le plus souvent les Tsiganes originaires d'Europe centrale et orientale.

La diversité, tant des origines géographiques que de l'ancienneté sur le territoire (l'arrivée en France des premiers Tsiganes peut être datée au début du XV<sup>e</sup> siècle<sup>6</sup>), doit conduire à *ne pas penser* les Tsiganes comme un groupe homogène ayant des caractéristiques historiques, culturelles, socio-économiques et religieuses communes. Cette même logique prévaut également au sein de chaque groupe (Rroms, Manouches, Gitans). Il s'agit, en effet, davantage de penser les Tsiganes (et chacun des groupes) comme une « mosaïque », pour reprendre le terme de J.-P. Liégeois, qui souligne « qu'une mosaïque constitue un ensemble dont les éléments, à certains égards, sont reliés les uns aux autres » mais que parallèlement « chaque élément de l'ensemble possède des caractéristiques propres, qui le font apparaître, isolément, comme différent de

2 En 2010, l'ORS Île-de-France était subventionné par l'État (Préfecture de région d'Île-de-France et Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et par le Conseil régional d'Île-de-France.

3 Le Directoire de l'ORS en 2011 est composé de dix membres et comprend en nombre égal des représentants de l'État et des représentants de la Région Île-de-France. Sa présidence est assurée par le Président du Conseil régional et sa Vice-présidence par le Directeur de l'Agence régionale de santé.

4 Le Comité technique de pilotage assure le suivi du programme arrêté par le Directoire.

5 Nous utilisons le double « r » au terme Rroms qui respecte l'orthographe de la langue rromani. Dans les citations, nous avons, bien sûr, utilisé l'orthographe (Rroms ou Roms) telle qu'employée par l'auteur. Voir à ce sujet le numéro spécial de la Revue Langues et cités, Bulletin de l'observatoire des pratiques linguistiques, intitulé : « La langue (r)romani », juin 2007 ; 9.

[http://www.dglf.culture.gouv.fr/Langues\\_et\\_cite/langues\\_et%20cite9.pdf](http://www.dglf.culture.gouv.fr/Langues_et_cite/langues_et%20cite9.pdf) [consulté le 15 décembre 2011]

6 Liégeois J. P. Roms en Europe. Éditions du Conseil de l'Europe, 2007 : 311 p.

chacun des autres éléments de la mosaïque »<sup>7</sup>. C'est aussi cette idée que traduit T. Vitale en indiquant que les Tsiganes sont « une mosaïque de fragments ethniques »<sup>8</sup>.

Pour « nommer » cette diversité, récemment, le terme de « Roms migrants » est apparu en France pour distinguer les Roms français (les Roms arrivés en France durant ces derniers siècles<sup>9</sup>) 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 centrale et orientale.

Les **Gens du voyage** constituent un groupe désigné sur le **plan administratif** dont le statut est fixé dans la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969. Sont ainsi qualifiées « les personnes n'ayant ni domicile ni résidence fixes de plus de six mois », circulant en France ou exerçant des activités ambulantes. Toute personne appartenant à cette catégorie doit être munie, à partir de 16 ans, d'un titre de circulation<sup>10</sup> (ne se substituant pas à une pièce d'identité) qui doit être régulièrement validé à la police ou la gendarmerie<sup>11</sup>. La loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000, qui fixe l'obligation pour les communes de plus de 5 000 habitants d'aménager une aire d'accueil, concerne exclusivement les Gens du voyage, c'est-à-dire les individus disposant d'un titre de circulation nécessaire pour accéder à ces aires. Les Gens du voyage sont Français dans leur très grande majorité, et cela depuis plusieurs générations. Ils présentent une grande diversité sur le plan socio-économique et « ethnique ». En effet, si la plupart sont Tsiganes (Manouches, Gitans ou Roms), d'autres ne le sont pas, comme c'est le cas, par exemple, de certains forains, circassiens ou marchands ambulants. C'est donc sur le critère de l'habitat que se construit cette catégorie.

S'il existe des recoupements entre ces deux catégories, « Tsiganes » et « Gens du voyage », leur définition respective montre que leur logique même diffère et qu'elles ne peuvent donc être assimilées. En l'absence de statistiques ethniques en France, et de reconnaissance des minorités nationales, le nombre de personnes se reconnaissant comme Tsiganes en France n'est pas connu. En revanche, les estimations, souvent concordantes, sur les Gens du voyage sont d'environ 350 000 à 500 000 personnes en France, évaluées à partir du nombre de titres de circulation délivrés aux adultes de 16 ans et plus.

---

7 *Ibid.* : p. 61.

8 Vitale T., Claps E., Arrigoni P. Regards croisés. Anti-tsiganisme et possibilité de « vivre ensemble », Roms et Gadjé, en Italie. *Revue Études Tsiganes*, 2009 ; 35 : pp. 80-103.

9 Certains d'entre eux appartiennent à la communauté des Gens du voyage. Voir ci-après.

10 Ce titre de circulation est venu en remplacement du « carnet anthropométrique pour les nomades » qui était en vigueur depuis 1912.

11 Il existe quatre types de titres de circulation, qui sont délivrés selon les ressources et le statut professionnel des personnes. En fonction du type de titre dont dispose la personne, la validation devra être effectuée plus ou moins régulièrement : tous les trimestres (carnet de circulation), tous les ans (livret de circulation) ou tous les deux ans (livrets spéciaux A et B de circulation). Moins la personne aura une situation *stable* sur le plan professionnel ou des ressources, plus elle devra faire valider régulièrement son titre.

## • Population cible de l'étude

Afin de ne pas contribuer à renforcer les confusions, il a semblé souhaitable de répondre à la demande de nos financeurs en distinguant les populations, à travers des études différentes. Compte tenu des éléments déjà disponibles et des enjeux de santé publique, il a été décidé :

- dans un premier temps, et c'est l'objet du présent rapport, de conduire une étude sur la santé des « Rroms migrants ». Le constat était alors que les données concernant cette population étaient peu nombreuses, dispersées et relativement disparates. De plus, les éléments disponibles soulignaient des problématiques sanitaires, avec des enjeux de santé publique majeurs ;
- dans un second temps, de conduire une étude sur la santé des Gens du voyage, qui viendrait en complément des travaux déjà réalisés<sup>12</sup>.

La présente étude porte donc sur les « Rroms migrants », c'est-à-dire, quand on se réfère à la définition adoptée par la Commission nationale consultative des droits de l'homme de France<sup>13</sup> : « les personnes vivant sur le territoire national, venant essentiellement des pays d'Europe Centrale et Orientale (PECO) et se reconnaissant comme Roms ».

Concernant cette définition et la cible de cette étude, deux remarques doivent être faites.

- Sur la **façon de nommer** : bien que l'appellation de « Rroms migrants » soit désormais relativement habituelle, elle ne doit pas conduire à penser qu'il s'agit d'une population dont la caractéristique principale - au point de la nommer ainsi - est la migration. En effet, certaines personnes, qualifiées de « Rroms migrants » vivent en France depuis une quinzaine d'années et s'inscrivent dans des projets d'insertion en France. L'appellation de « Rroms migrants » contribue ainsi à les renvoyer à un statut territorial (France/pays d'origine) instable. De plus, contrairement à l'idée souvent répandue, les « Rroms migrants », comme une grande partie des Tsiganes, sont sédentaires depuis plusieurs siècles. L'appellation de « Rroms migrants » contribue donc aussi à véhiculer l'idée d'une population nomade. Ces réserves expliquent l'usage des guillemets.
- Sur la **visibilité des populations** : les populations rroms étudiées dans le cadre de cette étude sont exclusivement celles identifiées comme telles en France, c'est-à-dire qu'il ne s'agit que des populations rroms « visibles ». En effet, on ne dispose pas d'informations sur les personnes qui ne sont pas en contact avec les structures (associations, collectifs) intervenant auprès des populations rroms, ainsi que sur celles qui recourent à des dispositifs sanitaires et sociaux mais qui ne sont pas identifiés (et/ou qui ne s'identifient pas) comme Rroms. Aussi, les populations rroms abordées dans ce travail sont composées principalement de celles vivant dans des campements, c'est-à-dire de

12 Dont, notamment, le rapport récent du Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé. La santé des Gens du voyage. Comprendre et agir. Éléments de préconisations. 2009 : 73 p.

13 République Française. Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDDH) de France. Étude et propositions sur la situation des Roms et des Gens du voyage en France. Texte adopté en assemblée plénière le 7 février 2008 : 66 p.

populations en situation précaire. Il convient d'avoir à l'esprit le fait que l'insertion des populations roms est un des éléments contribuant à l'invisibilité - en tant que Roms - des Roms en France.

L'étude étant consacrée exclusivement aux « Roms migrants », nous avons le plus souvent simplement utilisé le terme de « Roms » ou « populations roms », pour éviter d'alourdir le propos. Comme indiqué (note 5), nous utilisons le double « r » au terme Roms qui respecte l'orthographe de la langue rromani. Dans les citations, nous avons, bien sûr, utilisé l'orthographe (Roms ou Roms) telle qu'employée par le ou les auteur(s).

### • Objectifs de l'étude

Menée par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, cette étude se situe résolument dans une approche de santé publique. Et c'est au regard des questions de santé publique que sont envisagés les autres aspects développés.

Cette étude a trois objectifs principaux :

1. Caractériser les **conditions de vie et la situation sociale des populations roms** vivant en Île-de-France : situation au regard de l'emploi et du séjour en France, caractéristiques des lieux de vie, accès à la protection sociale, à la scolarisation, etc. Cet objectif est abordé dans le premier chapitre de cette étude. Il ne s'agit pas de faire une présentation exhaustive de tous les éléments en jeu, mais de présenter ceux qui ont un impact sur la santé. Autrement dit, il s'agit de caractériser les déterminants sociaux de la santé des populations roms vivant en Île-de-France.
2. Faire un état des lieux des **connaissances sur la santé des populations roms** : ces connaissances portent tant sur les représentations de la santé/du corps/de l'institution sanitaire, que sur le recours aux soins, les facteurs de risques, les comportements préventifs, les habitudes de vie, les pratiques médicales vis-à-vis des populations roms, etc.

Cet objectif se décline en deux parties (chapitre 2) :

- des éléments quantitatifs (données épidémiologiques) sur la santé des populations roms dans leur pays d'origine. Ces éléments permettent un certain éclairage sur la santé des populations roms vivant en Île-de-France, du fait, que les migrations sont relativement récentes pour la plupart des Roms (environ quinze ans) et que les contacts sont fréquents avec le pays d'origine ;
- des données sur la santé des populations roms en Île-de-France (ou plus généralement en France) à partir du recoupement des informations issues de différentes sources et portant sur : santé mentale, maladies infectieuses dont la tuberculose, maladies chroniques, santé sexuelle et reproductive, santé des enfants.

3. Caractériser les **interventions sanitaires et sociales** en direction des populations rroms. Cet objectif est décliné en trois parties (chapitre 3) :

- caractériser les intervenants et les principales modalités d'intervention ;
- présenter des expériences conduites en Île-de-France en direction des populations rroms ;
- identifier, dans les actions conduites, les principaux freins à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des populations rroms vivant en France.

#### • **Méthodologie et sources de données**

Le premier aspect qui doit être souligné est l'absence de données statistiques recueillies en routine en France intégrant des questions permettant de caractériser les individus sur le plan « ethnique ». Il n'existe donc pas de données quantitatives sur les populations rroms (a fortiori sur les « Rroms migrants »). Les seules données disponibles sont celles issues de structures intervenant auprès de ces populations, notamment l'association Médecins du Monde qui collecte systématiquement des données lors des veilles sanitaires effectuées par sa « Mission Rroms » sur les lieux de vie des populations ou qui réalise ponctuellement des enquêtes auprès d'elles. Les éléments quantitatifs relatifs à la situation des Rroms en Île-de-France présentés dans ce travail sont donc principalement issus des travaux publiés par les structures associatives en contact avec les populations rroms. Ces données quantitatives ont été mises en perspective avec celles disponibles sur les populations rroms dans des pays d'Europe centrale et orientale. En effet, certains d'entre eux collectent des informations statistiques par « minorité nationale » (ou « minorité ethnique ») ou conduisent des enquêtes épidémiologiques soit spécifiquement auprès des populations rroms, soit auprès de l'ensemble de la population, en intégrant une variable « ethnique ». Ces données permettent de comparer les caractéristiques sociales et sanitaires des Rroms, de celles des autres minorités ou de la population majoritaire de ces pays.

Ces données quantitatives ont été complétées par des éléments qualitatifs, issues notamment de travaux de recherches, de rapports d'activité de structures en contact avec les populations rroms, d'entretiens auprès d'acteurs intervenant auprès des populations rroms, etc. Les sources de données utilisées sont les suivantes :

- une **revue de la littérature** : ouvrages, articles, communications orales en français ou anglais, rapports d'activité d'associations / collectifs intervenant spécifiquement ou non auprès des Rroms en Île-de-France. Voir la liste en annexe p. 139 ;
- une **veille média** sur les populations rroms, conduite entre janvier 2010 et décembre 2011 (presse écrite, sites internet, blogs, réseaux sociaux). Voir la liste en annexe p. 144 ;
- la **participation à des colloques** sur le thème des Rroms, de la précarité, de la grande exclusion, de la santé des migrants. Voir la liste en annexe p. 144 ;
- la **réalisation d'entretiens** auprès d'acteurs institutionnels ou associatifs entre mars et septembre 2010, complétés pour certains d'entre eux en novembre 2011. Ces entretiens

ont été conduits auprès d'associations, de collectifs, de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), de municipalités, de différents services d'un Conseil général, d'une Préfecture de département, de la Préfecture de région, du Conseil régional, de l'Agence régionale de santé et de ses délégations territoriale, d'une direction territoriale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration. À travers ces entretiens, et les différentes sources de données, nous avons souhaité avoir une vision globale de la situation des Rroms dans la région Île-de-France. Néanmoins, il nous a semblé intéressant de centrer certains des entretiens sur un seul département, afin de mieux comprendre les interactions entre toutes les institutions intervenant sur ce territoire, mais à différents échelons territoriaux (État, région, département, ville). Compte tenu du fait qu'il est estimé qu'environ la moitié des « Rroms migrants » vivant en Île-de-France sont en Seine-Saint-Denis (voir pp. 17-18), il nous a semblé pertinent d'avoir une vision plus attentive sur ce département. Les entretiens dans des collectivités territoriales (département, villes) ont été conduits, de façon privilégiée, dans des institutions publiques de la Seine-Saint-Denis. Au total, en Île-de-France, vingt-deux entretiens ont été conduits, réunissant cinquante personnes (médecins, responsables associatifs, travailleurs sociaux, chargé(e)s de mission ou chef(s) de projet dans des collectivités territoriales ou des administrations de l'État, etc.). Voir la liste en annexe p. 137.

Ce travail présente la mise en perspective de l'ensemble de ces données, leur recouplement et leur analyse.

# 1. Conditions de vie et situation sociale des « Roms migrants » vivant en Île-de-France



## 1.1 Points de repères généraux

- **Caractéristiques des populations**

*Le nombre de Roms en France serait relativement stable*

Il existe un certain consensus concernant le nombre de « Roms migrants » vivant en France, en confrontant les informations issues de travaux de recherche, de rapports d'activité d'associations ou collectifs travaillant auprès des populations roms<sup>14</sup>, d'estimations des services déconcentrés du ministère de l'Intérieur et de l'ex-ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire ou encore des entretiens réalisés durant ce travail<sup>15</sup>. Ainsi, il y aurait environ 10 000 à 15 000 « Roms migrants » en France (situation au premier semestre 2010). Un certain consensus existe également sur le fait que ce chiffre serait relativement stable depuis la seconde moitié des années 2000.

Environ 5 000 d'entre eux vivaient en Île-de-France, dont la moitié en Seine-Saint-Denis (soit 2 500 à 3 000 personnes environ). Là également, un certain consensus peut être noté entre les associations et les services de l'État. À ce sujet, un comptage de la Préfecture de Seine-Saint-Denis, effectué durant l'été 2009, recoupait les informations délivrées alors par le collectif Romeurope<sup>16</sup>. Ce comptage, rendu public en juillet 2009, était de 46 campements en Seine-Saint-Denis, dans lesquels vivaient 2 300 Roms. En août 2010, 50 campements en Seine-Saint-Denis étaient comptabilisés par la Préfecture<sup>17</sup>. Les autres Roms en Île-de-France vivaient dans le Val-d'Oise, le Val-de-Marne, l'Essonne, et, probablement, dans une moindre mesure à Paris, en Seine-et-Marne, dans les Yvelines, et de façon encore plus marginale, dans les Hauts-de-Seine<sup>18</sup>.

En Seine-Saint-Denis, une large partie des Roms se concentrerait dans certaines communes de l'arrondissement de Saint-Denis<sup>19</sup>. La présence de friches industrielles dans la plupart de ces communes ainsi que les habitudes de vie acquises par les familles roms dans ces communes (notamment par la scolarisation de leurs enfants, la fréquentation de certains lieux de soins, etc.) ont contribué à favoriser cette répartition sur le territoire dyonisien. De plus, on ne peut exclure que les politiques d'accueil des populations roms, différenciées en Île-de-France selon les

---

14 Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiations sanitaires auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. État des lieux des expériences ressources et préfiguration de projets pilotes. Rapport d'étude, 2009 : 93 p.

15 Voir en annexe la liste des entretiens conduits pour mener cette étude.

16 Olivera M. Que savons-nous des Roms ? Communication orale lors du colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre d'actions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010.

17 Ces comptages « des implantations » sont effectués notamment à partir des plaintes, des observations de la police, des informations transmises par les riverains ainsi que par les municipalités. Source : Préfecture de Seine-Saint-Denis, entretien du 11 août 2010.

18 Dans ce département, quatre communes semblaient concernées : Asnières, Gennevilliers, Nanterre, Châtenay-Malabry. La Préfecture a procédé à l'évacuation des quatre campements entre août et septembre 2010.

19 Cet arrondissement se compose des neuf communes suivantes : Aubervilliers, La Courneuve, Epinay-sur-Seine, Ile-Saint-Denis, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains, Villetaneuse.

départements et/ou les communes, contribuent à l'inégale répartition des Roms sur le territoire. Certaines municipalités, avec parfois l'appui des Conseils généraux (citons notamment Aubervilliers, Saint-Denis, Montreuil en Seine-Saint-Denis, Lieusaint, Cesson en Seine-et-Marne, Vitry-sur-Seine, Limeil-Brévannes, Villejuif, Choisy-le-Roi, Joinville-le-Pont, Fontenay-sous-Bois, Orly dans le Val-de-Marne) ont, en effet, mis en place des dispositifs d'insertion et d'hébergement en direction des populations roms<sup>20</sup>. Il est difficile de connaître avec précision le nombre de bénéficiaires de ces projets, dont certains ont été élaborés il y a plus de dix ans. Actuellement, dans certaines communes de Seine-Saint-Denis, des Maîtrises d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) sont menées, visant à accueillir des familles roms (voir à ce sujet p. 98). Ces dispositifs, appelés aussi « villages d'insertion » dans certaines communes, se trouvent à Aubervilliers (64 personnes au 30 novembre 2009), Saint-Denis (102 personnes au 15 juin 2010), Saint-Ouen (70 personnes mi-2009), Bagnolet (67 personnes au 30 avril 2010) et Montreuil (372 personnes en novembre 2011)<sup>21</sup>. Ces dispositifs regrouperaient ainsi 675 personnes, soit entre un quart et un cinquième des Roms vivant en Seine-Saint-Denis.

#### *Une population diversifiée principalement originaire de Roumanie et Bulgarie*

Le recoupement des informations fournies par les structures ou organismes en contact avec ces populations montre que, en Île-de-France, la quasi-totalité des personnes étrangères se déclarant « Roms », arrivées en France depuis le début des années quatre-vingt-dix, sont de nationalité roumaine et, dans une moindre mesure, bulgare. Quelques petits groupes familiaux originaires de Serbie ou du Kosovo sont parfois mentionnés mais leur présence en Île-de-France semble très irrégulière et marginale.

Bien qu'originaires de Roumanie et de Bulgarie dans leur très grande majorité, les Roms vivant sur le territoire francilien présentent une certaine diversité sur le plan des caractéristiques géographiques, migratoires, sociales, démographiques, linguistiques, etc. En effet, les Roms d'un même pays sont fréquemment originaires de régions différentes (de zones urbaines ou rurales). Les travaux de l'ethnologue M. Olivera<sup>22</sup> montrent que les premières migrations en France de Roms de Roumanie après la chute du régime de Ceausescu en 1989 (et jusqu'en 2002-2003) concernaient des familles originaires de l'Ouest de la Roumanie, régions de Banat (Timisoara) et de Crisana (Arad) frontalières de la Hongrie. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002, avec la fin du régime des visas pour les courts séjours dans l'espace Schengen, de nouveaux groupes familiaux originaires d'autres régions (notamment de Bucarest ou de villes de Transylvanie) sont venus en France. Or, selon les régions, les caractéristiques des populations diffèrent nettement. Ainsi, parmi les personnes s'étant déclarées Roms lors du dernier recensement en Roumanie en 2002, la part de ceux indiquant être analphabète (en moyenne 26% contre 3% dans

---

20 Ces aspects sont développés dans le troisième chapitre.

21 Les effectifs d'habitants sont issus des bilans 2009-2010 d'intervention du projet MOUS accompagnement social du Pacte Arim 93 pour l'ensemble des communes, à l'exclusion de Montreuil dont les chiffres sont issus d'une communication avec la personne chargée du suivi de la MOUS au sein de la municipalité (novembre 2011). Dans cette commune, le terme de « village d'insertion » n'est pas utilisé mais plutôt celui de « site d'accueil ».

22 Olivera M. Les Roms migrants en France – un réalité qui dérange. Diversité, 2009 ; 159 : pp. 179-188.

la population totale) variait de 13% à 42% selon les régions et ceux déclarant le romani - la langue des Roms, aussi appelé romanès - comme langue maternelle variait de 3% à 79%<sup>23</sup>.

Malgré cette diversité, des constantes peuvent être trouvées<sup>24</sup>, notamment sur les circonstances et les motifs de la migration. Celle-ci est quasi toujours familiale et principalement motivée par les facteurs suivants : pauvreté et exclusion dans le pays d'origine, discriminations des Roms, recherche d'une situation meilleure pour les enfants.

- **Principes généraux concernant la réglementation sur l'accès au marché du travail des ressortissants roumains et bulgares**

*Un accès au marché du travail en France soumis à une période transitoire*

À la suite du Traité d'adhésion de Luxembourg (avril 2005), la Roumanie et la Bulgarie sont devenues membres de l'Union européenne. Cette adhésion est devenue effective le 1<sup>er</sup> janvier 2007<sup>25</sup>. Concernant le marché du travail, l'Union européenne a autorisé ses États membres à restreindre temporairement aux ressortissants de Roumanie et Bulgarie le libre accès à leur marché de l'emploi pour une période transitoire d'une durée maximale de sept ans, divisée en trois phases (1<sup>er</sup> janvier 2007 - 31 décembre 2008 ; 1<sup>er</sup> janvier 2009 - 31 décembre 2011 ; 1<sup>er</sup> janvier 2012 - 31 décembre 2013). À l'issue de chaque phase, les États membres peuvent ouvrir leur marché du travail ou prolonger cette période transitoire.

À l'issue de la première phase, la France a renouvelé la période transitoire jusqu'au 31 décembre 2011 mais a ouvert partiellement son marché du travail à 62 métiers « caractérisés par des difficultés de recrutement » (dits aussi « métiers en tension »), étendu par la suite à 150 métiers (liste publiée par l'arrêté du 18 janvier 2008<sup>26</sup>). À l'issue de cette seconde phase, la France pouvait soit ouvrir son marché du travail comme pour l'ensemble des ressortissants européens, soit maintenir cette période transitoire pour deux ultimes années (jusqu'au 31 décembre 2013). Cette période a été prolongée jusqu'en 2013.

*Des contraintes limitant fortement l'accès au travail*

Ainsi, actuellement en France, les ressortissants roumains et bulgares peuvent, sans principe d'opposabilité<sup>27</sup>, accéder à 150 métiers<sup>28</sup>. Néanmoins, même pour ces métiers, comme c'est le cas pour les ressortissants non-communautaires, l'accès reste soumis à une autorisation de

---

23 Olivera M. Introduction aux formes et raisons de la diversité Rom roumaine. *Études tsiganes*, 2010 ; 38 : pp. 8-41.

24 Mile S. L'immigration des Roms en France – entre préjugés, craintes et chances. *Le Courrier des Balkans*, 2005 : 4 p.

25 En 2004, aux quinze « anciens » membres (UE-15), dix nouveaux pays sont devenus membres de l'Union européenne (UE-10) : Chypre, Malte, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République tchèque, Slovaquie et Slovaquie.

26 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017937364> [consulté le 15 décembre 2011].

27 C'est-à-dire, sans avoir à prouver qu'aucun demandeur d'emploi inscrit en tant que tel ne peut pourvoir au poste proposé.

28 Le principe d'opposabilité de l'emploi est maintenu pour les autres métiers non mentionnés dans la liste, comme c'est le cas pour les ressortissants non communautaires.

travail et l'employeur doit s'engager à verser à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) une redevance forfaitaire d'un montant variable en fonction de la durée de l'embauche et/ou du montant du salaire. Pour un contrat de travail salarié d'une durée de moins de douze mois, cette taxe varie de 70 à 300 euros. Pour un contrat de travail salarié d'une durée d'au moins douze mois, cette taxe est égale à 50% du salaire versé, dans la limite de 2,5 fois le SMIC<sup>29</sup>.

Dans les autres États membres, tous les pays entrés dans l'Union européenne en 2004 (UE-10), à l'exception de Malte, ont ouvert leur marché du travail aux Roumains et Bulgares (cela dès 2007 sauf la Hongrie en 2009). Parmi les anciens États membres (UE-15), deux n'ont jamais pris de mesures transitoires à l'égard de la Roumanie et la Bulgarie (la Finlande et la Suède) et quatre ont aboli leurs dispositions transitoires en 2009 (l'Espagne, le Portugal, la Grèce, le Danemark). À la suite d'une demande formulée par les autorités espagnoles en juillet 2011, la Commission européenne a autorisé, en août 2011, l'Espagne à restreindre l'accès des travailleurs roumains à son marché du travail jusqu'au 31 décembre 2012, c'est-à-dire à ré-introduire une période transitoire. Ainsi, au total, fin 2011, dans l'Union européenne, dix États membres (en intégrant l'Espagne) sur les vingt-cinq (hors Roumanie et Bulgarie) opposent encore des restrictions à leur marché de l'emploi aux ressortissants roumains et bulgares. L'Italie a annoncé la levée des mesures transitoires en 2012<sup>30</sup>.

Un rapport de la Commission européenne<sup>31</sup>, rendant compte de la première phase d'application des dispositions transitoires (2007-2008), montre que le nombre de ressortissants roumains ou bulgares résidant à l'étranger dans l'Union européenne (UE-15) a augmenté, cela avant même l'adhésion des deux pays à l'Union, passant de 691 000 fin 2003 à 1 070 000 en 2005 puis un peu plus de 1,8 million fin 2007. La part des ressortissants bulgares ou roumains dans les quinze pays de l'Union européenne (UE-15) est ainsi passée de 0,2% à 0,5% entre 2003 et 2007.

Concernant l'Espagne, durant l'année 2007, c'est-à-dire deux ans avant de suspendre les mesures transitoires, le pays a accueilli 57% des ressortissants roumains et 56% des ressortissants bulgares (soit environ un million de personnes) et la France moins de 2% (environ 35 000 personnes). En 2007, les pays vers lesquels les ressortissants roumains et bulgares ont migré n'ont pas prioritairement été ceux dans lesquels l'accès à l'emploi était facilité. Comme le souligne le rapport de la Commission européenne<sup>32</sup>, « le volume et la direction des flux de mobilité sont plutôt conditionnés par l'offre et la demande générales de main d'œuvre ainsi que par des facteurs autres que les restrictions à l'accès au marché du travail. Qui plus est, ces

---

29 Circulaire n° NOR IOCV 1102492C relative aux taxes liées à l'immigration et à l'acquisition de la nationalité. 11 mars 2011. Certains montants ont augmenté avec le Décret n° 2011-2062 du 29 décembre 2011 (NOR IOCV 1132331D).

30 Cousin G. Tandis que la France maintient ses mesures transitoires, l'Italie s'ouvre aux Roumains et aux Bulgares. Le Blog d'Urba-Rom, 6 janvier 2012. <http://urbarom.hypotheses.org/89/print/> [consulté le 6 janvier 2012].

31 Commission des communautés européennes. Les répercussions de la libre circulation des travailleurs dans le contexte de l'élargissement de l'Union européenne. Rapport rendant compte de la première phase d'application (1er janvier 2007-31 décembre 2008) des dispositions transitoires établies dans le traité d'adhésion de 2005, novembre 2008 : 30 p.

32 *Ibid.*

restrictions peuvent freiner les ajustements du marché du travail, voire accentuer le travail non déclaré ».

Un rapport publié en novembre 2011<sup>33</sup> par la Commission européenne met en évidence « le rôle globalement positif des travailleurs mobiles de Bulgarie et de Roumanie (UE-2) dans l'économie des pays d'accueil. Ces travailleurs ont contribué à la diversification des compétences ainsi qu'à l'occupation de postes vacants dans des secteurs et pour des emplois connaissant une pénurie de main-d'œuvre comme la construction et les secteurs des services domestiques et de la restauration. Les estimations montrent également l'incidence positive de la libre circulation des travailleurs roumains et bulgares sur le PIB de l'UE à long terme, avec une augmentation d'environ 0,3 % pour l'UE-27 (0,4 % pour l'UE-15). [...] De plus, le rapport souligne l'absence d'éléments de preuve indiquant un recours abusif aux allocations par les citoyens de l'UE mobiles à l'intérieur de l'Union et montre que l'incidence des afflux récents sur les finances publiques nationales est négligeable, voire positive »<sup>34</sup>.

Néanmoins, malgré ces différents éléments, l'Espagne a, de nouveau, mis en place en août 2011 des mesures restreignant la libre circulation des travailleurs roumains, mettant en avant la situation économique particulière du pays (« chute sans précédent du PIB » ; « taux de chômage record ») mais aussi le fait que les ressortissants roumains vivant en Espagne étaient « fortement touchés par le chômage » (30% contre un taux moyen en Espagne « supérieur à 20% depuis mai 2010 ») et que « leur afflux demeure important »<sup>35</sup>.

- **Principes généraux concernant la réglementation sur le droit au séjour des ressortissants roumains et bulgares**

*Une liberté de circulation conditionnée par les ressources et le fait d'avoir une assurance maladie*

L'adhésion de la Roumanie et la Bulgarie à l'Union européenne a permis, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, aux ressortissants de ces deux pays (UE-2), comme de « tout citoyen ou toute citoyenne de l'Union », de pouvoir bénéficier du « droit de circuler ou de séjourner librement sur le territoire des États membres »<sup>36</sup>.

---

33 Commission européenne. Rapport de la Commission au Conseil sur le fonctionnement des dispositions transitoires sur la libre circulation des travailleurs en provenance de Bulgarie et de Roumanie. 11 novembre 2011 : 14 p. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7204&langId=fr> [consulté le 15 décembre 2011].

34 Résumé du Rapport sur le fonctionnement des dispositions transitoires sur la libre circulation des travailleurs en provenance de Bulgarie et de Roumanie. À la Une. Commission européenne. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=1114&furtherNews=yes>. [consulté le 15 décembre 2011]

35 La Commission autorise l'Espagne à restreindre temporairement la libre circulation des travailleurs roumains. À la Une. Commission européenne, 11 août 2011. [http://ec.europa.eu/commission\\_2010-2014/andor/headlines/news/2011/08/20110811\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/andor/headlines/news/2011/08/20110811_fr.htm) [consulté le 15 décembre 2011]

36 Article 45 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, décembre 2000.

La directive européenne 2004/38/CE<sup>37</sup> restreint cette liberté : « Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre État membre pour une durée de plus de trois mois [...] s'il dispose, pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil ».

En France, certaines mentions figurant dans le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile restreignent, en pratique, la liberté de circulation et de séjour. Outre le fait de ne pas être une « menace pour l'ordre public », la nécessité d'avoir des « ressources suffisantes » pour ne pas devenir « une charge pour le système d'assistance sociale » en constitue la principale limite pour les personnes n'étant pas admis au travail. Plus précisément, deux cas de figures peuvent être distingués :

- pour un séjour de plus de trois mois, l'article L121-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile précise « sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, tout citoyen de l'Union européenne [...] a le droit de séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois s'il satisfait à l'une des conditions suivantes :
  - 1° S'il exerce une activité professionnelle en France ;
  - 2° S'il dispose pour lui et pour les membres de sa famille [...] de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, ainsi que d'une assurance maladie ;
  - 3° S'il est inscrit dans un établissement [...] pour y suivre à titre principal des études ou, dans ce cadre, une formation professionnelle, et garantit disposer d'une assurance maladie ainsi que de ressources suffisantes pour lui et pour les membres de sa famille [...] afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale ;
  - 4° S'il est un descendant direct âgé de moins de vingt et un ans ou à charge, ascendant direct à charge, conjoint, ascendant ou descendant direct à charge du conjoint, accompagnant ou rejoignant un ressortissant qui satisfait aux conditions énoncées aux 1° ou 2° ;
  - 5° S'il est le conjoint ou un enfant à charge accompagnant ou rejoignant un ressortissant qui satisfait aux conditions énoncées au 3° ».
- pour un séjour de moins de trois mois, l'article L. 121-4-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile précise : « Tant qu'ils ne deviennent pas une charge déraisonnable pour le système d'assistance sociale, les citoyens de l'Union européenne, les ressortissants d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, ainsi que les membres de leur famille tels que définis aux 4° et 5° de l'article L.121-1 [voir ci-dessus], ont le droit de séjourner en France pour une durée maximale de trois mois, sans autre condition ou formalité que celles prévues pour l'entrée sur le territoire français ».

---

37 Article 7 de la Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:158:0077:0123:FR:PDF>. [consulté le 15 décembre 2011].

Lorsque le citoyen européen ne satisfait à aucune des conditions, il peut se voir notifier une Obligation de quitter le territoire français (OQTF) et dispose alors d'un délai d'un mois pour exécuter cette obligation ou en demander l'annulation.

Compte tenu des contraintes pesant sur l'accès des Roumains et des Bulgares au marché du travail en France, la plupart des Roms vivant en France se trouvent en situation irrégulière, ne pouvant justifier d'une activité professionnelle ou de ressources déclarées « suffisantes »<sup>38</sup>, et/ou d'une couverture maladie.

#### *Des mesures plus restrictives nouvellement votées*

La nouvelle loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, publiée au Journal officiel en juin 2011<sup>39</sup>, prévoit des mesures « facilitant [les] éloignements, y compris, dans certaines circonstances, lorsqu'ils concernent des ressortissants de l'Union européenne »<sup>40</sup>. Des amendements qui restreignent davantage la liberté de circulation et de séjour, notamment des ressortissants de l'Union européenne, y ont été intégrés. Certains d'entre eux visent particulièrement les populations roms, compte tenu de leur situation sociale :

- l'un des amendements « permettra de sanctionner par une obligation de quitter le territoire français (OQTF) ceux qui abusent du droit au court séjour par des aller-retour successifs, afin de contourner les règles plus strictes de long séjour »<sup>41</sup> (article 39 de la loi) ;
- un autre amendement « permettra la reconduite dans leur pays d'origine des personnes qui représentent une charge déraisonnable pour notre système d'assistance sociale »<sup>42</sup> (cette mesure, qui figurait déjà dans le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile figure désormais dans la nouvelle loi relative à l'immigration, à l'intégration, article 22). L'article 39 de la loi précise aussi à ce sujet que « constitue également un abus de droit le séjour en France dans le but essentiel de bénéficier du système d'assistance sociale ».

---

38 Même si les critères demeurent assez vagues, certains sont explicités dans l'article R121-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment « le caractère suffisant des ressources est apprécié en tenant compte de la situation personnelle de l'intéressé. En aucun cas, le montant exigé ne peut excéder le montant forfaitaire du revenu de solidarité active [...] ou, si l'intéressé remplit les conditions d'âge pour l'obtenir, au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées [...]. La charge pour le système d'assistance sociale que peut constituer le ressortissant [...] est évaluée en prenant notamment en compte le montant des prestations sociales non contributives qui lui ont été accordées, la durée de ses difficultés et de son séjour ».

39 Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.

40 Besson E. Ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire. Discours de présentation du projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, devant la Commission des lois à l'Assemblée Nationale, 8 septembre 2010 : 6 p.

41 *Ibid.*

42 *Ibid.*

## **1.2 Situation sociale des « Roms migrants » en Île-de-France : une instabilité subie permanente favorisant la précarité**

- **Un marché du travail fermé conduisant à des ressources limitées : entre travail non déclaré et mendicité**

Les « Roms migrants » vivant en Île-de-France sont, du fait de leur nationalité - roumaine ou bulgare dans leur quasi-totalité -, sous un régime transitoire concernant leur accès au marché du travail, et se trouvent ainsi soumis à une double contrainte, rendant, en pratique, extrêmement difficile, voire impossible, l'accès à l'emploi. D'une part, la nécessité d'une demande d'autorisation pour les cent cinquante emplois qui leur sont ouverts entraîne souvent plusieurs mois d'attente avant son obtention. D'autre part, une fois l'autorisation acquise, l'employeur doit verser une taxe à l'OFII qui, pour un salaire brut équivalent au SMIC et un contrat de douze mois par exemple, atteint un montant de 806 euros. Dans le contexte économique actuel, peu d'employeurs acceptent cette double contrainte, surtout pour des emplois généralement faiblement qualifiés.

Dans les « Villages d'insertion » destinés aux populations roms en Seine-Saint-Denis, dispositifs financés en partie par l'État, et dont l'objectif central est l'insertion, les démarches d'accompagnement social lié à l'insertion professionnelle conduites auprès des familles roms butent sur les mêmes obstacles. En effet, les familles qui ont été « sélectionnées » pour s'inscrire dans ces projets n'ont pu bénéficier, à leur entrée dans le dispositif, d'autorisation de travail. Ainsi, dans un rapport d'activité d'une des structures chargée de l'accompagnement social dans plusieurs de ces « villages », il est indiqué que les personnes suivies ont « un réel potentiel ainsi qu'un haut niveau de motivation et d'employabilité. Les seuls aspects défavorables ont été la difficulté de compréhension des consignes liée au problème de la langue et l'absence de qualification professionnelle [...]. L'obstacle majeur à l'insertion professionnelle a été et reste à l'heure actuelle, la nécessité de demander une autorisation de travail en préfecture [...] qui au bout de 3 mois dans le meilleur des cas, donnera droit à une autorisation de travailler »<sup>43</sup>. Comme le souligne Olivier Legros, chercheur à l'Université de Tours : « Le principal obstacle à la réussite des parcours d'insertion et, par conséquent, à celle des 'villages' demeure donc les difficultés administratives »<sup>44</sup>.

De fait, exclues dans leur très grande majorité du marché du travail, les familles roms tirent principalement leurs ressources d'emplois non déclarés (récupération de métaux dans les encombrants, travail dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, vente directe de fleurs,

---

43 Pact Arim 93. Bilan d'intervention du projet M.O.U.S. accompagnement social et relogement. Centre d'hébergement et d'insertion d'Aubervilliers. Bilan de la période du 18/12/2006 au 15/12/2009 : pp.11-12.

44 Legros O. Les « villages d'insertion » : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? Revue Asylon(s), 2010 ; 8. Radicalisation des frontières et promotion de la diversité : les figures d'un paradoxe. <http://www.reseau-terra.eu/article947.html> [consulté le 15 décembre 2011].

de journaux, de cigarettes, distribution de publicités, spectacle de musique dans la rue ou le métro, nettoyage de vitres de voitures, etc.) ainsi que de la mendicité. Une étude réalisée en 2011 sur les modalités de mendicité à Paris<sup>45</sup> a montré que le montant de 30 euros est généralement cité comme le résultat d'une « bonne journée » mais que 10-15 euros semble un montant courant. Il est néanmoins précisé qu'« atteindre [ces montants] suppose des efforts à peine imaginables tant qu'on ne les a pas expérimentés : 30 euros peuvent représenter selon les personnes soit 12 heures de manche dans différents lieux, soit 6-8 heures d'arpentage des rues d'un quartier, en abordant les passants, soit 41 rames de métro ». La pénibilité tant physique (être debout ou, au contraire, être assis en permanence, marcher, etc.) que psychique (la honte, les regards dévalorisants, l'absence de perspective, les échecs, etc.) sont communes à toutes les formes de mendicité. Plus spécifiquement, concernant les populations roms, l'étude précise que « les personnes identifiées comme 'Roms' sont nettement défavorisées par rapport aux autres », nécessitant pour eux « de grandes amplitudes horaires » pour tirer le maximum de ressources possible. Et cette « obligation d'assiduité, inhérente à la faible efficacité de leur mendicité, contribue à majorer de manière significative leur visibilité en tant que 'groupe spécifique', avec des conséquences négatives fortes dans le public, notamment en terme de déclarations, d'attitudes, de réactions intolérantes et même clairement discriminatoires à leur égard ».

Récemment, différents arrêtés municipaux ou préfectoraux interdisant la mendicité ou la fouille des ordures ont été pris : Préfecture de police de Paris, quartiers Louvre/Tuileries et Caumartin-Haussmann, 5 décembre 2011, Mairie de Marseille, 17 octobre 2011 ; Mairie de Nogent-sur-Marne, 12 octobre 2011 ; Préfecture de police de Paris, quartier Etoile/Champs-Élysées, 14 septembre 2011 ; Mairie de La Madeleine, 7 août 2011, etc. Si ces arrêtés touchent les populations en situation précaire, quelles que soient leurs origines, les Roms en constituent néanmoins parfois une des cibles implicites. Ainsi, dans la commune de La Madeleine (59), les deux arrêtés (anti-mendicité et anti-fouille) qui ont été pris en août 2011 ont été traduits exclusivement en roumain et en bulgare. À Paris, l'interdiction de mendier sur les Champs-Élysées constitue l'une des mesures prises pour lutter contre « la délinquance impliquant des ressortissants roumains »<sup>46</sup>. Trois mois après la mesure, une note de la Préfecture de police de Paris indique que plus de 300 contraventions ont été dressées sur le seul secteur des Champs-Élysées et que les contrevenants sont « pour la quasi-totalité, de nationalité roumaine », soulignant que les services de police ont entrepris ce travail avec des policiers roumains, ce qui peut expliquer ce constat<sup>47</sup>.

Outre les différentes activités pratiquées par les populations roms pour trouver des ressources, des cas de prostitution chez des mineurs et des jeunes majeurs roms originaires de Roumanie

---

45 Riffaut H., Nicolai C., Olivier C. Les mendicités à Paris et leurs publics. Rapport d'étude du Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie (CerPhi), mai 2011 : 127 p.

46 Dans un entretien accordé au quotidien Le Parisien, le Ministre de l'intérieur, M. C. Guéant, mentionne l'interdiction de mendicité sur les Champs-Élysées comme l'une des mesures pour lutter contre la « délinquance roumaine ». Sellami S. Les mesures de Claude Guéant contre la délinquance des jeunes Roumains. Le parisien, 12 septembre 2011. <http://www.leparisien.fr/faits-divers/les-mesures-de-claude-gueant-contre-la-delinquance-des-jeunes-roumains-12-09-2011-1603529.php> [consulté le 15 décembre 2011]

47 <http://www.lagazettedescommunes.com/88201/bertrand-delanoe-choque-par-deux-arretes-anti-mendicite-a-paris/> [consulté le 15 décembre 2011].

sont mentionnés dans une étude ethnographique conduite auprès de familles roms vivant en Île-de-France<sup>48</sup> ainsi que par l'association Hors la Rue intervenant auprès de mineurs étrangers en danger, principalement d'origine roumaine. Dans son rapport d'activité 2009, l'association Hors la Rue consacre une partie à « la prostitution des jeunes roms à la gare du Nord » et y indique : « Aujourd'hui, selon nous, la principale cause de ce phénomène [de prostitution] reste l'absence de perspectives professionnelles pour ces jeunes peu qualifiés, que ce soit en Roumanie, eu égard aux conditions économiques et sociales, ou en France, à cause des contraintes législatives (les jeunes Roumains ou Bulgares ont très difficilement accès aux dispositifs de formation professionnelle) »<sup>49</sup>.

- **Précarité des lieux de vie et évacuations itératives des terrains**

Compte tenu de la faible part des « Roms migrants » pouvant occuper un emploi déclaré et disposer de ressources régulières en France (voir en page 19), leur accès au parc de logements, social ou privé, apparaît extrêmement limité.

*Des conditions de vie dégradantes*

La revue de la littérature et de la presse, les rapports d'activité des associations et collectifs intervenant auprès des Roms ainsi que les entretiens conduits dans le cadre de ce travail<sup>50</sup> indiquent que, très probablement, une large majorité des « Roms migrants » en Île-de-France vivent sur des terrains dans lesquels les infrastructures (accès à l'eau - et à l'eau potable -, à l'électricité, ramassage des déchets ménagers, présence de toilettes, etc.) font totalement (ou, dans le meilleur des cas, partiellement) défaut. Ces terrains n'en sont pas moins des lieux de vie, organisés en campements/baraquements construits à partir de matériaux et d'objets de récupération. Ils répondent le plus souvent à la définition usuelle donnée au terme de « bidonville ». Les terrains, occupés sans autorisation, sont fréquemment des friches industrielles ou des interstices de la ville appartenant à l'État (Direction départementale de l'équipement par exemple), aux Conseils généraux, aux communes, à la SNCF, au Réseau ferré de France, au Syndicat des eaux d'Île-de-France, à Gaz de France ou à des propriétaires privés. Certaines de ces friches industrielles présentent des pollutions des sols avec des risques sanitaires<sup>51</sup>. Dans d'autres lieux, les emplacements mêmes des terrains (proximité de voies ferrées, d'échangeurs d'autoroutes ou de décharges, pollution atmosphérique, pollution sonore, etc.) constituent des risques pour les populations qui y vivent.

Les descriptions faites par les associations ou collectifs en contact avec les familles roms vivant sur ces terrains montrent que les conditions de vie y sont extrêmement difficiles, en l'absence de

---

48 Knaff C. Façons de vivre, façons de se soigner. Étude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les Roms caramidari. Mémoire réalisé dans le cadre d'un diplôme de cadre de santé et d'un Master 1 Recherche en éducation et formation, 2010 : p. 41.

49 Hors la rue. Rapport d'activité 2009 : p. 77.

50 Associations, collectifs, permanences d'accès aux soins hospitalières, mairies.

51 Par exemple, selon une étude commandée par le propriétaire d'un terrain de la commune d'Athis-Mons (Essonne) occupé par des familles roms « Des anomalies de métaux dans le sol (cuivre, etc.) et des hydrocarbures volatils dans les eaux ont été relevées [...] L'étude conclut à des risques potentiels pour la santé, via l'inhalation de poussières de sol impactées par les métaux ». Le Parisien, 16 septembre 2010.

toute infrastructure, et de ressources, et qu'il existe une très grande promiscuité<sup>52</sup>. Dans la plupart des situations, l'absence de ramassage des déchets ménagers entraîne un amoncellement de ceux-ci et une prolifération des rongeurs sur les terrains. L'absence d'électricité conduit à des installations artisanales (bougies, poêles à bois, gaz butane, etc.) présentant des risques d'accidents majeurs. La mission Roms de Médecin du Monde rapporte des cas de brûlures chez les enfants. Des incendies en Île-de-France début 2010 ont même entraîné le décès de trois enfants lors de deux incendies<sup>53</sup>.

*Des évacuations itératives des terrains contribuant à renforcer la précarisation des populations*  
Compte tenu de l'occupation illégale des terrains, les opérations d'évacuation/d'expulsion sont particulièrement fréquentes, renforçant, de fait, la fragilisation des populations, en l'absence de propositions de relogement ou d'occupation plus pérenne d'un terrain. Expulsées d'un terrain, les familles se réinstallent le plus souvent sur d'anciens terrains qui avaient déjà fait l'objet d'une évacuation quelques mois (voire parfois seulement quelques semaines) auparavant, rejoignent un « campement » déjà existant ou créent de « nouveaux terrains », en se dispersant ou en restant groupés. Cette situation d'errance permanente renforce la précarisation et la marginalisation de ces populations, d'autant que durant les opérations d'évacuation, une partie des biens est fréquemment perdue, nécessitant alors pour les familles de recommencer l'ensemble du processus leur ayant permis d'obtenir le minimum (un toit, des murs, des matelas, etc.). Lors des entretiens réalisés pour cette étude, la capacité très forte d'adaptation, de remobilisation des populations, soumises à cette « politique d'instabilisation »<sup>54</sup>, a été soulignée tant par les acteurs associatifs que par les personnes en charge de mettre en œuvre cette politique.

Une étude sur les mouvements migratoires durant l'année 2006 d'une population, essentiellement composée de Roms roumains (mais également de Bulgares, Hongrois, Yougoslaves - Roms et non Roms -) vivant sur des « terrains » dans cinq villes de Seine-Saint-Denis (Saint-Ouen, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve et Bobigny) permet de visualiser cette errance contrainte des populations (voir carte en page 28). La carte des mouvements migratoires, issue de cette étude, montre la multiplicité des déplacements et des retours sur certains des lieux. Mais elle montre aussi que, malgré l'errance, la quasi-totalité des mouvements (environ une quinzaine de terrains différents sur la vingtaine recensée en 2006) s'est déroulée sur un territoire extrêmement réduit, de quatre kilomètres carrés (représenté, par nos soins, par le cercle rouge sur la carte).

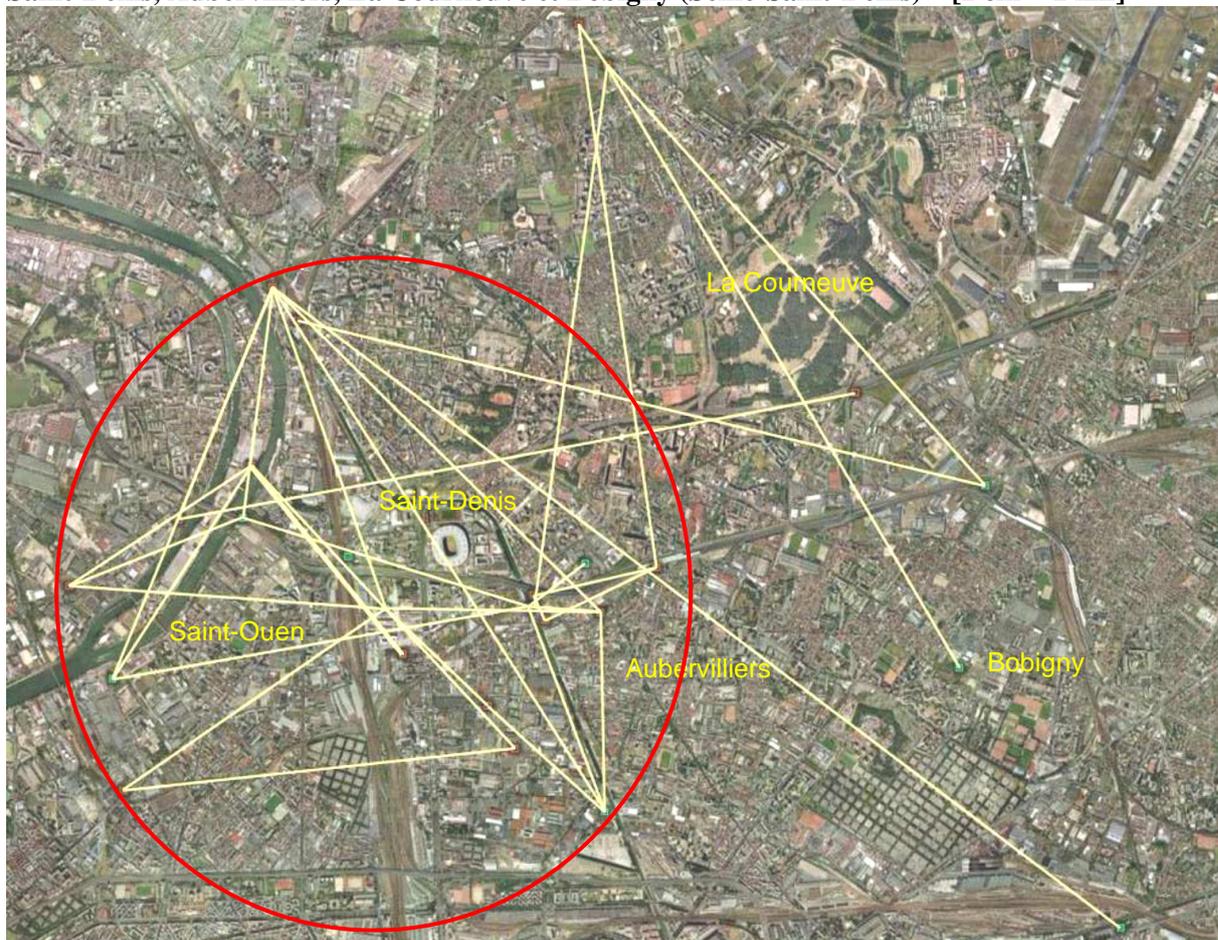
---

52 Les différents points de la situation des familles suivies par les collectifs et associations rendent compte de ces conditions (voir <http://www.romeurope.org/-Ile-de-France-.html> [consulté le 15 décembre 2011] ainsi que le Rapport 2009-2010 sur la situation des Roms migrants en France édité par le Collectif national droits de l'homme Romeurope, septembre 2010 : 153 p.

53 Deux enfants à Orly (94), février 2010, un enfant à Gagny (93), avril 2010.

54 Terme utilisé par Olivier Legros, maître de conférence en géographie à l'université de Tours, lors du colloque « Précarisation et grande exclusion ». Les bidonvilles Roms dans les grandes villes françaises : pratiques sociales, réponses institutionnelles. La Courneuve, 18 mai 2010.

**Carte des mouvements migratoires d'une population, essentiellement composée de Roms roumains\*, vivant sur des « terrains » durant l'année 2006 dans les villes de Saint-Ouen, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve et Bobigny (Seine-Saint-Denis) – [2 cm = 1 km]**



\* La population est aussi composée de Bulgares, Hongrois, Yougoslaves (Roms et non Roms)

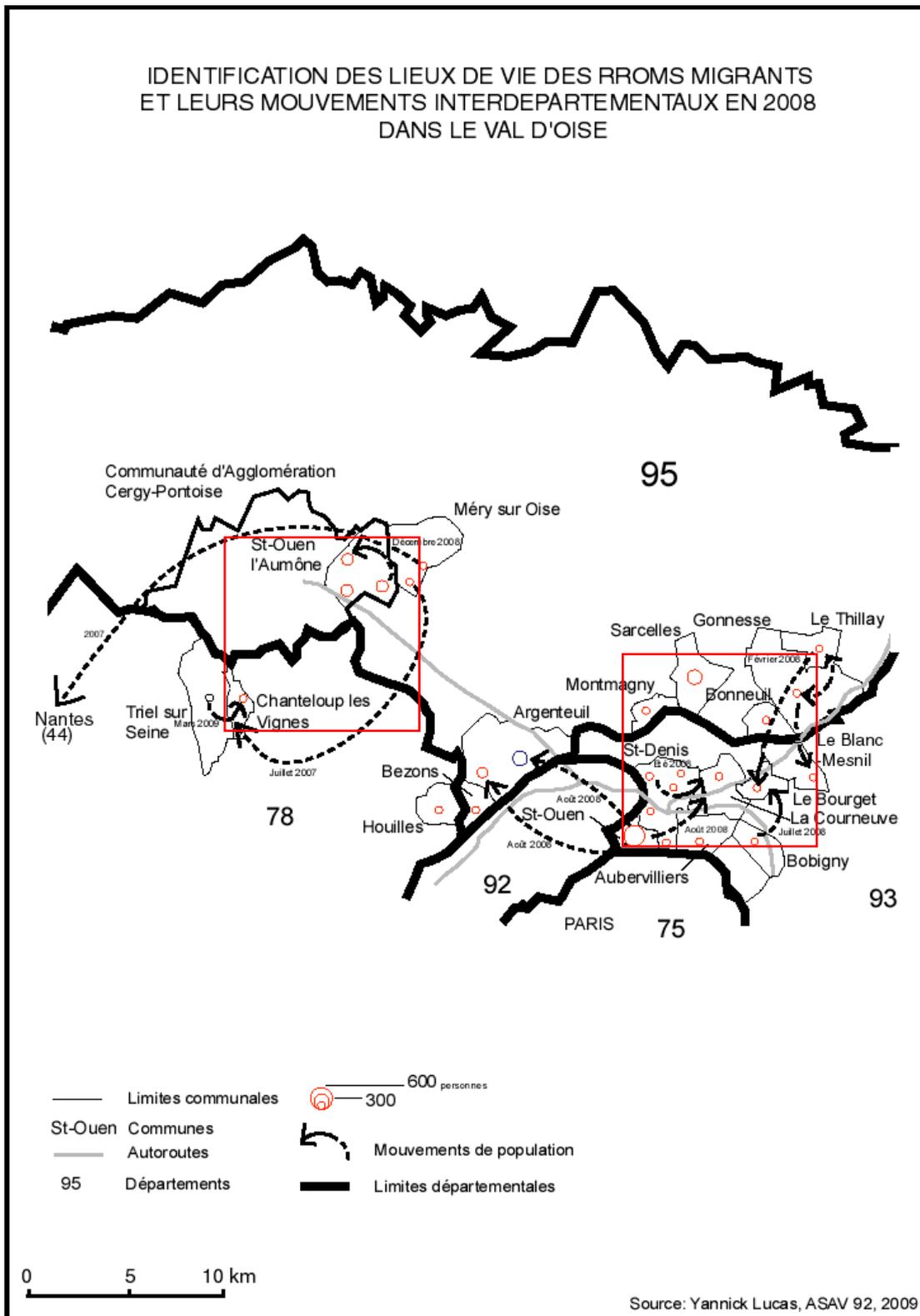
Nota : le cercle rouge figurant sur la carte a été ajouté par l'ORS Île-de-France. Il représente  $\approx 4$  km<sup>2</sup>.

Source : Radenez J., Remion M. Étude des mouvements migratoires d'une population donnée. Janvier 2007 : 27 p. <sup>55</sup>.

Une autre cartographie (page suivante), portant sur les migrations observées en 2008 chez des Roms vivant dans le Val d'Oise et les départements limitrophes<sup>56</sup>, montre également des mouvements répétés (voire des aller-retour), parfois interdépartementaux, dans des territoires assez réduits (environ 10 km<sup>2</sup>), à la frontière du Val d'Oise et de la Seine-Saint-Denis ou du Val d'Oise et des Yvelines.

<sup>55</sup> Document téléchargeable sur <http://www.romeurope.org/proto/IMG/etude-des-mouvements-migratoires-dune-population-donnee-actualisee.pdf> [consulté le 15 décembre 2011].

<sup>56</sup> Lucas Y. Immigrants et migrants roms roumains en France ou les suspects victimes d'une méconnaissance ambiante. Communication orale lors du colloque « Dynamiques, politiques et expériences du rapport aux 'endo-étrangers' en Europe : Roms, Manouches, Yeniches, Gitans et gens du voyage en Europe. Université Victor Segalen, Bordeaux, avril 2009. Texte mis en ligne sur le Centre de ressources en ligne d'Urba-Rom <http://urbarom.crevilles.org/>.



Nota :

- les carrés rouges sur la carte ont été ajoutés par l'ORS Île-de-France. Ils représentent  $\approx 10 \text{ km}^2$ .
- il s'agit de la « mobilité » de familles roms initialement rencontrées dans le Val-d'Oise par l'AŠAV lors d'une action de médiation socio-sanitaire.

Ces deux cartes, de 2006 et 2008, semblent indiquer que les populations soumises à ces évacuations sont relativement « territorialisées » et ont des attaches sur certaines communes franciliennes. Ceci peut s'expliquer par la scolarisation des enfants, la domiciliation que les personnes ont pu obtenir dans des associations ou par les Centres communaux d'action sociale, la fréquentation de certains services, ou plus généralement la connaissance qu'elles ont pu acquérir du territoire et de ses ressources. Les témoignages des associations et collectifs intervenant auprès des populations roms confirment cette observation : certaines familles suivies errent depuis des années de terrain en terrain, au gré des évacuations, sur un territoire souvent relativement réduit (parfois même sur une seule commune). Comme l'a souligné O. Legros lors d'un colloque<sup>57</sup>, « l'ancrage » territorial des Roms se fait par leur présence dans le temps ainsi que par l'action des associations qui donnent de l'existence aux populations roms, permettant dès lors de parler des « Roms de Saint-Denis », des « Roms de Nantes », etc.

Les éléments dont nous disposons laissent penser que ce processus d'évacuation des terrains s'est poursuivi depuis 2009. Et les objectifs fixés en matière d'évacuation des « camps » durant l'été 2010 vont même dans le sens d'un renforcement, affirmé tant à l'occasion du discours du Président de la République, M. Sarkozy, lors de la prise de fonction du nouveau préfet de l'Isère M. Le Douaron (Grenoble, 30 juillet 2010<sup>58</sup>), qu'à travers la circulaire du 5 août 2010 sur l'évacuation des campements illicites ciblant prioritairement les Roms<sup>59</sup>, annulée et remplacée par la circulaire du 13 septembre 2010<sup>60</sup>. Par la suite, en projet dans la Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (dite Loppsi 2)<sup>61</sup>, l'article 90 prévoyait que « lorsqu'une installation illicite en réunion sur un terrain appartenant à une personne publique ou privée en vue d'y établir des habitations comporte de graves risques pour la salubrité, la sécurité ou la tranquillité publiques, le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police peut mettre les occupants en demeure de quitter les lieux », avec un délai d'exécution pouvant être fixé à quarante-huit heures. Le Conseil constitutionnel a finalement jugé, en mars 2011<sup>62</sup>, l'article contraire à la « dignité humaine » et « sans

---

57 Colloque « Précarisation et grande exclusion ». La Courneuve, 18 mai 2010.

58 « Les Roms qui viendraient en France pour s'installer sur des emplacements légaux sont les bienvenus. Mais en tant que chef de l'État, puis-je accepter qu'il y ait 539 campements illégaux en 2010 en France ? [...] Dans les trois mois, la moitié de ces implantations sauvages auront disparu du territoire français ». <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/discours/2010/prise-de-fonction-du-nouveau-prefet.9399.html>. [consulté le 15 décembre 2011].

59 « Le Président de la République a fixé des objectifs précis, le 28 juillet dernier, pour l'évacuation des campements illicites : 300 campements ou implantations illicites devront avoir été évacués d'ici 3 mois, en priorité ceux des Roms. [...] Dans le cadre des objectifs fixés, [...] les préfets de zone s'assureront, dans leur zone de compétence, de la réalisation minimale d'une opération importante par semaine (évacuation / démantèlement / reconduite) concernant prioritairement les Roms. ». Circulaire IOC/K/10/17881/J.

60 « ... depuis le 28 juillet dernier, il a été procédé, par rapport à l'état de référence des 21 et 23 juillet 2010, à l'évacuation de 441 campements illicites. Cette action doit se poursuivre ».

61 Assemblée nationale. Projet de loi modifié par la Sénat d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure. 13 septembre 2010. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2780.asp> [consulté le 15 décembre 2011].

62 Décision n° 2011-625 du 10/03/2011. [www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2011/2011625dc.htm](http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2011/2011625dc.htm) [consulté le 15 décembre 2011]

considération de la situation personnelle ou familiale, de personnes défavorisées et ne disposant pas d'un logement décent ».

*Un processus de multiplication des petits « campements »*

Un comptage effectué en Seine-Saint-Denis durant l'année 2009 et lors du premier trimestre 2010 par le Comité d'aide médicale au sein de la Coordination des associations de Seine-Saint-Denis intervenant auprès des Roms, recensait soixante-quinze installations (actuelles ou passées) dans le département<sup>63</sup>. Néanmoins, du fait des expulsions et des ré-installations, ce chiffre est en évolution permanente. Le nombre de personnes vivant sur chacun de ces terrains est variable. Il apparaît nettement que, au cours de ces dernières années, les terrains sont occupés par un nombre moindre de personnes que ce qui était observé jusqu'à présent, et cette tendance s'est renforcée au cours de l'été 2010. En effet, si certains terrains étaient occupés par plusieurs centaines de personnes<sup>64</sup>, désormais, il semble que ce nombre soit plus souvent proche d'une vingtaine à une cinquantaine de personnes. Cette tendance révèle, sans doute, de la part des populations roms, une certaine stratégie de moindre visibilité (un terrain occupé par cinquante personnes est moins visible par les autorités qu'un terrain occupé par quelques centaines de personnes). La coordinatrice du collectif Romeurope souligne à ce sujet ; « Ils sont maintenant séparés en petits groupes bien cachés, et n'osent plus s'organiser en camps comme avant »<sup>65</sup>.

Cette tendance traduit aussi le fait, et les acteurs travaillant auprès des populations le rapportent, que « l'autogestion » d'un campement de plusieurs centaines de personnes - dans lequel les familles présentes n'ont pas toujours de liens étroits - est rendue d'autant plus difficile que la promiscuité y est élevée et les conditions de vie extrêmement pénibles, favorisant les tensions entre les résidents. Des phénomènes de violences sont parfois rapportés. Les populations seraient donc plus enclines à être sur des terrains regroupant moins de familles.

Enfin, la diminution sensible de la surface des friches industrielles, et donc des grands terrains disponibles, peut constituer un autre élément pouvant expliquer ce changement. En effet, la périphérie de Paris, en particulier la Seine-Saint-Denis, a connu au cours de ces dernières années le développement de transferts d'établissements de Paris, comme c'est le cas dans la Communauté d'agglomération Plaine Commune depuis 2000<sup>66</sup>, dans laquelle vit une grande partie des populations roms de Seine-Saint-Denis.

---

63 Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010 sur la situation des Roms migrants en France, septembre 2010 : 153 p

64 Par exemple, 400 à 500 personnes sur le terrain de la rue André Campra à Saint-Denis en 2007, 300 personnes sur un terrain de Bobigny en 2009, etc. Popescu A. Roms de Saint-Denis : place nette pour le Rugby ? Exclusion et précarité. Ceras - revue Projet, septembre 2007. <http://www.ceras-projet.org/index.php?id=2590> [consulté le 15 décembre 2011] et Colizzi R. Roms : « déplacés » aux portes de Paris. Exclusion et précarité. Ceras - revue Projet, juillet 2009. <http://www.ceras-projet.org/index.php?id=3858> [consulté le 15 décembre 2011].

65 Szadkowski M. Les gens du voyage assurent que le démantèlement des camps visait les Roms. Le Monde ; 23 septembre 2010.

66 Rannon-Heim C., Decondé C., Laurol S., Mouchel P. Plaine Commune : un essor économique plus rapide que les transformations sociales. Insee. Ile-de-France à la page, avril 2010 ; 330 : 4 p.

Dans ce contexte, ces dernières années ont été marquées en Île-de-France, par une multiplication des « petits terrains » ainsi que par l'installation de certaines familles roms dans des immeubles d'habitation désaffectés ou d'anciens bâtiments industriels à l'abandon, dont l'état dégradé du bâti présente souvent des risques (d'effondrement par exemple). Dans le Val-d'Oise, des familles se sont même installées dans des bois, isolés des centres-villes (communes de Méry-sur-Oise, de Neuville), avant d'en être expulsées. Ces différents processus (évacuation et reconstitution des « campements », éloignement des centres, tendance à vouloir se cacher, changements subis permanents des lieux de vie, errance sans perspective, etc.) constituent autant d'éléments favorisant la désinsertion de ces populations et leur éloignement des dispositifs d'aide.

- **Des éloignements fréquents du territoire français**

À ces processus d'évacuations des terrains, viennent fréquemment s'ajouter les *éloignements* du territoire français, qu'ils s'agissent de mesures telles que les Obligations de quitter le territoire français (OQTF) ou les procédures d'Aide au retour humanitaire (ARH)<sup>67</sup>. Les données disponibles<sup>68</sup> - qui portent néanmoins sur l'ensemble des ressortissants roumains et bulgares, qu'ils soient Roms ou non - indiquent que ces populations sont particulièrement touchées par l'ensemble de ces procédures, au regard de leur nombre estimé sur le territoire national (10 000 à 15 000 dans leur ensemble). Ainsi, durant l'année 2008 (dernière année complète pour laquelle les données sont présentées par nationalité), 29 796 éloignements effectifs, toutes nationalités confondues, ont été exécutés à partir de la France métropolitaine. Les ressortissants de Roumanie représentent 26% de ces mesures (soit 7 842 éloignements). En 2007, ils ne représentaient que 10% des mesures (2 295 sur 23 196) et sur les six premiers mois de l'année 2009, cette proportion est passée à 29% (4 346 sur 14 844). Bien que le rapport 2010 du Comité interministériel de contrôle de l'immigration<sup>69</sup> ne présente plus les données sur les mesures d'éloignement par nationalité, il indique : « S'agissant des nationalités les plus représentées (éloignement effectif à partir de la métropole) en 2009, les ressortissants roumains représentent la nationalité la plus éloignée. L'éloignement de ressortissants roumains est juridiquement possible pour des motifs de trouble à l'ordre public, d'infraction à la législation sur le travail ou à la suite de la perte du droit au séjour au-delà de trois mois de présence sur le territoire national ».

---

67 Une « typologie de l'éloignement », détaillant ces différentes mesures, est présentée dans le rapport au parlement du Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. Les orientations de la politique de l'immigration. Sixième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, décembre 2009 : p. 90 et p. 98. <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2009.pdf> [consulté le 15 décembre 2011].

68 *Ibid.* : p. 92. Le rapport 2010 du Comité interministériel de contrôle de l'immigration, publié en mars 2011, ne présente plus les données par nationalité sur les mesures d'éloignement.

69 Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. Les orientations de la politique de l'immigration. Septième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, mars 2011 : p. 76.

Le rapport sur l'activité en 2010 des centres et locaux de rétention administrative<sup>70</sup> réalisé par l'ensemble des associations habilitées à intervenir dans ces lieux<sup>71</sup> montre aussi que les ressortissants communautaires soumis à la période transitoire (Roumains et Bulgares) se trouvent fréquemment reconduits à la frontière sur le fondement d'une OQTF déjà exécutée. Ainsi le rapport indique (p. 46) : « Constaté par l'ensemble des associations intervenant en CRA [Centres de rétention administrative], ce phénomène touche de très nombreux ressortissants roumains qui, après une première reconduite ou un retour par leurs propres moyens, vont être à nouveau interpellés, puis éloignés une seconde fois sur la base de la mesure d'éloignement. Seul un tampon de la PAF [Police de l'air et des frontières] peut faire office de preuve incontestable de sortie du territoire devant les autorités administratives, ce qui est très compliqué à prouver en l'absence de douanes fixes, comme pour l'entrée sur le territoire ». Ce même rapport souligne un autre aspect relatif au placement des ressortissants roumains en centre de rétention administrative. D'une part, les Roumains représentent une proportion non négligeable des étrangers retenus en centre de rétention (dans celui de Paris-Palais de justice, par exemple, 17%), d'autre part, il s'agit d'une nationalité qui fait plus souvent l'objet d'éloignement à la suite de la rétention. Par exemple, dans le CRA du Mesnil-Amelot (près de Roissy), les ressortissants roumains représentent 6% (soit 149 personnes) des quelque 2 500 étrangers qui ont été retenus en 2010, la première nationalité étant les ressortissants algériens 12% (soit 271 personnes). Néanmoins, les Roumains sont la nationalité la plus éloignée du centre : 104 éloignements sur les 149 personnes roumaines (soit 70%), contre 63 éloignements pour les Algériens sur les 271 personnes algériennes retenues (soit 23%)<sup>72</sup>.

Mais les mesures d'éloignement concernant les Roumains sont le plus souvent des Aides au retour humanitaire (ARH)<sup>73</sup>. Le nombre total de ces retours aidés (mesures exécutées) a augmenté de 204%<sup>74</sup> entre 2007 et 2008 (de 3 311 à 10 072) alors que, durant la même période, l'ensemble des autres mesures d'éloignement exécutées diminuait de 1% (de 19 885 à 19 724).

Les rapports d'activités 2009<sup>75</sup> et 2010<sup>76</sup> de l'OFII permettent de comprendre, d'une part, que les Roumains sont particulièrement concernés (et presque quasi-exclusivement) par ces retours

70 Les centres ou locaux de rétention administrative sont des lieux surveillés dans lesquels les étrangers qui font l'objet d'une procédure d'éloignement ou d'une interdiction du territoire français et qui ne peuvent pas quitter immédiatement la France peuvent être placés.

71 Assfam, Forum réfugiés, France terre d'asile, La Cimade, Ordre de Malte France. Centres et locaux de rétention administrative. Rapport 2010, décembre 2011 : 231 p.

72 Et concernant ce centre, le rapport précise (p. 127) : « La préfecture de Seine-et-Marne est responsable de l'éloignement de 70% des Roumains embarqués depuis le CRA du Mesnil-Amelot et elle réalise grâce à ces mêmes Roumains 33% de ses embarquements effectifs de l'année, loin devant les autres premières nationalités éloignés par cette préfecture (8,6% pour les Algériens et les Brésiliens ou 8,2% pour les Turques) ».

73 « L'aide au retour humanitaire est attribuée aux étrangers [de l'Union européenne ou non] en situation de dénuement et de grande précarité séjournant en France depuis au moins trois mois et comprend des aides financières forfaitaires ». OFII. Instruction N° 2010/03. Mise en place du dispositif d'aide au retour et à la réinsertion. 15 mars 2010.

74 Et non 67%, comme mentionné dans le rapport du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. *op. cit.* voir note 67 : pp. 92.

75 Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Rapport d'activités 2009, 2010 : p. 49.

76 Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Rapport d'activités 2010, 2011 : p. 35.

aidés qui peuvent pourtant concerner tous les étrangers quelle que soit leur nationalité. En effet, en 2009, parmi les 12 323 personnes ayant eu l'ARH en France, 83% sont des Roumains et 7% des Bulgares. En 2010, les retours aidés (ARH) ont diminué (9 761 personnes) mais ont continué à concerner quasiment exclusivement les ressortissants Roumains (84%) et Bulgares (10%). D'autre part, les rapports d'activités de l'OFII montrent que les ARH touchent sans doute surtout des populations rroms, compte tenu des caractéristiques décrites sur les lieux de vie. En effet, selon le rapport 2009, concernant les bénéficiaires de l'ARH, il est précisé : « Séjournant, pour la grande majorité d'entre eux sur des campements collectifs, les retours ont été gérés dans le cadre de dispositifs coordonnés par les Préfectures et les DDASS. Compte tenu du nombre de personnes concernées, les retours ont été le plus souvent opérés sur des vols directement affrétés par l'OFII ». Le rapport 2010 de l'OFII consacre, dans la partie sur les Aides au retour humanitaire un chapitre spécifique à l' « Intervention de l'OFII dans le cadre des directives concernant les campements illicites à compter d'août 2010 » où il y est indiqué que « dès le démarrage des opérations de démantèlement fin juillet 2010, l'OFII a été particulièrement sollicité, tant pour l'information des publics, la prise en charge et l'organisation matérielle des retours, que pour la coordination et le suivi des départs ». [...] Ainsi, entre le 28 juillet et le 31 décembre 2010, 40 vols ont été affrétés par l'OFII vers la Roumanie et la Bulgarie. [...] Malgré la forte mobilisation de l'OFII, l'impact de ses interventions est resté limité. En effet, lors des déplacements de l'OFII sur les sites, il est apparu que bon nombre de migrants présents, avaient déjà bénéficié d'une aide au retour de l'OFII et n'étaient donc plus éligibles au dispositif ».

Au sujet de ces aides, le collectif Romeurope précise « c'est essentiellement le dispositif de retour humanitaire, clairement identifié par les acteurs publics comme un dispositif 'Roms' piloté directement par le préfet dans le cadre d'une coordination spécifique, qui permet d'assurer effectivement le rapatriement des personnes »<sup>77</sup>.

Un article de Grégoire Cousin<sup>78</sup>, doctorant en droit public travaillant sur la gestion administrative des migrations rroms en Europe, montre aussi que les Roms subissent une discrimination dans l'application de la politique migratoire européenne à l'égard des ressortissants européens. Si la législation prévoit bien des limitations migratoires pour les ressortissants communautaires ne disposant pas de ressources suffisantes, cette mesure n'est en réalité appliquée que de façon ciblée contre « les populations visibles assignées à une identité rom du fait de leur lieu de vie [bidonvilles] », ce que l'auteur appelle « une discrimination ethnique à la tolérance à la loi ». Par ailleurs, les entretiens conduits dans le cadre de ce travail n'ont pas permis de déterminer dans quelles conditions, ni selon quel critères se déroulait l'examen des ressources, ou même s'il y en avait un.

---

77 Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010. *op. cit.* voir note 63 : p. 25.

78 Cousin G. Sisyphes et le statisticien: Retour humanitaire des Roms roumains entre logique chiffrée de gestion des flux migratoires et discrimination ethnique. Communication orale lors du colloque « Dynamiques, politiques et expériences du rapport aux 'endo-étrangers' en Europe : Roms, Manouches, Yeniches, Gitans et gens du voyage en Europe. Université Victor Segalen, Bordeaux, avril 2009. Texte mis en ligne sur le Centre de ressources en ligne d'Urba-Rom <http://urbarom.crevilles.org/>.

Une fois la mesure d'Aide au retour humanitaire exécutée, et conformément à la législation sur la libre circulation des ressortissants de l'Union européenne, les bénéficiaires peuvent revenir de suite sur le territoire français. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer précisément la proportion de ceux qui sont dans cette situation, les éléments issus des entretiens conduits dans le cadre de cette étude, y compris auprès de l'OFII, l'organisme en charge de la délivrance de ces aides, ainsi que la revue de la littérature et de la presse, sont relativement concordants sur le constat : une grande partie, voire pour certains interlocuteurs la quasi-totalité, des populations reviendrait en France après avoir bénéficié d'un retour aidé. Le rapport d'activité 2010 de l'OFII (p. 34) mentionne, dans la partie relative aux opérations de démantèlement des campements illicites, que « sur certains campements, jusqu'à 70% des personnes avaient déjà bénéficié de l'aide [Aide au retour humanitaire] de l'OFII ». Car, si le volontariat constitue l'un des principes d'attribution de l'aide au retour humanitaire, les conditions dans lesquelles les intéressés se portent « volontaires » semblent parfois sujet à caution. En effet, une partie de ce dispositif est mis en œuvre à l'occasion des évacuations de campements (c'est-à-dire dans un contexte de tensions fortes) et l'alternative aux retours aidés alors proposée par les autorités (fonctionnaires de l'OFII et de police) est fréquemment un placement en rétention dans le cadre de mesures d'éloignement du territoire (OQTF). Les témoignages recueillis depuis quelques années par le collectif Romeurope soulignent le contexte de pression dans lequel les populations se trouvent lorsqu'elles acceptent ces retours et l'ensemble des facteurs de contraintes aboutissant à ces candidatures « volontaires » : « en garde à vue, sur sommation des policiers, juste avant, voire après être montées dans les bus, sans rétraction possible, avec confiscation des papiers d'identité, sans interprète... »<sup>79</sup>.

Le rapport 2010 de la Commission nationale de déontologie de la sécurité<sup>80</sup>, dans le chapitre « Déloyauté des informations données aux étrangers concernant leur reconduite à la frontière et départs précipités » souligne : « En 2010, la Commission a rendu trois avis dans lesquels elle a formulé des critiques concernant la prise en charge de familles en situation irrégulière faisant l'objet d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière. Dans ces affaires, les modalités d'éloignement du territoire ont révélé une gestion superficielle et mécanique de l'interpellation d'étrangers en situation irrégulière, gestion privilégiant la rapidité de l'exécution au détriment du respect effectif de la légalité et des droits ». Même si les trois avis peuvent ne pas porter spécifiquement sur des personnes roms (deux des avis concernent des familles du Kosovo, sans mention de leur origine), les éléments mentionnés recourent nettement ceux décrits pas les associations et collectifs proches des familles roms.

Ce contexte particulier dans lequel s'exercent les retours ainsi que l'absence d'accompagnement social à l'arrivée dans le pays d'origine favorisent des aller-retour entre la France et le pays d'origine et contribuent à renforcer l'instabilité de ces populations et la difficulté qu'elles peuvent avoir de s'inscrire dans un projet durable. De plus, compte tenu du montant non

---

79 Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010. *op. cit.* voir note 63 : p. 37.

80 Commission nationale de déontologie et de sécurité. Rapport 2010 remis au Président de la République et au Parlement, 2011 : pp. 78-85.

négligeable de ces aides, en comparaison de la situation économique en Roumanie<sup>81</sup>, l'Aide au retour humanitaire peut également constituer une opportunité de revenus pour des personnes démunies n'ayant pas de projet migratoire mais qui vont faire un aller-retour pour bénéficier de l'aide, alimentant, d'une certaine façon, les flux migratoires et produisant donc des effets contraires à ceux recherchés par la mise en place d'une telle mesure.

Conscients de produire ce phénomène d'aller-retour avec ce type de procédure d'éloignement, et craignant que des bénéficiaires ne renouvèlent une nouvelle demande d'aide à leur retour sur le territoire français, l'OFII a déployé des moyens importants de contrôle. En effet, il a mis en place un Outil de statistique et de contrôle de l'aide au retour (Oscar) servant notamment à « déceler une demande présentée par une personne ayant déjà bénéficié de l'aide au retour, le cas échéant sous une autre identité »<sup>82</sup>. Ce fichier contient les empreintes digitales des dix doigts du bénéficiaire de l'aide au retour et de ses enfants mineurs âgés d'au moins douze ans, ainsi que les photographies numérisées. Les données biométriques sont conservées pendant cinq ans lorsque l'aide a été accordée.

Compte tenu du fait que 94% des personnes ayant bénéficié de ces aides en 2010 étaient roumaines ou bulgares, dont une large part Roms (voir p. 76), les Roms constituent la cible principale du fichier Oscar. Au moment de la mise en place de cet outil de surveillance, le Parlement européen a adopté une résolution (9 septembre 2010)<sup>83</sup> sur la situation des Roms et la libre circulation des personnes dans l'Union européenne qui précise notamment que « le relevé des empreintes digitales des Roms expulsés est illégal et contraire à la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, aux traités et au droit de l'Union européenne et constitue une discrimination fondée sur l'origine ethnique ou nationale ». Néanmoins, l'avis favorable de la CNIL a conduit à maintenir l'usage de cet outil.

- **La non-scolarisation des enfants roms : un facteur contribuant à assigner ces populations à la précarité et l'exclusion**

Les conditions de vie des populations roms en France rendent difficiles la scolarisation des enfants. Le Collectif pour le droit des enfants roms à l'éducation estimait en 2009 que « 5 à 7 000 enfants roms présents en France aujourd'hui sont arrivés ou arriveront à 16 ans sans avoir jamais ou presque été à l'école », soit environ la moitié de l'ensemble de la population des « Roms migrants » estimés en France<sup>84</sup>.

---

81 Le montant de l'aide, qui ne peut être versée qu'une seule fois, est de 300 € par adulte et de 100 € par enfant mineur accompagnant. Par exemple, pour un couple avec trois enfants, le montant de l'aide, 900 €, correspond, en Roumanie, à six mois environ du salaire minimum (600 lei, soit environ 150 €).

82 Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). OSCAR : Outil de Statistique et de Contrôle de l'Aide au Retour. Texte mis en ligne sur le site internet de la CNIL le 26 août 2010. <http://www.cnil.fr/en-savoir-plus/fichiers-en-fiche/fichier/article/oscar-outil-de-statistique-et-de-contrôle-de-laide-au-retour/> [consulté le 15 décembre 2011]

83 Parlement européen. Résolution du Parlement européen du 9 septembre 2010 sur la situation des Roms et la libre circulation des personnes dans l'Union européenne. Strasbourg, septembre 2010. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=FR&reference=P7-TA-2010-0312> [consulté le 15 décembre 2011]

84 Collectif pour le droit des enfants roms à l'éducation. Document d'information, novembre 2009 : 8 p.

Deux raisons principales, étroitement liées, peuvent expliquer cet état de fait :

- l'instabilité permanente des lieux de vie (évacuation des campements, éloignement du territoire, etc.) et, de façon plus générale, les conditions de vie (extrême précarité, quotidien centré sur la recherche de ressources, etc.) constituent des freins majeurs à la scolarisation ;
- les procédures effectuées par les familles pour inscrire leurs enfants dans des écoles, se heurtent fréquemment à des refus de la part des services municipaux en charge des inscriptions dans les écoles élémentaires. Ces refus, formulés ou non, sont décrits avec précision dans une étude sur les obstacles à la scolarisation en France des enfants roms migrants<sup>85</sup> : simple refus, extrême lenteur des procédures (parfois jusqu'à un an) sans accueil provisoire de l'enfant<sup>86</sup>, demandes de documents au-delà de ceux habituellement exigés pour constituer le dossier d'inscription, refus de domiciliation ou demande d'une domiciliation légale, refus de scolarisation au motif que l'enfant n'est pas francophone, que l'école n'a pas de classe adaptée ou n'a plus de places<sup>87</sup>, affectation dans des établissements très éloignés des lieux de vie des familles, inscription de fratrie dans des écoles différentes et éloignées les unes des autres rendant impossible l'accompagnement des enfants par un adulte, etc.

Si le principe de l'obligation scolaire, pour tous les enfants, Français ou étrangers, résidant en France, n'est sans doute contesté par personne, ces refus s'expliqueraient principalement par deux craintes des municipalités : celle de « l'appel d'air »<sup>88</sup> (en acceptant de scolariser les enfants roms présents sur leur commune, certains maires craindraient d'attirer les enfants des communes voisines) ; celle de contribuer, en scolarisant les enfants, « à l'ancrage territorial »<sup>89</sup> des populations roms dans la commune et donc, implicitement, à la reconnaissance de leur existence dans la commune, quand bien même leur lieux de vie ne seraient pas reconnus légalement. Néanmoins, quels que soient les motifs, ces refus d'inscription, ou ces demandes d'inscription qui n'aboutissent pas, conduisent, de fait, à la non-application pour ces enfants de

---

85 Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. Étude sur les obstacles à la scolarisation des enfants roms migrants en France. Rapport d'étude, février 2010 : 78 p.

86 Selon la circulaire n° 2002-101 du 25 avril 2002 « Pour l'école primaire, selon les dispositions de la circulaire n° 91-220 du 30 juillet 1991, même si la famille ne peut pas, lors de la demande d'inscription à l'école, présenter un ou plusieurs des documents nécessaires, l'enfant doit bénéficier d'un accueil provisoire, dans l'attente de la présentation, dans les plus courts délais, de ces documents qui permettront d'effectuer l'inscription de l'enfant à l'école. ».

87 Toujours selon cette même circulaire (*ibid.*) : « Au cas où le directeur d'école se trouverait dans l'impossibilité absolue d'admettre l'enfant par manque de place dans l'école, il conviendra qu'un rapport soit adressé, dans un délai maximum de trois jours, par la voie hiérarchique, à l'inspecteur d'académie du département. Celui-ci en informera le préfet et prendra toutes dispositions utiles pour rendre cet accueil possible. »

88 Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. *op. cit.* voir note 85 : pp. 24-25.

89 Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. *op. cit.* voir note 85 : p. 26.

l'obligation scolaire soit parce qu'ils fréquenteront irrégulièrement l'école, soit parce qu'ils ne fréquenteront pas ou plus l'école. Or, le contrôle de l'obligation scolaire repose tout d'abord sur les services de la mairie chargés de dresser la liste de tous les enfants résidant dans sa commune et qui sont soumis à l'obligation scolaire (article L131-6 du Code de l'éducation). Le rapport d'activité 2010 de la Défenseure des enfants<sup>90</sup> souligne que, pour des enfants de plus six ans relevant de l'école primaire et du secondaire, « de nombreux refus d'inscription de mairies sur le fondement du principe de liberté d'organisation des collectivités territoriales ont fait l'objet de saisie de la Défenseure des enfants. Ces refus visaient prioritairement les familles sans domicile fixe, telles que les familles de gens du voyage et les familles Roms, pour lesquelles la Défenseure des enfants a saisi les Maires des communes concernées afin de leur rappeler le droit des enfants à être scolarisés, sans discrimination liée à leur mode de vie. La Défenseure est également intervenue dans certains cas auprès des préfets pour permettre à des enfants d'être inscrits à l'école la plus proche de leur domicile. »

Enfin, il convient aussi de souligner que, même si les familles roms sont conscientes du bénéfice à scolariser les enfants, certaines réticences ou craintes face à l'institution scolaire sont fréquemment rapportées par les organismes en contact avec les familles. Ces craintes portent généralement sur deux aspects : les risques de discrimination dont peuvent faire l'objet les enfants au sein de l'école ; la crainte d'une acculturation des enfants, au contact d'une institution, perçue comme pouvant valoriser d'autres normes que certaines de celles des populations roms.

Or, quels que soient les motifs, l'impact de la non-scolarisation des enfants est majeur. Comme le souligne l'étude du collectif Romeurope, outre le fait que l'école est un lieu de transmission de connaissance et d'apprentissage de la langue française, et « avant même d'envisager les perspectives d'insertion sociale par l'accès au travail, [...] la non-scolarisation favorise avant tout l'émergence d'une génération de jeunes analphabètes qui n'auront de fait pas les outils en main pour être autonomes au sein de la société française »<sup>91</sup>. Autant d'éléments contribuant, d'une certaine façon, à assigner ces populations à vivre dans la précarité, en limitant leurs perspectives d'intégration et leur accès à la citoyenneté<sup>92</sup>.

---

90 République française. La Défenseure des enfants. Rapport d'activité 2010, novembre 2010 : p. 97.

91 Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. *op. cit.* voir note 85 : p. 19.

92 Pour Jean-Pierre Liégeois, sociologue et expert auprès du Conseil de l'Europe : « Les Roms sont peu scolarisés, et scolarisés dans de mauvaises conditions ; or l'accès à la citoyenneté passe par l'éducation ; et l'accès à l'éducation passe par la citoyenneté ; pour les Roms, le cercle n'est pas fermé, et le développement d'actions doit participer à une amélioration de cette situation » in : L'éducation des enfants roms en Europe. Le contexte de mise en œuvre de la Recommandation CM/Rec(2009)4 du Comité des Ministres aux États membres sur l'éducation des Roms et des Gens du voyage en Europe. Rapport pour le Conseil de l'Europe, 2009 : 86 p.

- **Pour la plupart des Roms, l'accès aux prestations sociales serait rendu impossible du fait de leur situation irrégulière**

Les conditions de séjour en Île-de-France (et plus généralement en France) des populations roms migrantes rendent impossible, pour la plupart d'entre elles, l'accès aux aides dont peuvent bénéficier des populations, en situation régulière, ayant les mêmes caractéristiques sociales : prestations familiales, minima sociaux, aides au logement, dispositifs d'insertion professionnelle, accès à des formations qualifiantes, etc. De fait, ces dispositifs leur sont fermés.

Par exemple, pour ce qui est des prestations de la Caisse d'allocations familiales (CAF)<sup>93</sup>, leur accès qui était acquis pour tous les ressortissants européens a été restreint, un an après l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, aux seuls ressortissants en situation *régulière* de séjour. Cette restriction a été mise en place, en décembre 2007, par la loi de financement de la sécurité sociale<sup>94</sup>, puis réaffirmée en juin 2008, par une circulaire de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)<sup>95</sup>. Des familles qui bénéficiaient des prestations de la CAF jusqu'à fin 2007 ont ainsi vu leurs droits subitement interrompus.

À la suite d'un recours associatif, une circulaire ministérielle a permis, en juin 2009<sup>96</sup>, que les droits des familles qui bénéficiaient déjà des prestations familiales et qui avaient vu celles-ci interrompues soient ré-ouverts. Dans la continuité, une circulaire de la CNAF, annulant et remplaçant celle de 2008<sup>97</sup>, datant d'octobre 2009, souligne : « Si un droit aux prestations familiales a été ouvert antérieurement à la parution de la circulaire ministérielle du 3 juin 2009, ce droit ne peut être remis en cause sur le fondement de l'absence de droit au séjour » (p. 21).

Néanmoins, malgré ces nouveaux textes, des familles attendent toujours la réouverture de leurs droits aux allocations familiales et, comme le souligne le rapport Romeurope 2009-2010 (p. 124), « en dépit de consignes explicites de leur hiérarchie, les CAF préfèrent risquer un recours en justice et une condamnation par la Halde [Haute autorité de lutte contre les discriminations] que de revenir sur un refus de droit à l'encontre des familles roms. C'est le cas dans le Val-d'Oise où l'explication des nouvelles circulaires par les associations n'a pas permis le réexamen des dossiers ou dans les Yvelines, où des négociations interminables avec la direction de la CAF n'aboutissent toujours pas ».

Une délibération de la Halde, datant de mars 2010<sup>98</sup>, souligne également les difficultés rencontrées par les familles roms de Roumanie pour faire valoir leurs droits aux allocations familiales et demande « à la CNAF d'inviter les directeurs des CAF à, d'une part, rappeler à l'ensemble de leurs agents les règles applicables en termes de droit au maintien des prestations familiales accordées aux ressortissants communautaires et, d'autre part, à procéder à un nouvel

---

93 Nous nous basons sur le rapport 2009-2010 du Collectif national droits de l'homme Romeurope. *op. cit.* voir note 63 : pp.121-124.

94 Loi n°2007-1786 du 19.12.2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article L512-2).

95 Circulaire CNAF n°2008-024 du 18 juin 2008 relative au droit au séjour des ressortissants communautaires.

96 Circulaire n° DSS/2B/2009/146 du 3 juin 2009.

97 Circulaire CNAF n°2009-022 du 21 octobre 2009. [http://www.droits-sociaux.fr/IMG/pdf/c\\_2009\\_022.pdf](http://www.droits-sociaux.fr/IMG/pdf/c_2009_022.pdf) [consulté le 15 décembre 2011].

98 Délibération n°2010-74 du 1er mars 2010.

examen des dossiers des ressortissants communautaires dont les prestations ont été suspendues sur le fondement de sa circulaire litigieuse de 2008. Le Collège [de la Halde] a enfin recommandé à la CNAF de publier sa circulaire n°2009-022 sur son site Internet ».

Les familles roms se trouvent confrontées à une double difficulté : d'être exclues de certains droits, du fait de l'irrégularité de leur séjour en France ; de faire reconnaître certains droits auxquels elles peuvent prétendre malgré l'irrégularité de leur séjour. Sans compter que, du fait de la complexité des textes (succession de circulaires annulant et remplaçant les précédentes), il est fort probable que la plupart des familles méconnaissent leurs véritables droits et ne puissent donc les faire valoir.

- **L'accès à une protection maladie : un parcours difficile retardant l'accès aux soins**

*De la CMU à l'AME : une restriction des droits en 2007 pour les ressortissants communautaires inactifs*

En ce qui concerne l'accès à une protection maladie, si jusqu'en 2007, tous les ressortissants communautaires pouvaient être affiliés à la Couverture médicale universelle (CMU), un changement a été opéré au moment de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne<sup>99</sup>. Depuis lors<sup>100</sup>, le fait de disposer d'une assurance maladie constitue l'une des conditions pour que les ressortissants européens inactifs puissent résider en France (ainsi que le fait d'avoir des ressources suffisantes pour ne pas être une « charge pour le système d'assistance sociale », voir en page 19). Si les ressortissants européens ne remplissent pas ces conditions, ils se trouvent alors en situation *irrégulière* de séjour, ne peuvent donc bénéficier que de l'Aide médicale d'État (AME), dispositif destiné aux étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

*Des preuves de présence et de domiciliation difficiles à apporter pour ouvrir les droits*

Néanmoins, même si les populations roms en situation irrégulière peuvent être bénéficiaires de l'AME, les structures qui aident à l'ouverture des droits témoignent fréquemment de la difficulté à son obtention. Ainsi, il est souvent difficile de faire la preuve de la présence en France depuis plus de trois mois, en l'absence de logement ou d'hébergement « légal », d'emploi déclaré ou de recours à des services qui permettrait d'attester de la présence sur le territoire<sup>101</sup>.

---

99 Communication de Céline Gabarro, doctorante à l'Université Paris VII, URMIS (Unité de recherches « Migrations et société ») sur l'accès à l'Aide médicale d'État. Forum de Médecins du Monde. La Santé des Roms en France : une urgence sanitaire ? 25 février 2010.

100 Circulaire N°DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007.

101 Le formulaire de demande d'admission à l'AME précise que le demandeur doit présenter un des documents suivants : passeport indiquant la date d'entrée en France (les Roumains et Bulgares sont des ressortissants communautaires et n'ont donc pas de date d'entrée mentionnée sur le passeport), copie du contrat de location, facture d'électricité, de gaz, d'eau, avis d'imposition ou de non-imposition, facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois, etc.

De plus, pour les personnes sans domicile et ne pouvant déclarer une adresse<sup>102</sup>, une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre communal d'action sociale - CCAS - ou association agréée) datant de plus de trois mois, peut être présentée. Mais là-également, les familles se heurtent à certaines difficultés. En ce qui concerne les CCAS, la condition selon laquelle il est nécessaire de faire la preuve d'une « attache réelle » (en termes de logement, de scolarisation, d'emploi, etc.) avec la commune dans laquelle la demande de domiciliation est adressée, constitue une limite importante. Par exemple, lors d'une demande de scolarisation, il est précisément demandé une attestation de domiciliation, qui peut être, elle-même, conditionnée par la scolarisation des enfants dans la commune, entraînant des situations absurdes. Certains CCAS rejettent les demandes de domiciliation venant de personnes en situation irrégulière, excluant, de fait, les bénéficiaires (réels ou potentiels) de l'AME<sup>103</sup>. Une étude réalisée en 2009 par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) de la région Île-de-France sur la domiciliation administrative des personnes sans domicile fixe en Île-de-France<sup>104</sup> a montré que bien que les CCAS étaient deux fois plus nombreux que les associations agréées pour la domiciliation, ils n'assuraient que 17% des domiciliations franciliennes. Pour la Seine-Saint-Denis par exemple, les CCAS ont réalisé 18% des 10 088 domiciliations du département et les associations 82%. Toujours dans ce département, l'enquête montre que l'association Médecins du Monde réalise à elle seule 30% des domiciliations de tout le département.

Enfin, certaines antennes de l'Assurance maladie demandent aux ressortissants européens de prouver l'absence de droits ouverts dans leur pays d'origine. Là-également, les personnes se heurtent à une nouvelle difficulté qui est d'avoir à « prouver l'inexistant »<sup>105</sup>.

Si ces démarches pour l'obtention de l'AME peuvent durer relativement longtemps, retardant d'autant l'accès aux soins, il convient également de garder à l'esprit trois aspects :

- ces démarches sont fréquemment remises en question lorsqu'une évacuation de campement contraint à un changement de commune, voire de département, nécessitant alors de ré-initier l'ensemble du processus ;
- les bénéficiaires de l'AME sont, par définition, des personnes étrangères et une partie d'entre elles ne maîtrisent ni la langue française, ni le fonctionnement des administrations françaises et peuvent même ignorer les organismes vers lesquels elles doivent se tourner ;
- enfin, pour tous, ces démarches doivent être renouvelées chaque année.

---

102 Le rapport 2009 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde souligne que la circulaire du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable « mentionne explicitement que seules les personnes qui n'ont pas d'adresse à déclarer pour recevoir leur courrier sont concernées par la nécessité d'obtenir une domiciliation administrative ». Néanmoins, « de nombreuses CPAM continuent de demander un justificatif de domicile aux personnes qui sont pourtant en mesure de déclarer une adresse ». Paris : Mission France de Médecins du Monde, octobre 2010 : pp. 94.

103 *Ibid.* : pp. 95-96.

104 Guillouet J.-J., Pauquet P., Fazio C. et al. La domiciliation administrative des personnes sans domicile fixe en Île-de-France en 2009. Rapport de l'IAU Île-de-France, janvier 2010 : 100 p.

105 Dupeyras A.-S., Dandres A.-M., Lucas D. Santé et prestations sociales. Communication orale lors du colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre de solutions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010.

Dans le rapport 2009 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, les principaux obstacles à l'accès aux droits cités par les patients sont : la méconnaissance des droits (26%), la barrière linguistique (26%), les difficultés administratives (24%), l'absence de preuves de présence en France depuis trois mois (15%).

Le rapport d'activité et d'observation 2009 du Comede (Comité médical pour les exilés) montre aussi que chez les patients reçus au Comede en 2009, près d'un tiers des obstacles à l'accès aux soins relèvent d'une difficulté liée à l'accessibilité aux droits (problèmes de langue, besoin d'aide pour compléter les dossiers de CMU/AME, obstacle à la domiciliation, défaut de preuve de résidence et/ou de ressources, etc.) et un quart des obstacles relèvent d'erreurs du centre de sécurité sociale liées à des questions juridiques (pour l'AME, irrégularité de séjour « à justifier » par exemple, refus d'instruction prioritaire, exigence de RIB pour la CMUC, etc.)<sup>106</sup>. Un rapport de 2007 comparant cinq pays européens a pu montrer que la France (comme la Belgique) était un pays dans lequel la quasi-totalité des personnes en situation irrégulière a des droits théoriques à une couverture santé (90% des personnes interrogées dans l'enquête) mais où, en pratique, seule une infime minorité en bénéficie (7% des personnes interrogées dans l'enquête)<sup>107</sup>.

#### *Une succession de freins supplémentaires à l'AME durant l'année 2011*

Alors même que l'AME est un dispositif qui s'adresse exclusivement à des populations en situation très précaire (irrégularité du séjour, ressources faibles et inférieures à un plafond fixé<sup>108</sup>), cette aide est conditionnée, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011, au paiement d'un droit. En effet, il a été instauré<sup>109</sup> « le paiement d'un droit annuel d'un montant de 30 euros par tout bénéficiaire majeur de l'Aide médicale de l'État (AME). Le bénéfice des prestations de l'AME est donc conditionné à l'acquittement de ce droit, sous forme de la remise d'un timbre fiscal [...] par bénéficiaire majeur ». Notons que le paiement de ce « droit d'entrée » n'a pas été instauré pour la CMU, alors que le plafond de ressources est comparable pour les deux dispositifs.

Un rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État, publié en novembre 2010<sup>110</sup> (soit quelques mois avant cette circulaire), indique que « la mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée à l'AME ». Ce rapport note aussi qu'« une étude d'impact mériterait

---

106 Toujours selon ce rapport un autre quart des obstacles à l'accès aux soins est constitué d'erreurs de procédures des caisses de sécurité sociale (dossiers perdus, accord non notifié, etc.) et un cinquième à des obstacles du dispositif de soins lui-même.

107 En comparaison, les proportions étaient respectivement de 99% et 55% en Italie et de 70% et 38% en Espagne. Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Juin 2007 : pp. 28-36.

108 Le montant du plafond annuel de ressources (fixé au 1er juillet 2010) est, pour l'AME comme pour la CMU, de 7 611 euros pour 1 personne dans le foyer, 11 417 euros pour 2 personnes, 13 700 euros pour 3 personnes, 15 984 pour 4 personnes. Au-delà, ce montant est majoré de 3 045 euros par personne supplémentaire.

109 Loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 publiée au Journal Officiel du 30 décembre 2010 et Circulaire N°DSS/2A/2011/64 du 16 février 2011.

110 Cordier A., Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État. Paris : Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010 : 161 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/> [consulté le 15 décembre 2011].

d'être conduite avant toute décision, sauf à conduire à de lourds effets pervers » (pp. 16-17). Parmi eux, la mission souligne trois effets possibles de cette mesure (pp. 17-19) :

- « le premier effet pourrait être celui de l'accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée, du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital, ou bien par des créances non recouvrées des hôpitaux » ;
- « le deuxième effet pourrait être celui de risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée [...] La mission souligne que pour la population concernée, un droit de timbre serait rapidement financièrement très lourd (on rappelle ici que le seuil de pauvreté est établi par l'INSEE à 949 € par mois en 2008, soit à un niveau près de 25% supérieur au seuil d'ouverture des droits à l'AME) [...] » ;
- « l'effet de responsabilisation sur la consommation de soins risque en outre d'être faible sur une population peu insérée socialement ».

De plus, la nouvelle loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité de juin 2011<sup>111</sup> a réduit le nombre d'organismes dans lesquels la demande d'AME peut être déposée (article 97). Désormais, le *dépôt* de la demande d'AME ne peut se faire que dans la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu de résidence du demandeur, alors qu'auparavant, la demande pouvait également être déposée soit dans un Centre communal d'action sociale, soit auprès des services sociaux ou sanitaires du département soit encore, dans une association agréée. *L'instruction* de la demande est réalisée par la CPAM, comme c'était déjà le cas auparavant. On peut craindre que ces nouvelles procédures freineront davantage l'accès à l'AME, et donc aux soins. Un article du Quotidien du Médecin<sup>112</sup> souligne, en effet, que les associations notent que certaines « caisses tatillonnes » ont tendance, pour la constitution des dossiers d'AME, à exiger des documents qui ne sont pas nécessaires (un relevé d'identité bancaire par exemple) ou à refuser de prendre en compte certains documents qui pourraient l'être (une ordonnance d'un médecin pour prouver la présence en France depuis au moins trois mois, par exemple). Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (direction de la sécurité sociale) a jugé nécessaire de publier une circulaire en septembre 2011<sup>113</sup> « relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État », notamment sur les « documents nécessaires à la constitution de la demande » rappelant, par exemple, que « la production d'un relevé d'identité bancaire (RIB) par le demandeur n'est donc pas nécessaire ».

Enfin, le décret du 17 octobre 2011 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'AME<sup>114</sup> précise que, outre le fait que certaines prestations de soins sont exclues de l'AME (assistance médicale à la procréation, cure thermale), la prise en charge de certains soins hospitaliers (ceux

---

111 Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.

112 Archimède L. Les nouvelles règles de l'AME. Une logique de restriction du panier de soins. Le Quotidien du Médecin, 21 octobre 2011.

113 Circulaire du 8 septembre 2011. [http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2011/09/cir\\_33805.pdf](http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf) [consulté le 15 décembre 2011].

114 Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'AME <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024682885&categorieLien=id> [consulté le 15 décembre 2011].

dont le coût dépasse 15 000 euros) est désormais soumise à un agrément préalable de la part des caisses d'assurance maladie. Cette condition n'est pas en vigueur si ces soins hospitaliers « doivent impérativement être réalisés dans un délai de quinze jours au plus à compter de la date de leur prescription ».

Pour les personnes étrangères en situation irrégulière, disposant de faibles ressources mais ne pouvant bénéficier de l'AME<sup>115</sup>, le « guide pratique » du Comede<sup>116</sup> souligne que l'hôpital dispose d'un fonds pour les « soins urgents et vitaux »<sup>117</sup>. Outre « les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître » mentionné dans l'article L254-1, une circulaire précise la notion de « soins urgents » et les conditions dans lesquelles les établissements de santé peuvent recourir à ce fonds<sup>118</sup> : « les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) [...] ; tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs [...] ; les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse [...] ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né [...] ; les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG ».

Ce fonds pour les « soins urgents et vitaux » ne permet néanmoins aucun suivi et renforce l'accès tardif - et donc généralement plus coûteux - aux soins.

- **Discrimination et racisme : le quotidien des populations roms**

L'analyse de la revue de la littérature ou de la presse, les entretiens conduits dans le cadre de ce travail ainsi que les communications lors de colloques montrent nettement que la stigmatisation des Roms (et plus généralement des Tsiganes) est si fréquente dans la population générale (voire dans certaines institutions ou certaines politiques publiques) et si fortement et historiquement ancrée qu'elle constitue l'élément central conduisant les Roms à une telle vulnérabilité sur le plan social.

Stigmatisés dans leur pays d'origine, les Roms qui se sont installés en France se trouvent également stigmatisés et victimes de discriminations, du fait, notamment, de leur origine. L'ethnologue Martin Olivera<sup>119</sup> indique qu'« à certains égards, et cela pourra surprendre tant ils sont généralement perçus comme marginalisés dans leur pays, les Roms de Roumanie paraissent

---

115 résidant depuis moins de trois mois en France, ne pouvant prouver leur résidence depuis plus de trois mois, ne pouvant attester de leur domiciliation, etc.

116 Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels. Edition 2008 : 568 p. <http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008> [consulté le 15 décembre 2011].

117 Article L254-1 du code de l'action sociale et des familles, chapitre IV : prise en charge des soins urgents.

118 Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040040.htm> [consulté le 15 décembre 2011].

119 Olivera M. 2009. *op. cit.* voir note 22 : pp. 187-188.

plus stigmatisés encore dans les États d'immigration que dans celui d'origine... ». Cette stigmatisation se traduit notamment par le fait de percevoir les Roms non comme des personnes mais comme de « simples exemplaires d'une catégorie problématique »<sup>120</sup> ou d'une « minorité dangereuse »<sup>121</sup>. Les Roms sont fréquemment perçus comme une population associée à une sorte d'idéologie du rejet de la norme. Et les préjugés racistes généralement attribués à cette « catégorie problématique » sont nombreux : vol, trafics, réseaux, mafia, criminalité, mendicité sous contrainte, maltraitance des enfants, refus d'intégration, saleté, vecteurs de maladies, etc.<sup>122</sup>. Comme le soulignait l'un des invités d'une émission de radio consacrée à la santé des Roms<sup>123</sup>, la saleté sur les terrains (amoncellement d'ordures, présence de rats, boue, etc.) contribue à renforcer la stigmatisation des Roms et la perception d'une population sale et indésirable.

Dans l'Eurobaromètre 2008<sup>124</sup>, à la question de savoir comment les individus ressentiraient le fait que leur voisin soit un Rrom, sur une échelle de 1 à 10 où 1 signifie « être très mal à l'aise » et 10 « être tout à fait à l'aise », la note moyenne pour l'Union européenne est de 6,0 sur 10 (6,9 en France) alors qu'à la même question, pour un voisin « d'une origine ethnique différente », la note moyenne s'élève alors à 8,1.

Le fait le plus notable concernant les discours stigmatisants à l'encontre des populations roms est la liberté avec laquelle ils trouvent à s'exprimer, y compris dans les médias<sup>125</sup>, comme s'il n'existait pas de normes du « politiquement correct » pour ces populations ou comme si, pour les Roms, l'incorrect pouvait être normal<sup>126</sup>. Ainsi, ce qui serait perçu comme un propos raciste pour toute autre « communauté » est le plus souvent considéré comme simplement factuel pour

---

120 Olivera M. Diversités tsiganes in : Clicoss 93. Diversités tsiganes en Seine-Saint-Denis. Comprendre pour agir. Actes de la journée d'étude du jeudi 12 mars 2009 : p. 41.

121 Boltanski L. Nous ne débattons pas de la « question Rom ». Communication orale lors de la rencontre « Les Roms et qui d'autres ? ». Montreuil. Septembre 2011. Communication publiée sur Médiapart <http://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/130910/nous-ne-debattons-pas-de-la-question-rom> [consulté le 15 décembre 2011].

122 À titre d'exemple, les mots clés cités dans un article intitulé « Mobilisation contre la délinquance rom » résumant la situation « Mots clés : Délinquance, Groupes Mafieux, Cambrioleurs, FRANCE, Roumanie, ROM ». Le Figaro. 11 juin 2010. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2010/06/10/01016-20100610ARTFIG00808-mobilisation-contre-la-delinquance-rom.php> [consulté le 15 décembre 2011].

123 Radio France Internationale (RFI). Priorité Santé. La santé des Roms et des Gens du voyage. Émission en deux parties du 08 octobre 2010. <http://www.rfi.fr/emission/20101008-1-sante-roms-gens-voyage> et <http://www.rfi.fr/emission/20101008-2-sante-roms-gens-voyage> [consulté le 15 décembre 2011].

124 Commission européenne. TNS opinion & social. Eurobaromètre spécial 296. La discrimination dans l'Union européenne : Perceptions, expériences et attitudes. juillet 2008 : pp. 45-47.

125 Par exemple, un article intitulé « Pourquoi Sarkozy a raison » de l'éditorialiste en chef du quotidien anglais The Independent, indique, au sujet des Roms vivant en France : « Or, le fait est que ces gens sont devenus des parasites pour une civilisation qu'ils n'ont pas contribué à construire, ni matériellement, ni culturellement, et qu'ils ne pourraient pas reproduire eux-mêmes. Telle est la vérité crue, et politiquement incorrecte ». Septembre 2010. <http://www.presseurop.eu/fr/content/article/332391-pourquoi-sarkozy-raison> [consulté le 15 décembre 2011]. Voir aussi l'article mentionné dans la note 122.

126 Ainsi, lors de la publication d'articles de presse relatifs aux populations roms durant l'été 2010, et des commentaires parfois très violents laissés, sur Internet, par des lecteurs, il nous a été plusieurs fois possible de voir la mention suivante : « En raison de débordements sur ce sujet, cet article est fermé aux commentaires. Merci de votre compréhension ».

les Roms. Comme l'a souligné A. Gil-Robles, commissaire, jusqu'en 2006, aux droits de l'homme au Conseil de l'Europe : « Les sentiments anti-roms sont si profondément enracinés dans certaines sociétés que la discrimination à leur égard dans des domaines comme l'emploi, l'éducation, le logement ou l'accès aux lieux publics, semble être généralement tolérée et ne pas être considérée comme illégale »<sup>127</sup>.

Ce contexte de stigmatisation et l'oppression subie par les Roms dans l'histoire<sup>128</sup> peuvent (et ont pu) contribuer à favoriser de la part des populations roms (et plus généralement des Tsiganes) un sentiment de méfiance vis-à-vis des « Gadjé », c'est-à-dire des « non-Roms », et plus généralement vis-à-vis des institutions. Il semble important de garder à l'esprit ce contexte pour mieux comprendre certains comportements d'évitement des populations roms face à l'accès aux soins par exemple.

---

127 Gil-Robles A. Rapport final sur la situation en matière de droits de l'homme des Roms, Sintis et Gens du voyage en Europe. Rapport à l'attention du Comité des Ministres et de l'Assemblée parlementaire. Bureau du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, février 2006 : p. 8.

128 Notamment, l'esclavage des Roms en Roumanie durant deux siècles (abolition en 1864) ou plus récemment le génocide des Tsiganes durant la seconde guerre mondiale (Samudaripen) ou encore l'internement des Tsiganes en France entre 1940 et 1946.

## 2. Caractéristiques de l'état de santé des « Rroms migrants » vivant en Île-de-France



## 2.1 Points de repères généraux

- **Principales caractéristiques de la santé des Roms dans les pays d'origine**

### *Un déficit de données limitant la mise en place et l'évaluation des politiques*

La plupart des pays d'Europe centrale et orientale reconnaissent l'existence de minorités nationales (ou minorités ethniques) et certains collectent, à travers les recensements, des données par minorité. Les Roms constituant la minorité la plus importante en nombre dans cette région de l'Europe, estimés entre quatre et huit millions de personnes<sup>129</sup>, quelques données sont disponibles, qui permettent des comparaisons avec la « population majoritaire » des pays d'origine. Il faut néanmoins préciser que dans les opérations de recensement, une partie des Roms refusent de se déclarer comme Roms de peur que les données ne soient utilisées contre eux (comme cela a déjà pu être le cas) ou qu'elles viennent renforcer les préjugés et les stéréotypes de la population majoritaire<sup>130</sup>. En conséquence, ces données sous-estiment le nombre de Roms et sont quelque peu biaisées dans les comparaisons d'indicateurs entre Roms et non-Roms.

Des enquêtes épidémiologiques ponctuelles et ciblées sont conduites, soit spécifiquement auprès des populations roms<sup>131</sup>, soit auprès de l'ensemble de la population, en intégrant une variable « ethnique » qui permet de distinguer les Roms de la population majoritaire (voir les références des études citées en note de bas de page dans cette partie).

Mais force est de constater qu'il existe un déficit important de données (et, quand elles existent, de données récentes) permettant de connaître finement, de façon fiable, et avec des séries temporelles, les caractéristiques des populations roms et de leur état de santé. L'Open society institute (Roma Initiatives) a publié en 2010 un rapport intitulé « No Data - No Progress » [pas

---

129 Estimation basse et haute, mise à jour en septembre 2010 par le Conseil de l'Europe. <http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/Source/documents/stats.xls> [consulté le 15 décembre 2011]. La proportion de Roms dans la population totale avoisine 7 à 10% dans six pays qui concentrent 2 à 4 millions de Roms : Bulgarie (10%), Macédoine (10%), Slovaquie (9%), Roumanie (8%), Serbie (8%), Hongrie (7%). Dans l'ensemble de l'Europe, il y aurait environ 11 millions de Roms dont environ 6 millions dans l'UE.

130 La collecte des données à caractère ethnique est sujette à controverse dans les organisations représentant les Roms : « d'une part, une bonne partie des représentants et des populations roms/tsiganes s'opposent à toute forme de collecte de données sur base ethnique en arguant du fait que ces données ont toujours, par le passé été utilisées de façon à leur nuire [...]. La position d'autres leaders roms, ainsi que d'organisations travaillant sur ces questions, est que des données quantitatives et qualitatives sont nécessaires si l'on veut pouvoir : 1) développer et mettre en œuvre des politiques visant à améliorer la situation des Roms/Tsiganes dans des domaines tels que l'emploi, l'éducation, le logement, etc. 2) évaluer les politiques et projets mis en œuvre et 3) lutter contre les discriminations et, en particulier, apporter la preuve de la discrimination devant les instances juridictionnelles ». Conseil de l'Europe. Les Roms et les statistiques. Strasbourg, 22-23 mai 2000 : 20 p.

131 On pourra notamment citer une enquête conduite entre 2006 et 2009 dans sept pays (Bulgarie, République Tchèque, Grèce, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Espagne) auprès de 7 604 personnes roms. Fundacion Secretariado Gitano Health Area (coord). Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. 2009 : 180 p.

de données - pas de progrès] <sup>132</sup>. Ce travail met précisément l'accent sur le fait que l'absence de données sur les Roms constitue l'obstacle le plus important pour évaluer, de manière approfondie, la façon dont les douze pays signataires de la Décennie de l'inclusion des Roms (2005-2015) <sup>133</sup> tiennent leurs engagements à mi-parcours et cela malgré le consensus existant parmi eux sur le besoin crucial qu'il y a de produire des données non agrégées par minorité afin d'évaluer et de guider les politiques publiques.

De plus, M. Olivera souligne <sup>134</sup>, à propos de certains de ces travaux, des biais dans la constitution des échantillons. Le recueil des données se fait généralement dans des lieux désignés comme des quartiers où vivent les Roms (c'est-à-dire dans des quartiers généralement marginalisés), et non dans des quartiers « mixtes », ce qui contribue à sur-représenter les Roms précarisés.

*Un état de santé nettement dégradé par rapport à la « population majoritaire »*

Malgré la faiblesse des données, leurs limites et leur ancienneté, les indicateurs épidémiologiques disponibles relatifs aux populations roms témoignent d'un état de santé nettement dégradé par rapport à la population majoritaire des pays d'origine. La mise en perspective de travaux issus de différents pays et régions permet d'identifier certaines caractéristiques sanitaires communes :

- **espérance de vie** plus faible : plus de dix ans inférieure <sup>135,136</sup> allant jusqu'à 17 ans de moins en Slovaquie chez les femmes roms en comparaison des femmes de la population majoritaire (13 ans de moins chez les hommes) <sup>137</sup> ;
- taux de **mortalité infantile** plus élevé : deux à quatre fois supérieur <sup>135,138,139,140</sup> voire six fois en Bulgarie <sup>137</sup>. Dans une étude conduite en Roumanie par exemple, le taux de mortalité infantile était de 72,8 pour 1 000 naissances vivantes parmi les populations roms contre 27,1 dans la population majoritaire (et 19,8 dans la minorité hongroise de Roumanie) <sup>141</sup> ;

---

132 Open Society Institute. No Data-No Progress. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion 2005–2015, June 2010 : 56 p. et No Data-No Progress. Country Findings, August 2010 : 132 p. [http://www.soros.org/initiatives/roma/articles\\_publications/publications/no-data-no-progress-20100628](http://www.soros.org/initiatives/roma/articles_publications/publications/no-data-no-progress-20100628) [consulté le 15 décembre 2011].

133 Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Espagne, Hongrie, Macédoine, Monténégro, République tchèque, Roumanie, Serbie, Slovaquie. <http://www.romadecade.org/>

134 Olivera M. La fabrique experte de la « question rom » : multiculturalisme et néolibéralisme imbriqués. Lignes, 2011 ; 34 « L'exemple des Roms. Les Roms, pour l'exemple » : pp. 104-118.

135 Mc Kee M. The Health of gypsies. British Medical Journal, 1997 ; 315 (7117) : pp. 1172-1173.

136 Open Society Institute. Left Out: Roma and Access to Health Care in Eastern and South Eastern Europe. Public Health Fact Sheet, 2007.

137 Packer C. The Health Status of Roma: Priorities for Improvements. Human Rights Tribune, 2005 ; 11 (1) : pp. 27-31.

138 Hajioff S., McKee M. The health of the Roma people : a review of the published literature. Journal of Epidemiology & Community Health, 2000 ; 54 : pp. 864-869.

139 Sepkowitz A. K. Health of the world's Roma population. The Lancet, 2006 ; 367 : pp. 1707-1708.

140 Koupilová I., Epstein H., Holcík J., Hajioff S., McKee M. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. Social Science & Medicine, 2001 ; 53(9) : pp. 1191-1204.

141 United Nations Development Programme. Roma in Central and Eastern Europe, 2002 : 126 p.

- fréquence plus élevée de **naissances de petit poids** (inférieur à 2 500 grammes)<sup>138</sup> et de **naissances prématurées** (inférieures à 37 semaines d'aménorrhée)<sup>140</sup>, tous deux facteurs de morbidité et mortalité périnatales et infantiles : par exemple, dans une province de Slovaquie, comme dans une province de République tchèque, les naissances de petit poids étaient quatre fois plus fréquentes lorsque la mère était Rrom que lorsque elle était non Rrom (respectivement 13 vs 3 et 24 vs 6 pour 100 naissances vivantes)<sup>138,140</sup>. Dans une province de République Tchèque, l'incidence de la prématurité était de 13,4 pour 100 naissances vivantes parmi les Rroms vs 5 parmi les non Rroms<sup>140</sup> ;
- faible **taux de couverture vaccinale chez les enfants**<sup>137</sup> : en Roumanie, par exemple, 46% des mineurs rroms inclus dans l'échantillon d'une enquête n'avaient pas reçu tous les vaccins exigés par le Programme national d'immunisation<sup>142</sup>, malgré leur gratuité, et la moitié d'entre eux n'avaient reçu aucun vaccin<sup>143</sup>. Cette faible couverture vaccinale aboutit à une fréquence plus élevée d'enfants rroms touchés notamment par la poliomyélite et la diphtérie<sup>137</sup> ;
- **santé bucco-dentaire** dégradée : dans une étude conduite en Bulgarie auprès de femmes rroms, 81% d'entre elles ont déclaré avoir des dents cariées et 65% avoir des dents manquantes<sup>144</sup> ;
- fréquence plus élevée de **maladies infectieuses** (notamment tuberculose - dont l'incidence est très élevée en Europe centrale et orientale<sup>145</sup> -, VIH/sida, hépatites<sup>135,138</sup>) : par exemple, dans un centre de dépistage de Sofia (Bulgarie), la séroprévalence du VIH parmi des usagers de drogues injecteurs était de 6% parmi les personnes rroms contre moins de 1% parmi les usagers de drogues de la population majoritaire<sup>146</sup>. Un autre exemple concernant la tuberculose en Serbie, avec une prévalence 2,5 fois supérieure parmi les Rroms, en comparaison de la moyenne nationale<sup>136</sup> ; des tendances comparables sont observées en Roumanie<sup>147</sup> ;
- fréquence plus élevée de **maladies chroniques** (notamment diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, hypertension<sup>135,138,148</sup>).

---

142 Le vaccin Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR) est recommandé mais non exigé.

143 Wamsiedel M., Jitariu C. Analysis of the situation in Romania. In : Fundacion Secretariado Gitano Health Area (coord). Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. 2009 : pp. 149-154.

144 Krumova T., Ilieva M. The health status of romani women in Bulgaria. Amalipe, 2008 : 56 p.

145 En 2008-2009 par exemple, l'incidence de la tuberculose en Roumanie était de 125 pour 100 000 habitants (donnée OMS) contre 9 pour 100 000 en France (données InVS).

146 Open Society Institute. Understanding Risk: Roma and HIV Prevention. Public Health Fact Sheet, 2007.

147 Schaaf M. Confronting a Hidden Disease. TB in Roma Communities. A Research Report from the World Lung Foundation prepared for the Roma Health Project. Open Society Institute, 2007 : 43 p.

148 Masseria C., Mladovsky P., Hernandez-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania European Journal of Public Health, 2010 ; 20 (5) : pp. 549-554.

Conséquence de cela, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus parmi la population rom est particulièrement faible : moins de 3% dans les différents pays d'Europe alors que la population totale en compte 17% (UE-27)<sup>131</sup>.

- **Principaux déterminants sociaux de la santé des populations roms dans les pays d'origine**

L'état de santé différentiel entre la population rom et la population majoritaire, observé dans tous les pays pour lesquels les données sont disponibles, et allant quasiment toujours dans le sens d'un état de santé dégradé des populations roms, peut s'expliquer par trois principaux facteurs : les caractéristiques sociales, la fréquence des comportements à risque, l'accès différencié aux droits et aux soins.

*Des caractéristiques sociales et des conditions de vie défavorables*

Bien que la population rom ne constitue pas un ensemble homogène, y compris à l'intérieur d'un même pays, elle se caractérise globalement par une situation socio-économique très défavorable. Faible niveau d'éducation formelle, précarité, emplois faiblement qualifiés, chômage, logements fréquemment insalubres (absence d'électricité, d'eau potable, de sanitaires, etc.)<sup>149</sup> se situant dans des lieux pollués<sup>149,150</sup> et/ou exposés à la présence d'animaux, d'insectes<sup>151</sup>, etc. Or, il existe un gradient social entre l'état de santé des individus, leur situation économique et leur position/conditions sociale(s)<sup>152</sup> et les Roms se trouvent donc en moins bonne santé du fait, notamment, de leurs caractéristiques sociales.

*Des comportements à risque plus fréquents*

Les travaux disponibles montrent que parmi les Roms, les comportements ou habitudes qui présentent des risques sanitaires sont plus fréquents que dans la population majoritaire des pays d'origine. Ces comportements ou habitudes peuvent s'expliquer, en grande partie, par les caractéristiques sociales des Roms. En effet, certains comportements à risque (comme le tabagisme par exemple) sont plus fréquents parmi les populations défavorisées. Mais certains travaux<sup>153,154</sup> montrent que, même si le statut socio-économique pèse lourdement pour expliquer

---

149 European Roma Rights Centre. Standards Do Not Apply: Inadequate Housing in Romani Communities, december 2010 : 78 p. <http://www.errc.org/cms/upload/file/standards-do-not-apply-01-december-2010.pdf> [consulté le 15 décembre 2011]

150 par exemple, au Kosovo, installation en 1999 de camps de réfugiés Roms dans une zone fortement contaminée à proximité d'anciennes mines de plomb désaffectées. Human Rights Watch. Kosovo: Poisoned by Lead. A Health and Human Rights Crisis in Mitrovica's Roma Camps, 2009 : 68 p. <http://www.hrw.org/en/reports/2009/06/23/kosovo-poisoned-lead> [consulté le 15 décembre 2011].

151 Zeman C. L., Depken D. E., Senchina D. S. Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethnicity & Health*, 2003 ; 8 (3) : pp. 223-249.

152 Notamment Haut conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Collection Avis et rapports. La Documentation Française, décembre 2009 : 103 p.

153 Kolarcik P., Geckova A. M., Orosova O. et al. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia ? *Social Science & Medicine*, 2009 ; 68 : pp. 1279-1284.

ces écarts, un différentiel entre la santé de la population rom et celle de la population majoritaire persiste (mais pas toujours<sup>148</sup>) quand on tient compte de la situation sociale des individus. Pour autant les données apparaissent souvent très fragmentaires, parfois avec des biais de collecte tendant à sur-représenter les populations roms en situation précaire<sup>155</sup>, et il est difficile de caractériser finement les populations roms (et leur diversité) sur le plan social et de mieux comprendre la prévalence des comportements à risque.

Ce différentiel entre les populations roms et la population majoritaire peut être attribué à des différences de perception de la santé, de recours aux soins, d'expériences de discriminations et d'exclusion, d'habitudes culturelles, etc. De nombreuses publications ont aussi montré une association entre un faible niveau d'intégration sociale et une fréquence accrue des comportements de santé à risque (tabagisme, alcoolisme, etc.)<sup>156</sup>.

Prévalence élevée du **tabagisme** : dans une étude conduite en Slovaquie chez des personnes âgées de 19 à 35 ans, la proportion de fumeurs était deux fois supérieure (55% vs 25%) chez les Roms que dans la population majoritaire (notons que dans cette enquête, 54% des Roms n'avaient qu'un niveau d'éducation élémentaire contre seulement 3% de la population majoritaire)<sup>157</sup>. De plus, une autre étude européenne<sup>158</sup> montre que, parmi les Roms, la prévalence du tabagisme est élevée chez les femmes, bien que moindre que chez les hommes : en Bulgarie, la proportion de femmes roms fumeuses est de 36% (56% chez les hommes), en République Tchèque 54% (64% chez les hommes), en Slovaquie 45% (63% chez les hommes). Le tabagisme des femmes durant leur(s) grossesse(s) constitue une des hypothèses pour expliquer la prévalence plus élevée de maladies respiratoires et d'otites moyennes observées en République tchèque chez des enfants roms en comparaison d'enfants non-roms ayant des caractéristiques socio-économiques comparables<sup>159</sup>.

Consommation d'**alcool** plus fréquente : différentes enquêtes, conduites auprès d'adolescents ou d'adultes, semblent montrer une consommation élevée d'alcool parmi les populations roms, bien que les données comparables avec la population majoritaire soient souvent inexistantes<sup>140</sup>.

**Consommation alimentaire** peu favorable à la santé chez les adultes<sup>157,160</sup> et les enfants<sup>140</sup> : les habitudes alimentaires des populations roms décrites dans différents travaux présentent les caractéristiques de celles fréquemment rapportées par les populations en situation de

---

154 Skodova Z. van Dijk J. P. Nagyova I. et al. Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. *International Journal of Public Health*, 2010 ; 55 : pp. 373-380.

155 Olivera M. 2011. Voir à ce sujet note 134.

156 Parizot I., Chauvin P. Firdion J.-M., Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France. Synthèse Inserm, Ined, juin 2003 : 45 p. [http://www.u707.jussieu.fr/sirs/Region/synthese\\_SIRS\\_ZUS.pdf](http://www.u707.jussieu.fr/sirs/Region/synthese_SIRS_ZUS.pdf) [consulté le 15 décembre 2011]

157 Krajcovicova-Kudlackova M., Blazicek P., Spustova V. et al. Cardiovascular risk factors in young Gypsy population. *Bratislava Medical Journal*, 2004 ; 105 (7-8) : pp. 256-259. <http://www.bmj.sk/2004/10578-03.pdf> [consulté le 15 décembre 2011].

158 Fundacion Secretariado Gitano Health Area (coord). 2009. voir note 131.

159 Dostal M., Topinka J., Sram R. J. Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice. *International Journal of Public Health*, 2010 ; 55 : pp. 435-441.

160 Zajc M., Narancic N. S., Skarić-Jurić T. et al. Body mass index and nutritional status of the Bayash Roma from eastern Croatia. *Collegium Antropologicum*, 2006 ; 30 (4) : pp 783-787.

précarité<sup>161</sup>. Les habitudes reposent notamment sur une consommation élevée de produits à forte teneur en graisse animale et sur une faible consommation de légumes et fruits frais. Dans une enquête européenne<sup>131</sup>, seuls 43% des Roms de Bulgarie et 45% de ceux de Roumanie ont indiqué manger au moins trois fois par semaine des fruits frais (respectivement 60% et 55% des légumes) mais ils étaient 58% en Bulgarie et 51% en Roumanie à rapporter une consommation de sucreries au moins trois fois par semaine. Dans cette même enquête, une personne interrogée sur quatre dans ces deux pays avait un indice de masse corporelle indiquant un surpoids et une sur six une obésité (au total, 42-43% de surpoids ou obésité parmi les Roms de Bulgarie et Roumanie interrogés). Dans une autre étude conduite en Slovaquie chez des personnes âgées de 19 à 35 ans, la consommation quotidienne de légumes était trois fois moins souvent rapportée par les Roms que par la population majoritaire (7% vs 21%)<sup>162</sup>.

**Santé sexuelle et reproductive** présentant des risques : les études disponibles sur la santé des Roms qui intègrent des éléments sur la santé sexuelle et reproductive montrent une faible couverture contraceptive, une fréquence plus élevée de recours à des interruptions volontaires de grossesses et une fréquence plus élevée de grossesses chez des mineures<sup>138,140,151,163</sup>. En Bulgarie, par exemple, près de la moitié des grossesses intervenant chez des mères âgées de 13 à 16 ans ont été observées chez des jeunes femmes roms, alors que les Roms représentent bien moins que la moitié de la population<sup>138</sup>. Ces constats doivent être mis en perspective avec le niveau d'éducation en général, et la faible éducation à la santé en particulier, mais aussi avec le fait que les femmes roms évoluent dans un modèle familial patriarcal, marqué par de fortes inégalités de genre. Ces inégalités se caractérisent notamment, chez les femmes, par des mariages et des grossesses intervenant jeunes, souvent avant la majorité, des grossesses multiples, des violences familiales rapportées lorsque « les femmes ne se conforment pas aux rôles traditionnels qui leur sont attribués par leur partenaire ou leur communauté »<sup>164</sup>, des phénomènes de prostitution, une fréquence élevée de relations non exclusives chez les hommes et une faible protection face au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles<sup>165</sup>, etc. Ces éléments, et ce cumul de discriminations (en tant que Rrom, en tant que femme et en tant que femme rrom) constituent autant de facteurs de vulnérabilité des femmes et peuvent contribuer à expliquer le différentiel plus élevé d'espérance de vie entre les femmes roms et les femmes de la population majoritaire qu'entre les hommes (déficit de 17 ans chez les femmes roms vs 13 ans chez les hommes roms de Slovaquie). Ce différentiel pourrait aussi s'expliquer

---

161 Darmon N., Drewnowski A. Does social class predict diet quality ? *American Journal of Clinical Nutrition*, 2008 ; 87 (5) : pp. 1107-1117.

162 Valachovicova M., Krajcovicova-Kudlackova M., Ginter E. et al. Antioxidant vitamins levels – nutrition and smoking. *Bratislava Medical Journal*, 2003 ; 104 (12) : pp. 411-414. <http://www.bmj.sk/2003/10412-07.pdf> [consulté le 15 décembre 2011].

163 European Commission. *Ethnic minority and Roma women in Europe: A case for gender equality ?* Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010 : 154 p.

164 Haut-commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes de l'Union européenne. *Vaincre les obstacles. Les femmes roms et l'accès à la santé publique*, 2003 : 136 p.

165 Amirkhanian Y. A. et al. Sexual practices and gender roles among Roma (Gypsies) in central and eastern Europe: implications for HIV prevention. The XIV International AIDS Conference, 2002 : Abstract TuPeE5188. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12&abstractId=1718> [consulté le 15 décembre 2011].

par la situation sociale des femmes roms, qui seraient plus dégradée, en comparaison de la population féminine majoritaire, que celle des hommes roms.

*Un accès différencié aux droits et aux soins et un moindre recours au système de santé*

La revue de la littérature sur le sujet fait apparaître quatre principaux points :

- une absence fréquente de **couverture sociale**, limitant l'accès aux soins ;
- un « **reste à charge** » en hausse, avec les réformes des systèmes de santé des pays d'Europe centrale et orientale, qui pénalise davantage les plus pauvres, au nombre desquels les populations roms sont sur-représentées ;
- un recours au système de santé qui intervient souvent tardivement, lorsqu'un problème de santé est identifié, avec un **faible recours à des mesures de prévention** (dépistage, bilan médical régulier, etc.) ;
- enfin, dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, les populations roms ne bénéficient pas d'un accès au système de santé équivalent à celui du reste de la population. En effet, de nombreux rapports font état de **discriminations majeures, rapportées par des Roms de différents pays d'Europe**<sup>166</sup> : exclusions de certains services de santé, accès à des soins de moindre qualité, voire à des soins inappropriés<sup>167</sup>, refus de soins et/ou de délivrance de traitements, propos insultants et traitements dégradants, mise à l'écart dans certains hôpitaux avec des salles d'attente, chambres, toilettes, services réservés aux Roms (généralement moins équipés et avec un personnel médical en moindre nombre), stérilisations forcées des femmes roms (actuellement encore signalées en Slovaquie, République tchèque et Hongrie<sup>168</sup>), etc. De plus, il peut aussi exister un déficit de services de santé de proximité dans les lieux de vie des populations roms qui sont fréquemment des zones de relégation<sup>166</sup>. Ces discriminations généralisées dans les pays d'origine conduisent les Roms à une « intériorisation de l'illégitimité »<sup>169</sup> en ce qui concerne les droits aux services de santé, y compris dans les pays d'accueil.

Autant d'éléments qui éloignent les populations roms des systèmes de santé et qui renforcent les facteurs contribuant à une santé plus dégradée. Les pays signataires de la Décennie de l'inclusion des Roms se sont engagés à « travailler pour éliminer la discrimination et combler

---

166 Notamment European Roma Rights Centre. Ambulance not on the way. The disgrace of Health Care for Roma in Europe, September 2006 : 90 p.

167 Concernant ces soins inappropriés, le Centre européen des droits des roms (European Roma Rights Centre, *ibid.*, p. 42) a recueilli de nombreux témoignages montrant des formes flagrantes de négligences et/ou de traitements médicaux inappropriés ayant entraîné la mort du patient ou des effets délétères sur sa santé, une attention inadéquate aux patients roms, incluant un évitement des contacts physiques durant les examens médicaux ou l'absence de médecins durant certaines procédures exigeant la présence d'un médecin, ou encore la prescription de médicaments inappropriés à la pathologie.

168 Vernet M. Coercitive Sterilization of Romani Women in Former Czechoslovakia. Human Rights Tribune, 2005 ; 11 (1) : pp. 32-34

169 Terme utilisé par la sociologue K. Lurbe y Puerto (IRIS/EHESS) et cité par Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. État des lieux des expériences ressources et préfiguration de projets pilotes. Rapport d'étude, mars 2009 : p. 75.

les écarts inacceptables entre les Roms et le reste de la société ». Différents pays ont déjà engagé des réformes<sup>170</sup> au niveau de l'accès au système de santé, notamment en développant le travail de médiateurs de santé pour les populations rroms<sup>171</sup>. Mais le nombre de ces médiateurs est encore insuffisant (par exemple, un peu plus de quatre cents en Roumanie pour environ un million et demi à deux millions de Roms) et leur travail n'est pas toujours reconnu par les autorités, ce qui limite l'efficacité de la médiation.

---

170 Rorke B. (dir.). *Beyond Rhetoric : Roma Integration Roadmap for 2020. Priorities for an EU Framework for National Roma Integration Strategies*. Open Society Roma Initiatives, june 2011 : 148 p. [http://www.romadecade.org/beyond\\_rhetoric](http://www.romadecade.org/beyond_rhetoric) [consulté le 15 décembre 2011].

171 Ces médiateurs sont souvent des femmes rroms qui ont été formées.

## 2.2 Des processus cumulés d'exclusion défavorables à la santé des populations roms vivant en Île-de-France

### • Santé et migration : processus sélectif et impact des migrations

Les constats qui peuvent être faits sur la santé des populations roms dans leur pays d'origine permettent d'éclairer certains aspects de la santé et des comportements ou habitudes des populations roms vivant en France. Les données épidémiologiques des pays d'origine permettent un certain éclairage du fait que les migrations sont relativement récentes (moins de dix-quinze ans) pour la plupart des Roms vivant en France. Les travaux menés sur la santé des migrants<sup>172</sup> permettent de préciser différents éléments :

- il existe une **sélection** dans les phénomènes migratoires et généralement les personnes qui migrent sont celles en meilleure santé. Ce phénomène, qui porte le nom de « healthy immigrant effect », a notamment été étudié dans les pays nord-américains. Il montre que les immigrés de première génération sont souvent en meilleure santé que les résidents nés aux États-Unis ou au Canada ayant les mêmes origines « ethniques » ou « raciales » ;
- il existe un **second effet de sélection** : généralement les personnes qui restent dans le pays d'accueil sont celles en meilleure santé (« salmon effect »). Les migrants dont la santé se dégrade, par exemple en raison de leur âge ou d'une maladie chronique qui s'aggrave, tendent à repartir dans leur pays d'origine ;
- les migrants récemment arrivés, et notamment ceux en situation de vulnérabilité sociale, et à fortiori en situation irrégulière, peuvent avoir un **accès au système de soins** limité, (voire inexistant durant les trois premiers mois), méconnaître les dispositifs auxquels ils peuvent recourir, être confrontés à l'obstacle de la langue et, de fait, se trouver éloignés du système de soins ;
- parallèlement, les personnes (migrantes ou non) en situation de vulnérabilité sociale peuvent ne pas mettre leur santé au rang de **priorité** dans une période qui peut davantage être guidée par d'autres priorités ;
- pour les migrants en situation de vulnérabilité sociale, les **conditions de vie** en France, parfois extrêmement précaires, et l'instabilité de celles-ci, notamment pour ceux en situation irrégulière de séjour, peuvent contribuer à dégrader leur état de santé.

Ainsi, même si on fait l'hypothèse que les deux phénomènes de sélection<sup>173</sup> s'appliquent aux populations roms vivant en France (les personnes qui auraient migré et qui resteraient sur le territoire seraient celles en meilleure santé), leurs conditions de vie, telles qu'elles sont décrites dans la partie précédente de ce rapport, laissent penser que les contraintes auxquelles sont

---

172 On pourra notamment se référer au dossier « La santé des migrants » de la revue La santé de l'homme, éditée par l'INPES, novembre-décembre 2007 ; 392 : pp. 14-41.

173 healthy immigrant effect et salmon effect.

soumises les populations dans leur quotidien ont des impacts préjudiciables sur leur état de santé.

Il n'existe, néanmoins, aucune donnée produite en routine en France intégrant la question de « l'appartenance ethnique » et qui permettrait de connaître avec précision l'état de santé des populations rroms vivant sur le territoire francilien<sup>174</sup>. Les seules données disponibles sur la santé des Rroms sont celles issues des rapports d'activité, plaidoyers, dossiers de presse d'associations ou de collectifs travaillant auprès de ces populations. Des travaux de recherches fournissent également quelques éléments de connaissance sur la santé des populations rroms. Mais quelle que soit la source, il convient de garder à l'esprit que les données disponibles en France sont partielles, qu'elles ne concernent que les populations rroms identifiées comme telles par les structures et que les indicateurs constituent des estimations. Les populations rroms qui ne sont pas en contact avec les associations ou collectifs et qui recourent au dispositif de droit commun (probablement davantage insérées sur le plan social) ne sont donc pas intégrées dans ces données. Leur nombre doit néanmoins être probablement assez faible (voir pp. 17-18), ce qui n'invaliderait donc pas les constats.

L'analyse de la revue de la littérature, de la presse, des rapports d'activité des associations et collectifs intervenant auprès des Rroms, ainsi que les entretiens conduits dans le cadre de ce travail (notamment auprès de professionnels de santé ou de personnes en contact avec les populations rroms dans les lieux de soins) ainsi que les communications lors de colloques permettent de pointer plusieurs problématiques sanitaires rencontrées par les populations rroms, rapportées de façon récurrente. Certaines de ces problématiques recourent également des éléments issus des données épidémiologiques des pays d'origine.

Nous verrons, dans la partie suivante, que ces problématiques sanitaires ne sont pas spécifiques des populations rroms vivant en Île-de-France mais, plus généralement, des populations migrantes en situation précaire, voire parfois, des populations en situation précaire, qu'elles soient migrantes ou non. Les Rroms présentent surtout les caractéristiques sanitaires de l'exclusion.

Dans cette partie, notre objectif est néanmoins de caractériser l'état de santé des populations rroms vivant en Île-de-France, à partir du recoupement des informations.

- **Accès limité aux droits et aux soins entraînant des trajectoires de soins « fragmentaires »**

*Un accès limité aux droits à la santé*

Tout d'abord, le premier aspect à souligner est l'absence fréquente de couverture médicale des populations rroms vivant en Île-de-France, liée principalement à la difficulté à l'ouverture de leurs droits (voir en page 40).

De plus, ces démarches pour l'obtention de l'AME peuvent durer relativement longtemps (plusieurs mois), retardant d'autant l'accès aux soins. Enfin, pour les personnes dont les droits à

---

174 Il s'agit ici d'un constat.

l'AME ou la CMU sont ouverts, il n'est pas exclu qu'elles ne soient pas confrontées à des refus de prises en charge en médecine de ville, comme c'est le cas de l'ensemble des bénéficiaires, quel que soit leur origine. En effet, différents travaux conduits dans l'ensemble de la population en France bénéficiant de la CMU ont pu montrer qu'une proportion non négligeable de médecins généralistes de ville refusait de prendre en charge les bénéficiaires de la CMU, et plus encore de l'AME. Dans une enquête conduite en 2006 dans dix villes de France par Médecins du Monde<sup>175</sup>, le taux de refus global pour l'AME était de 37% (34% en secteur 1 et 59% en secteur 2) et pour la CMU de 10% (respectivement 8% et 21%).

Une enquête sur les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU, conduite dans le Val de Marne en 2006<sup>176</sup>, à la demande du fonds CMU, indique des taux de refus imputable à la CMU de 14% pour l'ensemble des médecins, se décomposant ainsi : 5% chez les médecins généralistes (2% et 17% selon le secteur), 41% chez les spécialistes et 39% chez les dentistes. Une autre enquête, également sur les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU, conduite à Paris en 2009 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a montré un taux de refus imputable à la CMU de 19% (9% en secteur 1 et 33% en secteur 2)<sup>177</sup>. Peu d'éléments laissent penser que ces pratiques ont diminué, même si la Halde a émis différents avis sur ce sujet (à partir de 2006), que le Conseil de l'ordre des médecins a indiqué en 2009 que cette pratique était « contraire à la déontologie médicale et à la Loi » ou que la Conférence nationale de santé a publié en 2010 un rapport intitulé « Résoudre les refus de soins ».

#### *Un accès aux soins précaire pour la plupart des Rroms vivant en Île-de-France*

Compte tenu de cet accès limité aux droits, l'accès aux soins apparaît relativement précaire pour la plupart des Rroms, y compris pour ceux bénéficiant de l'AME ou, dans une moindre mesure, de la CMU.

En Île-de-France, cet accès aux soins semble se faire fréquemment via les services des urgences hospitalières et les Permanences d'accès aux soins de santé, PASS<sup>178</sup>.

Pour les populations rroms en Île-de-France, un autre accès fréquent aux soins se fait par l'association Médecins du Monde, soit lors des consultations dans le Centre d'accueil de soins et d'orientation (Caso) à La Plaine-Saint-Denis ou lors des interventions des équipes mobiles

---

175 Médecins du Monde. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France, 2006 : 42 p.

176 Desprès C., Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne. Rapport final, mai 2006 : 80 p.

177 Desprès C., Guillaume S., Couralet P. E. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Rapport de l'Irdes, 2009 : 99 p.

178 Notons que le fonctionnement des PASS est très hétérogène : certaines fonctionnent comme des dispensaires au sein des hôpitaux avec quelques médecins assurant des vacations, d'autres, au contraire, constituent un « simple » circuit administratif, permettant l'ouverture des droits et donnant accès à l'ensemble des consultations hospitalières.

(veilles sanitaires) de l'association, à travers leur Mission Roms, dans les lieux de vie des populations roms. Si l'association propose des consultations médicales, sa mission prioritaire est d'aider à l'ouverture des droits (y compris en proposant des domiciliations) puis d'orienter vers le système de santé de droit commun et les structures de santé présentes sur le territoire, afin de ne pas se substituer à celles-ci (notamment les centres hospitaliers, les centres de Protection maternelle et infantile, les centres de Planification ou d'éducation familiale, les centres d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, etc.). D'autres associations en Île-de-France intervenant auprès des populations roms (Comité d'aide médicale<sup>179</sup>, AŞAV, Rues et Cités, Secours catholique, etc.) ainsi que les collectifs de soutien mènent également ce travail d'orientation et d'accompagnement des populations vers les dispositifs de soins. Des actions, plus ou moins formalisées, de médiations socio-sanitaires en direction des populations roms sont conduites par certaines structures (comme la PASS de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis) en partenariat avec des associations (Médecins du Monde, le Comité d'aide médicale). Ces dispositifs, qui facilitent les « conditions de la rencontre entre les Roms et l'institution » favorisent l'accès aux soins des populations roms<sup>180</sup>.

#### *Un recours tardif aux soins*

L'aspect sur lequel les constats concordent le plus concernant la santé des populations roms est leur recours tardif aux soins. Dans son dernier rapport d'activité, l'association Médecins du Monde indique que lors des interventions conduites auprès des populations roms en 2009 (soit auprès de 2 268 personnes), le retard de recours aux soins était fréquent et 68% des maladies auraient dû être prises en charge plus tôt<sup>181</sup>.

Différents éléments peuvent expliquer ce recours tardif aux soins :

- l'accès aux soins retardé en raison de **l'absence d'ouverture de droits** : l'absence de droits retarde l'accès aux soins ; les individus différant leur recours jusqu'à ce que la situation soit jugée « grave »<sup>182</sup> ;
- la **logique de l'urgence** liée à la situation sociale des populations roms : le recours aux soins peut être différé en raison d'autres priorités nécessaires à la survie au quotidien (trouver des ressources, chercher de quoi manger, trouver un nouveau lieu de vie lors des évacuations des campements, etc.) ;
- les ruptures de soins liées aux **processus d'expulsion des campements et/ou d'éloignement** du territoire : le travail d'orientation des associations vers les professionnels de soins doit fréquemment être renouvelé du fait de l'absence de stabilité des lieux de vie des populations roms et des processus répétés d'expulsions qui peuvent les éloigner de la commune, voire du département dans lequel le travail

---

179 L'association a déposé le bilan en juillet 2011.

180 Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiations sanitaires auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. État des lieux des expériences ressources et préfiguration de projets pilotes. Rapport d'étude, 2009 : 93 p.

181 Observatoire de l'accès aux soins, 2010. *op. cit.* voir note 102 : pp. 151-152.

182 Cordier A., Salas F. 2010. *op. cit.* voir note 110.

d'orientation a été conduit (voir en page 27). À chaque nouvelle « installation », les populations doivent se ré-appropriier le territoire et ré-identifier les services dont elles peuvent disposer. Comme l'a indiqué L. Otal, coordinatrice de la mission Roms de Médecins du Monde, lors d'un colloque<sup>183</sup>, les expulsions constituent une rupture de l'insertion dans le territoire et entraînent une difficulté à s'inscrire dans le tissu sanitaire local. De plus, ces processus répétés entraînent des ruptures successives du suivi médical, contribuant à fragiliser les parcours de soins. La sociologue A. Nacu<sup>184</sup> souligne que ces trajectoires de soins « éclatées » ou « fragmentaires » ont pour conséquences de conduire à ce que les démarches doivent sans cesse être recommencées et que cela constitue la source de nombreux renoncements aux soins. Ainsi, dans certains cas, lors des évacuations, la perte de documents médicaux, comme le carnet de vaccination d'un enfant par exemple, conduit à devoir renouveler l'ensemble des vaccins, afin que l'enfant puisse être scolarisé. Ceci entraîne dans certaines familles des attitudes de rejet de ces vaccinations répétées, craignant qu'elles ne soient nuisibles à la santé de l'enfant<sup>185</sup>. Enfin, dans ce contexte d'instabilité permanente, la sectorisation de nombreux dispositifs médico-sociaux (le lieu de recours ou de la demande dépendant du lieu de résidence) renforce l'impératif de devoir renouveler toutes les démarches à chaque nouvelle expulsion ;

- **la faible éducation à la santé** associée à une faible logique préventive bio-médicale<sup>186</sup> contribuent à une perception de la nécessité de recourir aux soins guidée par la présence de symptômes. Dans son mémoire de l'École nationale de santé publique, P. Micheletti<sup>187</sup> souligne que « la disparition des symptômes de la maladie et, plus particulièrement, de la douleur, est souvent perçue comme une guérison et le traitement est alors interrompu ». Cet aspect est également évoqué dans une étude ethnologique conduite par C. Knaff<sup>188</sup> sur les représentations sociales de la tuberculose dans laquelle elle indique que « les Roms ne seraient à l'écoute de leur corps que lorsque ce dernier crie une souffrance intolérable. Ainsi, peut-on comprendre leur incompréhension face aux maladies détectées par des examens mais qui ne s'éprouvent pas ». Le recours aux soins semble se faire lorsque le problème de santé constitue un handicap dans le quotidien, notamment lorsqu'il est un frein pour trouver des ressources et travailler.

Ces différents éléments peuvent se cumuler et être renforcés par d'autres freins à l'accès aux soins, tels que la question linguistique, le fait d'être en situation irrégulière de séjour, la crainte des institutions, le manque de ressources, etc.

---

183 Colloque « Précarisation et grande exclusion ». La Courneuve, 18 mai 2010.

184 Nacu A. Les Roms migrants et la santé. *Diversité*, 2009 ; 159 : pp. 49-55.

185 *Ibid.* : pp. 51.

186 L'anthropologue Sylvie Fainzang a montré que certaines conduites (pratiques religieuses, culturelles), non recensées par la bio-médecine comme des pratiques de type médical, pouvaient être considérées par les intéressés comme relevant d'une logique de prévention des maladies. Fainzang S. Les ethnologues, les médecins et les Tsiganes devant la maladie. *Études Tsiganes*, 1988 ; 2 : pp. 3-10.

187 Micheletti P. Les Roms étrangers en banlieue parisienne. DDASS et secteur associatif : quelles interactions pour quel accès aux soins ? Mémoire pour le titre de Médecin-inspecteur de santé publique, École nationale de santé publique, avril 2001 : 78 p.

188 Knaff C. 2010. *op. cit.* voir note 48 : p. 61.

*Un recours aux soins moins différé pour les enfants, dont la santé est une préoccupation centrale*

Le recours aux soins pour les enfants semble être guidé par une autre logique qui serait d'aller consulter dès les premiers symptômes<sup>189</sup>. C. Knaff dans son travail indique que « la bonne santé des enfants, et particulièrement de ceux en bas âge, demeure un souci constant. Dès que les symptômes apparaissent, l'inquiétude enclenche bien souvent une démarche vers les soins. De ce fait, l'intervention des pompiers sur le camp de M., est quasi quotidienne, pour des soins qui pourraient être traités dans un cabinet médical (payant) »<sup>190</sup>. Ces observations montrent que, même si le recours aux soins pour les enfants n'est pas différé, comme cela est le cas chez les adultes, il semble relativement inadapté (recours itératif à un service d'urgence tel que les pompiers, par exemple), ne favorisant pas un réel suivi.

Ce recours aux soins montre qu'il existe une démarche de la part des familles *d'aller vers* le système de soin et que l'inadaptation des démarches est notamment le reflet des dysfonctionnements du système de soins face à des populations exclues, pouvant alors entraîner des renoncements à se faire soigner. Différents acteurs<sup>184,191</sup> soulignent, en effet, l'inadaptation du système médical au contexte de vie des Roms (et plus généralement des populations vivant dans l'extrême précarité) et à leur mobilité subie sur le territoire. Parmi ces inadaptations, on peut citer : les difficultés de recours aux soins liées à la sectorisation de certains services sanitaires et sociaux, les consultations exclusivement sur rendez-vous, le faible recours à l'interprétariat professionnel, la pénurie dans certains services conduisant à l'externalisation des consultations ou des actes (prise de sang, échographie, etc.) en médecine de ville dans des dispositifs n'acceptant pas tous des patients sans couverture sociale, etc.

*Quelques initiatives facilitant l'accès aux soins*

Certaines initiatives semblent néanmoins aller dans le sens d'une meilleure prise en compte des spécificités des populations. Outre les projets de médiations sanitaires mis en place par le collectif Romeurope (voir p. 109), des expériences sont également conduites dans certains centres de PMI, avec des consultations sans rendez-vous pour les enfants roms, dans lesquelles des interprètes peuvent intervenir. De plus, le Conseil général de Seine-Saint-Denis, conscient de la difficulté d'accueillir des populations « non territorialisées » à travers un dispositif de travailleurs sociaux sectorisés (assistantes sociales polyvalentes de secteurs), a créé en mai 2008 une circonscription non-sectorisée d'action sociale spécialisée dans l'accueil des publics en errance dans le département<sup>192</sup>. Cette circonscription, dont les moyens sont encore limités (deux assistantes sociales, au lieu des dix prévues initialement), pourrait constituer une amorce vers un processus de « dé-sectorisation » de certains dispositifs accueillant des populations en errance.

---

189 Lamara F. Aïach P. La place de la santé et des soins chez les Tsiganes migrants. Revue Hommes et Migrations. Santé. Le traitement de la différence, mai-juin 2000 ; 1225 : pp. 117-121.

190 Knaff C. 2010. *op. cit.* voir note 48 : p. 56.

191 Colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre d'actions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010.

192 Intervention de Dominique Darce, responsable de circonscription, Conseil général de Seine-Saint-Denis, lors du colloque « Précarisation et grande exclusion ». La Courneuve, 18 mai 2010.

- **Stigmatisation et crainte de l'institution**

La stigmatisation des populations rroms (voir p. 44) et les comportements discriminatoires à leur égard trouvent parfois à s'exprimer au sein des institutions sanitaires et sociales, contribuant à renforcer l'éloignement de ces populations des dispositifs de soins.

Des entretiens, rapportés dans le dernier rapport de Romeurope<sup>193</sup>, avec des médiateurs de Médecins du Monde qui accompagnent fréquemment des personnes rroms vers le dispositif de soins de droits communs rendent compte de certaines « sources d'incompréhension entre les professionnels de santé et le public rom [...]. Au premier chef, les absences aux rendez-vous, le manque de ponctualité, la difficulté à respecter les horaires de permanence sont très mal acceptés [...]. Par ailleurs, le fait habituel de se rendre en groupe aux consultations dérange, voire inquiète ». Autre source de « consternation » des professionnels de santé, pour reprendre le terme utilisée par A. Nacu dans son travail sur les Rroms et la santé<sup>194</sup> : le fait de « passer outre les recommandations des médecins » (comme, par exemple, ne pas prendre correctement son traitement), ou encore de recourir aux urgences pour des soins qui n'en relèvent pas.

Ces différents aspects, fréquemment retrouvés dans l'accueil des populations en situation précaire, entraînent sans aucun doute des difficultés pour les services de santé confrontés à ces situations. Pour autant, l'« intolérance »<sup>195</sup> des professionnels face à ces comportements ou leur « défaut de patience »<sup>196</sup> à l'égard de cette population peut s'expliquer par différents facteurs :

- **l'approche culturaliste** : les professionnels sanitaires et sociaux, en contact avec des personnes rroms, semblent fréquemment recourir à une approche culturaliste, qui consiste à attribuer une explication culturelle à des comportements qui peuvent, le plus souvent, s'expliquer par des facteurs sociaux, notamment par la pauvreté et l'instabilité des conditions de vie. A. Nacu<sup>197</sup> indique que « des situations très différentes sont qualifiées par nombre de soignants comme relevant de 'cultures', 'habitudes culturelles' ou 'barrières culturelles'. Parmi les nombreuses situations rencontrées, on peut citer à titre d'exemples les cas suivants : une femme diabétique oubliant une prise de médicaments ; un homme souffrant d'hypertension mais continuant à boire de l'alcool et à fumer contre avis du médecin ; une femme avec une suspicion de tuberculose quittant l'hôpital contre avis médical [...] ; le recours d'une femme à des avortements multiples [...] ; une femme refusant la contraception [...]. Nous voyons dans ces exemples que la 'culture' tend à désigner des comportements inobservants, mais aussi les comportements qui dévient par rapport à la norme couramment admise dans la société française ». Le collectif Romeurope, s'appuyant sur l'expérience des médiateurs de Médecins du Monde, souligne aussi l'absence « d'indulgence » des professionnels de santé face au manque d'hygiène<sup>198</sup>, qui là-aussi peut sans doute s'expliquer par la tendance des professionnels à attribuer cela à des « habitudes culturelles », plus qu'aux

---

193 Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010. *op. cit.* voir note 63 : p. 141.

194 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : p. 51.

195 Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010. *op. cit.* voir note 63 : p. 141.

196 Micheletti P. 2001. *op. cit.* voir note 187 : p. 34.

197 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : p. 53.

198 *Ibid.*

conditions de vie des populations, qu'ils méconnaissent bien souvent. Cette approche culturaliste est fréquemment retrouvée pour d'autres populations migrantes, notamment pour les Africains subsahariens ;

- la tendance des professionnels à **penser l'individu comme un groupe** : l'approche culturaliste contribue aussi à ce que les comportements de l'individu ne soient pas perçus comme *individuels* mais comme relevant des normes culturels du *groupe*. Au sujet du nombre d'enfants, par exemple, A. Nacu indique que « le comportement des femmes roms est décrit par ces professionnels comme une obéissance à la tradition, alors que, à l'inverse, pour le cas d'une femme française, l'usage des contraceptifs et le fait d'avoir seulement un ou deux enfants ont tendance à être vus par les mêmes professionnels comme un choix individuel ». Par ailleurs, le fait de se déplacer « en groupe » aux consultations renforce probablement cette perception ;
- les postures ouvertement critiques, les sentiments de peur, les **attitudes hostiles et les pratiques d'exclusion** ne semblent pas rares de la part du personnel soignant à l'égard des populations rroms jugées parfois incapables de « bien s'occuper de leurs enfants »<sup>199</sup> et de leurs comportements qualifiés d'« irresponsables<sup>200</sup> », de « primitifs »<sup>201</sup>, de « sauvages »<sup>202</sup>, « d'agressifs »<sup>203</sup>, etc. Ceci aboutit à des « refus plus ou moins directs au guichet (par exemple, en donnant un rendez-vous à une date lointaine »)<sup>204</sup>, par des refus de rendez-vous au motif que « les Rroms » ne se présentent pas toujours aux rendez-vous<sup>205</sup>, par le refus de certaines puéricultrices de se rendre dans les familles, invoquant que « c'est trop dangereux »<sup>206</sup>, par le refus de certains professionnels de santé d'aller dans les « bidonvilles » pour réaliser des dépistages de la tuberculose<sup>207</sup>, etc. Des refus, de la part « de nombreux professionnels de la santé », de recevoir des personnes Rroms, si elles ne sont pas - elles-mêmes - accompagnées d'un interprète sont aussi mentionnés<sup>208</sup>.

Outre le risque d'éloigner ces populations d'une institution qu'elles peuvent parfois percevoir comme hostile à leur égard, l'approche culturaliste, le fait de penser le groupe et non pas l'individu, les préjugés à l'égard des populations rroms vont aussi contribuer, comme nous le verrons dans la partie suivante, à des pratiques médicales parfois inéquitables, guidées par l'anticipation des difficultés des populations à être « observantes ».

---

199 Colloque « Roms et discriminations ». 2010. *op. cit.* voir note 191 : p. 20.

200 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : p. 52.

201 Gamonet J. "So dukhal tut ?", "Qu'est-ce qui te fait mal ?". Réflexions sur la traduction des entretiens médicaux avec les Rroms migrants. *Études Tsiganes*, 2005 ; 22 : p. 123.

202 Terme mentionné lors de deux entretiens, au sujet des réactions d'un acteur de santé durant une formation sur les populations rroms.

203 Micheletti P. 2001. *op. cit.* voir note 187 : p. 34.

204 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : p. 53.

205 Pauti M.-D., Rochefort J. Précarité et IVG : l'expérience de Médecins du Monde. Communications orales lors de la 70ème rencontre du CRIPS du 25 septembre 2008 sur le thème « Précarités, prises de risque et accès aux soins ». Lettre d'information, janvier 2009 ; 87 : pp. 3-4.

206 Colloque « Roms et discriminations ». 2010. *op. cit.* voir note 191 : p. 20.

207 Issu d'un entretien conduit dans le cadre de cette étude.

208 Pact Arim 93. Bilan d'intervention annuel. MOUS. accompagnement social et relogement. Village d'insertion Adoma Saint-Denis. Bilan de la période du 1er décembre 2009 au 15 juin 2010 : p. 26.

## 2.3 Une santé extrêmement dégradée

La santé des populations roms vivant en Île-de-France, telle qu'elle est fréquemment décrite par les professionnels sanitaires et sociaux, les acteurs associatifs ou les responsables de collectifs, apparaît fragilisée par les conditions de vie très précaires dans les « bidonvilles » : absence d'eau, ou d'eau potable, d'électricité, de toilettes, présence massive d'ordures et de rongeurs, recours à des poêles à bois artisanaux pouvant entraîner des accidents et des fumées ou gaz toxiques, mauvaise aération des habitats, humidité, manque global d'hygiène, pollution atmosphérique et sonore, voire pollution des sols dans certains lieux, etc.

La santé apparaît aussi fragilisée par le faible suivi médical (ou suivi tardif) et le déficit de comportements favorables à la santé, qui s'explique par les conditions de vie ainsi que par le manque d'éducation à la santé.

- **Une santé mentale fragilisée par le stress, les sentiments d'humiliation et de rejet**

Les travaux conduits sur les populations roms vivant en France, les entretiens menés dans le cadre de ce travail ainsi que les documents issus des associations et collectifs travaillant auprès des familles mettent fréquemment l'accent sur l'impact des conditions de vie sur la santé mentale des populations roms.

Aucune donnée quantitative ne permet d'évaluer la prévalence de certains troubles, d'autant que la santé mentale des populations roms est peu prise en charge, et fait rarement l'objet de recours aux soins, semblant presque un « luxe » au regard des autres problèmes de santé et/ou des problématiques sociales. L'un des médecins intervenant à la Mission Roms de Médecins du Monde indiquait, lors d'une émission de radio consacrée à la santé des Roms<sup>209</sup>, observer la « quasi-présence de ce qu'on pourrait appeler *Post traumatic stress syndrom* (PTSS) » [syndrome de stress post-traumatique].

Si on se réfère aux termes fréquemment utilisés<sup>210</sup> pour qualifier la santé mentale des populations roms vivant en Île-de-France, deux aspects, associés, peuvent être distingués :

- un profond « malaise », une « détresse/souffrance psychologique » lié(e) à un sentiment de « honte », d'humiliation, d'atteinte à sa dignité, de rejet, etc.
- un « stress » ou une « angoisse » permanent(e) lié(e) à la « peur » des expulsions et des contrôles, à l'incertitude des ressources et des lieux où vivre, à la « crainte » des risques occasionnés par les conditions de vie, etc.

Il est possible de faire l'hypothèse que cette « souffrance », fréquemment rapportée, conduise, comme dans d'autres populations à des comportements à risque (consommation de tabac,

---

209 Radio France Internationale (RFI). Priorité Santé. La santé des Roms et des Gens du voyage. Voir note 123.

210 L'usage des guillemets dans le texte souligne la référence aux termes utilisés par les Roms ou les personnes en contact avec les populations roms.

d'alcool, de drogues illicites, violence envers soi-même ou autrui, accidents, sexualité à risque, etc.).

Chez les enfants, différents rapports<sup>211</sup> font aussi état de « traumatismes » causés par les processus d'expulsions (destruction des habitations, perte des biens, interpellation des parents, éloignement du territoire, etc.) entraînant des insomnies, des difficultés de concentration, des crises de larmes, etc. Comme l'indique la Défenseur des enfants « Ces traumatismes auront des conséquences difficilement évaluables pour leur avenir ».

- **Une forte prévalence des maladies infectieuses, notamment de la tuberculose, due aux conditions de vie**

La très grande promiscuité qui existe sur les lieux de vie des populations roms et la faible couverture vaccinale chez les adultes et les enfants (voir en page 80) favorisent nettement la contagion et les épidémies. Dans une étude effectuée par E. Henriot sur le bidonville du Hanul (Saint-Denis, 93), l'auteur décrit une configuration urbaine très propice à la promiscuité : différentes « maisons », dont certaines regroupent des familles de dix personnes dans une surface de moins de trente mètres carrés, précisant aussi que les quatre-vingts « maisons » qui composent la « rue » sont accolées et alignées<sup>212</sup>.

Parmi les infections fréquemment évoquées par les professionnels sanitaires et sociaux, les acteurs associatifs ou les responsables de collectifs, on peut citer : la rougeole, la coqueluche, la galle, les dermatoses, la conjonctivite, les gastro-entérites, les parasitoses intestinales, la grippe.

Les prévalences élevées des hépatites (B et C) sont également mentionnées par certains acteurs de santé, ce qui correspond aussi à l'épidémiologie du VHB et du VHC en Roumanie, avec des prévalences de 5% environ contre moins de 1% en France.

La tuberculose constitue aussi un problème majeur de santé publique parmi ces populations.

#### *Prévalence élevée de la tuberculose parmi les Roms*

La Roumanie est l'un des pays d'Europe (avec la Russie et la Moldavie) dans lequel l'épidémie de tuberculose est la plus élevée, bien qu'en diminution depuis 2000. En 2009, la prévalence de la tuberculose dans ce pays était estimée à 168 pour 100 000 habitants et son incidence à 125 pour 100 000<sup>213</sup>. À titre de comparaison, l'incidence en France était de 8,2 pour 100 000 habitants en 2009<sup>214</sup>, avec, néanmoins, de fortes disparités territoriales. Pour cette même année,

---

211 Notamment, République française. La Défenseure des enfants. Rapport d'activité 2010, 2010. *op. cit.* voir note 90 : pp. 131-132. ; Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010. *op. cit.* voir note 63 : p. 96 ; Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. *op. cit.* voir note 85 : p. 35.

212 Henriot E. Le Hanul, Saint-Denis « elle est pas bidon ma ville !!! ». Mémoire de Master. École nationale supérieure du paysage, 2009 : 216 p.

213 WHO. Tuberculosis country profiles. <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/> [consulté le 15 décembre 2011].

214 Figoni J., Antoine D., Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juin 2011 ; 22 : pp. 258-260.

L'Île-de-France est, en effet, la région de France (après la Guyane) ayant la plus forte incidence (15,8 pour 100 000 habitants), avec, au sein de la région, deux départements particulièrement touchés : la Seine-Saint-Denis (30,3 pour 100 000) et Paris (23,4 pour 100 000).

Les travaux de recherches effectués dans différents pays d'Europe centrale et orientale montrent que les populations roms sont davantage touchées par la tuberculose que les populations majoritaires de ces pays<sup>215</sup>. Par exemple, en 1995, une étude réalisée dans une ville en Roumanie (Ciurea) a montré que l'incidence de la tuberculose était de 1379 pour 100 000 habitants parmi les Roms, soit un taux plus de sept fois supérieur à celui observé parmi les personnes non Roms. En 2000, dans cette même ville, les écarts étaient moindres mais l'incidence était encore 2,3 fois supérieure parmi les populations roms.

Compte tenu de l'importance de l'épidémie en Roumanie, les populations roms vivant en Île-de-France, très majoritairement originaires de ce pays, et effectuant fréquemment des retours (volontaires ou non) dans leur pays d'origine sont particulièrement touchées par la tuberculose, comme c'est également le cas d'autres populations migrantes originaires de pays à forte prévalence et/ou de personnes sans domicile fixe ou vivant en habitat indigne<sup>216,217</sup>. De plus, la faible couverture vaccinale contre la tuberculose (BCG) parmi les populations roms vivant en France (estimée à 20% selon les observations recueillies en 2009 par Médecins du Monde lors des interventions de l'association<sup>218</sup>), les conditions d'habitat en France ainsi que le faible accès au dépistage et aux soins favorisent une forte dynamique de l'épidémie de tuberculose parmi ces populations.

#### *Faible connaissance de la tuberculose parmi les populations roms*

La recherche ethnographique, effectuée par C. Knaff<sup>219</sup>, sur la perception de la tuberculose parmi des Roms vivant en Île-de-France, montre que la maladie (appelée par certains « mauvaise grippe ») est connue, redoutée et stigmatisée.

Il existe néanmoins une certaine méconnaissance sur la manière dont la tuberculose se transmet : l'une des femmes interrogées dans cette recherche indique « on l'attrape par des injections », pour les femmes qui fument, elle serait due au tabac, un homme précise que la tuberculose vient « des ordures, des déchets, de l'hygiène personnelle » (pp. 56-57).

---

215 Schaaf M. *Confronting a Hidden Disease : TB in Roma Communities*. World Lung Foundation. A Research Report Prepared for the Roma Health Project. Open Society Institute, 2007 : 43 p.

216 Druelle S., de Maria F., *Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose*. In : *Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France*. Edition actualisée et complétée. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2009 : pp. 177-187.

217 Groupement régional de santé publique (GRSP). *Programme régional d'Ile-de-France de lutte contre la tuberculose 2008-2011*. Programme approuvé lors de la Conférence régional de santé du 19 novembre 2008 : 52 p.

218 Médecins du Monde. *Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France*. Rapport de la Direction Mission France, Juillet 2011 : 22 p.

219 Knaff C. 2010. *op. cit.* voir note 48.

Dans ce travail, C. Knaff évoque aussi la difficulté ressentie par les personnes malades lors d'une hospitalisation et de la mise à l'isolement quand la maladie est contagieuse (pp. 73-77) : problèmes de langue, isolement, éloignement du groupe, crainte d'un univers méconnu, incompréhension sur la nécessité de rester hospitalisé, séparation avec les enfants, absence de ressources financières pendant l'hospitalisation, crainte d'être éloigné du groupe s'il est expulsé, etc. Ces situations aboutissent fréquemment à des « fugues » de l'hôpital avant la fin des traitements, favorisant la contagion ainsi que les résistances aux traitements dans le cas de la tuberculose. Ces situations peuvent aussi contribuer à alimenter un discours culturaliste de la part du personnel de santé et renforcer les freins à l'accès aux soins.

Cette recherche sur la perception de la tuberculose parmi les Rroms souligne aussi la crainte de la stigmatisation qui peut conduire une personne malade (et contagieuse) à ne pas protéger son entourage en portant un masque, de peur d'être exclue du groupe si celui-ci vient à apprendre qu'elle est porteuse de la tuberculose.

*Prise en charge difficile de la tuberculose : entre enjeux individuels, enjeux de santé publique et enjeux politiques*

La tuberculose est une infection contagieuse qui requiert un traitement particulièrement long (de 6 à 18 mois). De plus, celui-ci nécessite une bonne observance thérapeutique, afin d'éviter le risque de rechute, de limiter la période de contagion, et d'éviter le développement de souches (multi)résistantes aux traitements. Le traitement nécessite aussi un suivi médical assez soutenu (visites médicales régulières, examens sanguins, ophtalmologiques, radiographies, etc.). Pour éviter la contagion, dans certains cas, une hospitalisation avec un isolement est nécessaire. De plus, un dépistage doit être effectué auprès des personnes en contact étroit avec la personne touchée par la tuberculose, afin de permettre une prise en charge en cas d'infection ou de maladie. Le fait de se trouver dans un lieu réduit, fermé et faiblement ventilé (ce qui correspond souvent aux conditions de vie des populations rroms) constitue les conditions les plus favorables de contagion. Lorsqu'une infection tuberculeuse latente est dépistée, un traitement est recommandé afin de limiter l'évolution potentielle de l'infection vers la tuberculose (maladie)<sup>220</sup>.

Dans le cadre de la recentralisation des compétences en matière de lutte antituberculeuse, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 (en application de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004), l'État en Île-de-France (DRASS/ARS), qui assure la coordination de la lutte antituberculeuse, a passé convention avec cinq Conseils généraux volontaires pour mettre en œuvre la lutte antituberculeuse (Paris, les Yvelines, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise).

---

220 Éléments issus de différentes sources : Haute autorité de santé. Guides (médecin / patient) ALD n°29 sur la tuberculose active, 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_482999/ald-n29-tuberculose-active](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_482999/ald-n29-tuberculose-active) ; Institut de veille sanitaire. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (2002-2003), 2005 : 144 p. [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/tuberculose\\_030205/rapport\\_tuberculose.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/tuberculose_030205/rapport_tuberculose.pdf) [consulté le 15 décembre 2011].

Les entretiens menés auprès des acteurs chargés des aspects sanitaires, notamment de la tuberculose, ont souligné la difficulté, dans le contexte actuel, à mettre en œuvre ces recommandations pour les populations rroms. Les principaux éléments d'explications mentionnés, qui le plus souvent se cumulent, sont les suivants :

- l'absence d'éducation à la santé : l'aspect le plus fréquemment évoqué est le fait que les populations rroms privilégieraient le curatif au préventif (parfois évoqué comme un élément culturel). Il serait alors difficile de mettre en place une action de santé ne reposant que sur une démarche préventive (comme, dans le cas des infections latentes, prendre un traitement pour éviter que l'infection ne devienne éventuellement une tuberculose-maladie) ;
- la relation entre les Rroms et les institutions : l'aspect généralement évoqué est la méfiance des populations rroms face aux institutions (dont les institutions sanitaires) et, inversement, la méfiance et les préjugés de certains acteurs, notamment médico-sociaux, face aux populations rroms. Différentes formations destinées aux professionnels de santé ont été mises en place, par exemple en Seine-Saint-Denis, afin d'améliorer les connaissances des professionnels sur les populations rroms, et de faire reculer les préjugés<sup>221</sup>. Les actions de médiations sanitaires, mises en place, contribuent aussi à améliorer la relation entre les populations rroms et les institutions sanitaires ;
- les populations rroms recourent peu au dispositif de soins en général : elles se déplacent rarement dans les centres de lutte antituberculeuse (CLAT), et les hospitalisations sont souvent difficiles (voir ci-dessus). Cela nécessite de mettre en place des dispositifs allant *vers* les populations (type « antenne mobile ») sur les terrains dans lesquels elles vivent ou dans les lieux dans lesquels elles recourent aux soins. Pour favoriser une certaine adhésion, les interventions doivent se faire avec des associations qui ont déjà pu établir des liens avec les populations et un certain climat de confiance. En Seine-Saint-Denis, par exemple, une équipe du Conseil général a été constituée début 2010 pour mettre en œuvre le dépistage systématique de la tuberculose et l'une des interventions, à l'aide d'un camion de radiographie, se déroule une fois par semaine au sein du Centre d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde à La Plaine-Saint-Denis qui accueille une proportion élevée de personnes rroms ;
- l'instabilité des lieux de vie des populations rroms : les processus répétés d'expulsions contribuent, de façon générale, à fragiliser nettement l'accès aux soins et la prise en charge. Dans les entretiens, de nombreux cas ont été mentionnés de terrains évacués dans lesquels des personnes étaient sous traitements antituberculeux ou en cours de vaccination, ou de personnes sous traitement qui se sont vues remettre une Obligation de quitter le territoire français (OQTF). Ruptures de traitements, suspensions des vaccinations, personnes perdues de vue par les institutions sanitaires, renforcement de la méfiance à l'égard des institutions en général : ces différents éléments sont

---

221 Comme la Journée d'étude « Diversités tsiganes en Seine-Saint-Denis. Comprendre pour agir », organisée le 12 mars 2009 par le Clicoss 93, centre de ressources rattaché à la Direction de la prévention et de l'action sociale du Conseil général de Seine-Saint-Denis.

défavorables à la prise en charge de la tuberculose et à la lutte contre cette infection. Ils ont des conséquences non seulement pour les personnes touchées par la tuberculose, mais aussi pour la collectivité (diffusion de l'épidémie, rupture de suivi médical et de traitements entraînant des risques de résistances aux traitements). Un courrier de M. Évin, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, adressé en juin 2011 à M. Lambert, Préfet de Seine-Saint-Denis, à la suite de l'évacuation d'un terrain à Pantin met l'accent sur cette situation<sup>222</sup> : « Cette évacuation de plusieurs centaines de personnes constitue une augmentation significative du risque épidémique de rougeole puisque ces personnes ont sans nul doute intégré d'autres camps non touchés par l'épidémie. Concernant les personnes en traitement pour la tuberculose, ce déplacement réduit toute l'efficacité du traitement et comporte un risque grave de contamination [...] Pendant plusieurs années, il avait été établi, dans votre département, que les services de la DDASS informaient votre cabinet des opérations de lutte contre la tuberculose afin qu'une intervention policière ne mette pas un terme aux traitements et vaccinations. Face à la persistance de la tuberculose et à la flambée épidémique de la rougeole, il me semble, aujourd'hui, indispensable de pouvoir coordonner nos interventions afin que ne se renouvelle pas l'incident du 19 mai à Pantin compte tenu de la gravité que cette situation revêt pour la protection sanitaire des populations » ;

- enjeux individuels et enjeux de santé publique : l'instabilité subie des populations roms entraîne, de fait, un traitement inéquitable face à la prise en charge de la tuberculose. Ainsi, lors de la Journée d'information sur la lutte antituberculeuse en France organisée par la Direction générale de la santé, l'Institut de veille sanitaire et le Centre national de référence MyRMA, une communication conjointe du Conseil général de Seine-Saint-Denis, de la délégation territoriale ARS de Seine-Saint-Denis et de l'ARS d'Île-de-France<sup>223</sup> indique que « le dépistage systématique dans les camps de Roms a été suspendu en raison des reconduites aux frontières et des risques liés à l'interruption des traitements ». Pourtant, le dépistage systématique dans les campements de Roms a été estimé comme étant une mesure efficace puisqu'il constitue un des objectifs du Programme régional de lutte contre la tuberculose en direction des personnes migrantes, comme du Programme en direction des personnes en situation de précarité<sup>224</sup>. Par ailleurs, la mise sous traitement lorsqu'une infection tuberculeuse latente est dépistée, recommandée de façon générale pour éviter le risque de développer une tuberculose, n'apparaît pas systématique pour les populations roms. Selon la situation, les traitements peuvent ne pas être proposés si l'équipe médicale estime que la capacité du

---

222 Lettre adressée en juin 2010 par M. C. Évin, Directeur de l'ARS Île-de-France à M. C. Lambert, Préfet de la Seine-Saint-Denis <http://romsenfrance.blogspot.com/2011/06/claude-evin-ecrit-au-prefet-du-93.html> [consulté le 15 décembre 2011]

223 Conseil général de Seine-Saint-Denis, ARS 93, ARS Île-de-France. La lutte contre la Tuberculose en Seine-Saint-Denis. Mise en œuvre d'une action de dépistage systématique. Diaporama lors de la journée d'information sur la lutte antituberculeuse en France (DGS - InVS) 23 mars 2011. [http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/diaporamas\\_journee\\_2011/journee\\_tuberculose\\_2011.html](http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/diaporamas_journee_2011/journee_tuberculose_2011.html) [consulté le 15 décembre 2011].

224 GRSP. Programme régional d'Île-de-France de lutte contre la tuberculose 2008-2011. *op. cit.* voir note 217 : pp. 19-30.

patient à suivre son traitement n'est pas assurée, et pour ne pas risquer l'évolution vers des résistances aux antituberculeux. Or, les risques d'évacuation des campements constituent un des critères pour évaluer cette capacité à suivre le traitement. Au total, l'instabilité des lieux de vie entraîne un moindre dépistage de la tuberculose ainsi qu'un moindre traitement des infections dans cette population.

- **Des maladies chroniques liées aux conditions de vie et un déficit de comportements favorables à la santé, dont la gravité est renforcée par le faible suivi médical**

Les données disponibles sur la santé des populations roms en Île-de-France<sup>225,226,227,228,229,230</sup>, issues dans leur quasi-totalité des interventions conduites par Médecins du Monde (Mission Roms, Centre d'accueil de soins et d'orientation à La Plaine-Saint-Denis), soulignent la fréquence élevée des maladies chroniques (ou la chronicisation de certaines maladies) parmi ces populations : diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, obésité, problèmes gastriques, problèmes lombaires, etc.

Ces maladies, fréquemment liées aux conditions de vie des populations et/ou au déficit d'éducation à la santé, sont souvent diagnostiquées à un stade avancé et sont peu suivies médicalement, ou le sont de façon épisodique ou « fragmentaire » (voir en page 61). Ces différents éléments contribuent à renforcer leur gravité et à complexifier leur prise en charge.

Il n'existe néanmoins aucune donnée récente permettant d'évaluer la prévalence de ces maladies parmi la population rom. En effet, les données actuellement disponibles sont celles qui sont recueillies auprès de personnes qui recourent aux soins, précisément pour un problème de santé<sup>231</sup>, ce qui tend à sur-estimer la prévalence des maladies. Les seules données quantitatives disponibles, permettant d'évaluer la prévalence de certaines pathologies, sont celles issues d'une enquête conduite en 1999 à Gennevilliers auprès de 78 personnes roms de nationalité roumaine (dont 38 femmes) vivant sur trois terrains à Gennevilliers<sup>232</sup>. À la suite d'un examen clinique effectué par un médecin, il a été évalué, pour les personnes âgées de 18 ans et plus que :

---

225 Voir notamment les références dans les notes 14, 63, 102, 169, 184, 187, 189, 191.

226 Forum de Médecins du Monde. « La Santé des Roms en France : une urgence sanitaire ? ». Paris, 25 février 2010.

227 Colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre d'actions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010

228 Otal L. L'accès à la santé des Roms : l'action de Médecins du Monde. Colloque « Précarisation et grande exclusion ». La Courneuve, 18 mai 2010.

229 Moriau B. Les difficultés de l'action médicale auprès des populations roms. Colloque « Pratique et éthique médicale à l'épreuve des politiques sécuritaires ». Médecins du Monde, Sciences Po, EHESP, Université Paris Descartes. Paris, 29 juin 2010.

230 Mezard M. Populations roms : des territoires impossibles ? Les roms migrants en Ile-de-France. Un défi pour le concept « territoires et inégalités de santé ». Communication orale lors de la Conférence régionale de santé en Ile-de-France. Paris, 18 février 2010.

231 Certaines données peuvent néanmoins concerner des personnes non malades, lors des interventions sanitaires conduites auprès des femmes enceintes et de leurs enfants.

232 Cette enquête porte, au total, sur trois pays d'Europe (Espagne, France et Grèce) et 644 personnes ont été interrogées dont 242 en France (Gennevilliers, Marseille, Montpellier, Toulouse). Nous n'avons retenu que les indicateurs relatifs au site de Gennevilliers sur lequel vivaient exclusivement des Roms de

- la surcharge pondérale (indice de masse corporelle (IMC) > 25) touchait 40% des personnes. Cette proportion apparaît plus élevée qu'en population générale si on garde à l'esprit qu'il s'agit d'une population relativement jeune (54% des individus sont âgés de 18 à 40 ans). En revanche, elle est comparable (voir inférieure) à la proportion de personnes en surpoids ou obésité interrogées dans l'enquête Abena 2004-2005 sur les bénéficiaires de l'aide alimentaire (52% pour les bénéficiaires interrogés à Paris et 51% pour ceux de Seine-Saint-Denis)<sup>233</sup> ;
- la proportion de personnes souffrant d'hypertension (pression artérielle systolique (PAS) > 160 et diastolique (PAD) > 90) était de 19% chez les hommes et 3% chez les femmes. Chez les hommes, cette proportion apparaît élevée. Dans l'enquête Abena, où l'hypertension est définie différemment (PAS > 140 et PAD > 90, c'est-à-dire en incluant les hypertensions de stade 1), cette proportion est de 23% à Paris et 25% en Seine-Saint-Denis<sup>234</sup> ;
- la proportion de personnes présentant un problème dentaire était de 45% (dont au moins une dent cariée non soignée : 40% ; dont au moins une dent / une partie de dent perdue sans prothèse : 38%). La comparaison que font les auteurs avec une enquête conduite la même année auprès d'une population précarisée consultant un médecin d'un dispositif de soins gratuits (enquête Précar) montre que la proportion de personnes de 18-40 ans ayant toutes leurs dents en bon état (ou certaines traitées) est deux fois plus élevée parmi les personnes interrogées dans l'enquête Précar que parmi les populations roms interrogées à Gennevilliers.

Hypertension, diabète, surpoids ou obésité, tabagisme et consommation élevée d'alcool fréquemment rapportés parmi les populations roms : autant d'éléments majorant les risques de maladies cardio-vasculaires.

Les expériences de médiations sanitaires en direction des populations roms qui sont entreprises actuellement (voir p. 109) ont comme objectif principal d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins dispensés par les services de droit commun. Ce travail de médiation devrait permettre une meilleure connaissance réciproque : pour les professionnels médico-sociaux, de connaître davantage les populations roms - et donc d'agir plus efficacement en leur direction -, pour les populations roms, d'acquérir davantage de compétences en éducation à la santé, et d'accroître les comportements favorables à la santé. Parlant de l'expérience des « médiateurs de santé publique », formés dans le cadre du programme national d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de vulnérabilité (2000-2005) de l'Institut de médecine et

---

Roumanie. Gilg Soit Ilg A. Données médicales et socio-démographiques : les populations roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe. Espagne, France, Grèce. Étude quantitative. Projet Romeurope. Médecins du Monde, juin 1999 : 82 p.

233 Bellin-Lestienne A., Deschamps V., Noukpoapé A., Hercberg S., Castetbon K. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire – Etude Abena, 2004-2005. Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers. Saint-Maurice, 2007 : 74 p.

234 *Ibid.*

d'épidémiologie appliquée (IMEA), le rapport final d'évaluation de ce programme<sup>235</sup> souligne que « l'apport des médiateurs pour leurs publics s'observe dans des situations qui appellent une compréhension réciproque des acteurs du système de santé et de leur public » et que « cette incompréhension pose problème quand des professionnels sont confrontés à des publics nouveaux ou particuliers en raison de leurs références culturelles, de leur situation socio-économique ou de leur comportement ».

- **Un faible recours à la planification familiale**

Bien que les indicateurs quantitatifs manquent dans de nombreux domaines relatifs à la santé sexuelle et reproductive des hommes et des femmes roms vivant en Île-de-France, c'est probablement dans ce champ de la santé que les données sont les plus nombreuses et que les constats sont généralement très concordants. Ils sont également très proches des constats faits sur les femmes roms dans les pays d'origines (voir en page 54).

*Parler de sexualité est relativement tabou parmi les Roms*

Dans ses travaux de recherches, l'anthropologue I. Hasdeu indique<sup>236</sup> que, parmi les Roms (Căldărari) de Roumanie, « on considère que les rapports sexuels entre un homme et une femme sont source de souillure. Le sexe de la femme est ainsi construit qu'il est porteur de cette pollution, et c'est ainsi que la moitié inférieure du corps de la femme mariée (à savoir ayant des rapports sexuels) est, par définition, souillée (*marimé*) ». Cette notion de souillure ou de pollution<sup>237</sup>, également évoquée dans le travail ethnologique de C. Knaff, est associée à un sentiment de honte à l'égard du « bas » du corps, perçu comme impur. Les professionnels de santé en contact avec des femmes roms soulignent la difficulté qu'il y a à parler de sexualité, contraception, etc. Un article, rédigé par une femme ayant réalisé des traductions d'entretiens médicaux avec des « Roms migrants »<sup>238</sup>, exprime le malaise lors des consultations gynécologiques : « la femme rom, très pudique (être examinée par un gynécologue homme est pour elle une véritable agression, le fait même de se dénuder devant lui est une honte lourde), va ressentir comme un quasi adultère le fait d'être touchée par un homme qui n'est pas son mari ».

*Des connaissances limitées sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles*

La plupart des femmes roms vivant en France sont originaires de Roumanie, pays dans lequel l'avortement - autorisé depuis 1957 - constituait le principal mode de régulation des naissances. De 1966 à 1989, la contraception ainsi que l'avortement ont été interdits, mais un nombre élevé de femmes avaient recours à des avortements illégaux, qui ont causé environ 500 décès par

---

235 Direction générale de la santé. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA. Rapport d'évaluation réalisé par evalua, juillet 2006 : 138 p.

236 Hasdeu I. Le temps des Gitans... et non celui des Gitanes. Mondialisation, ethnicité et patriarcat chez les *Kaldarari* de Roumanie. Recherches féministes, 2004 ; 17 (2) : p. 20.

237 Celle-ci va guider l'organisation des tâches ménagères avec, par exemple, des cuvettes spécifiques destinées à laver le bas du corps et les vêtements utilisés pour le bas du corps (en distinguant la cuvette pour la femme de celle pour l'homme), le haut du corps et les vêtements du haut. *Ibid.* : p.21.

238 Gamonet J. 2005. *op. cit.* voir note 201 : p. 122.

an<sup>239</sup>. Il n'existe donc pas en Roumanie une « tradition » concernant le contrôle des naissances par l'usage de méthode de contraception. De plus, le faible accès à l'éducation à la santé et au système de soins associé au tabou sur la sexualité renforcent ce déficit d'informations qui est également notable en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH, dont le risque serait peu perçu)<sup>240</sup>.

#### *Un recours rare à la contraception*

L'association Médecins du Monde estime, à partir des entretiens conduits dans le cadre de la mission périnatalité auprès des Roms, que seules 10% des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception<sup>241</sup>. Les professionnels de santé rencontrés indiquent que les femmes roms, notamment celles qui ont eu des grossesses, sont davantage demandeuses qu'auparavant de recourir à un moyen contraceptif. Ceci recoupe les observations de A. Nacu<sup>242</sup> montrant que « les méthodes contraceptives connaissent une lente diffusion parmi les femmes roms [...] : alors qu'en 2003 il était rare de rencontrer sur les terrains des femmes porteuses d'un stérilet ou d'un implant, en 2009 de telles femmes sont présentes sur presque tous les terrains ». Cette proportion de 10%, évaluée en 2007, est donc probablement sous-estimée, mais elle est bien inférieure à la couverture contraceptive observée chez les femmes en France : à 20-24 ans par exemple, 88% des femmes déclarent utiliser la pilule (en moyenne 57% entre 15 et 54 ans)<sup>243</sup>. Les professionnels de santé en contact avec les femmes roms précisent que le recours à la pilule, comme méthode de contraception, est souvent rendue difficile par les conditions de vie et le manque de repère temporel que ces conditions entraînent<sup>244</sup>, ce qui les incite à proposer le stérilet ou l'implant contraceptif. Néanmoins, différentes observations interrogent ces orientations : l'implant provoque des aménorrhées, ce qui, selon J. Rochefort<sup>245</sup>, médecin responsable du Centre de soins de Médecins du Monde, est « mal vécu pour une femme [rom] qui vit dans l'angoisse d'une nouvelle grossesse. Le poids psychologique est souvent tel qu'elle demande le retrait de l'implant ». En ce qui concerne le stérilet, s'il semble bien accepté par les femmes, A. Nacu<sup>246</sup> décrit les étapes du parcours médical nécessaire à son usage et en souligne, in fine, sa difficulté d'accès : au moins un examen médical, un test de grossesse, une prescription pour un stérilet, en l'absence de couverture sociale, la femme devra se rendre dans un centre de planning familial qui donnera un coupon donnant droit à la gratuité d'un stérilet dans une pharmacie, une visite dans une pharmacie pour l'achat du stérilet, un rendez-vous médical pour la pose du stérilet (généralement effectuée pendant la période des règles<sup>247</sup>). Et de

---

239 Stephenson P., Wagner M., Badea M., Serbanescu F. The Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion. Lessons from Romania. *American Journal of Public Health*, October 1992 ; 82 (10) : pp. 1328-1331.

240 Pauti. 2009. *op. cit.* voir note 205 : p. 3-4.

241 Médecins du Monde. Médecins du Monde auprès des femmes Roms, mars 2008 : 8 p.

242 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : p. 51.

243 Moreau C. Lydié N. Warszawski J. Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée in : Beck F. Guilbert P. Gautier A. (dir). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Rapport de l'INPES, 2007* : pp. 329-353.

244 Pauti. 2009. *op. cit.* voir note 205 : p. 3-4.

245 *Ibid.*

246 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : pp. 50-51.

247 Il s'agit d'éviter d'insérer un stérilet à une femme qui pourrait être enceinte.

conclure « comme plusieurs semaines peuvent s'écouler du début à la fin de ces démarches (semaines pendant lesquelles le terrain où habite la femme risque d'avoir été expulsé), elles n'aboutissent que difficilement ». Partant de ce constat, l'auteur s'interroge sur la « réticence » des médecins à prescrire la pilule, anticipant que le mode de vie des femmes roms conduira à des oublis et donc des grossesses non prévues, et aboutissant à des décisions parfois prises de façon « unilatérale » par les médecins concernant le choix des méthodes. Cette « anticipation négative » des médecins sur les capacités d'observance des patients, excluant - de fait - ces derniers de certains traitements, a pu être notée pour d'autres populations (les toxicomanes, les migrants d'origine sub-saharienne, etc.) en ce qui concerne la délivrance de traitements antirétroviraux face au VIH/sida<sup>248</sup>. Le plus souvent, la mise en place de consultations d'observances, de médiateurs, voire simplement de traducteurs professionnels, a permis de lever certaines difficultés liées au déficit d'informations.

*Un recours élevé et répété à des interruptions volontaires de grossesse (IVG)*

Le recours à des IVG est fréquent parmi les femmes roms, ce qui peut s'expliquer par différents facteurs : la faible couverture contraceptive parmi ces femmes, probablement également, l'histoire, en Roumanie, de la régulation des naissances largement basée sur l'avortement, la faible éducation à la santé et les conditions de vie<sup>249</sup>.

Dans une population de femmes roms âgées en moyenne de 22 ans rencontrées par Médecins du Monde en 2007, 43% avaient déjà eu recours à une IVG. Cette proportion, calculée sur une population très jeune, est déjà deux fois supérieure à celle déclarée par les femmes en France à la fin de leur vie reproductive (22%)<sup>250</sup>. Et ce recours à l'IVG est répété, soulignant des occasions manquées de prise en charge contraceptive : parmi les femmes rencontrées par l'association et ayant déjà eu recours à une IVG, le nombre moyen d'IGV était de 3,3.

Selon le médecin responsable du Centre d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde à La Plaine-Saint-Denis<sup>251</sup> : « la précarité se répercute aussi au niveau technique puisque ces patientes ne peuvent relever de l'IVG médicamenteuse (contraintes, suivi) et sont donc systématiquement orientées sur la technique par aspiration ». Même si le jeune âge des patientes et probablement le diagnostic tardif de la grossesse constituent des indications pour le recours à la technique par aspiration, là-également, une certaine « anticipation négative » des médecins concernant le suivi semble intervenir dans le choix de la méthode d'avortement.

---

248 Moatti J.-P. Spire B. Au-delà de l'observance : les recherches socio-comportementales sur l'impact des multithérapies antirétrovirales. *Transcriptase*, mai 2000 ; 83 : pp. 21-25.

249 Si, en France, le recours à l'IVG touche toutes les catégories sociales, en revanche, les femmes qui ont des recours répétés à des IVG présentent davantage de difficultés économiques, sociales et affectives. Source : Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et sociétés*, décembre 2004 ; 407 : pp. 1-4.

250 Moreau C. 2007. *op. cit.* voir note 243 : p. 351.

251 Pauti *et al.* 2009. *op. cit.* voir note 205 : p. 4.

*Une forte vulnérabilité des femmes roms face aux violences familiales et/ou conjugales*

La question des violences familiales et/ou conjugales parmi les populations roms constitue un aspect sur lequel les données (tant qualitatives que quantitatives) manquent et sur lequel les associations et collectifs intervenant auprès des populations roms apparaissent particulièrement peu mobilisés. La crainte de contribuer à stigmatiser davantage ces populations peut sans doute être un élément explicatif. Mais, il existe également une certaine *tolérance* à l'égard de pratiques, parfois simplement perçues comme culturelles et relevant de « la tradition ». Un article du linguiste M. Courthiade, portant sur l'identité rom, et consacrant une partie aux mariages précoces, illustre cette ambivalence<sup>252</sup>.

Certains travaux de recherches qui traitent de l'organisation familiale patriarcale, des questions de genre et de la division sexuée des rôles parmi les Roms, évoquent l'existence de violences à l'égard des femmes. S'il est difficile de déterminer précisément si ces violences sont plus fréquentes que dans d'autres populations aux caractéristiques sociales comparables, différents éléments, rapportés dans un rapport européen, soulignent le cumul de vulnérabilité des femmes roms face aux violences. Nous citons des extraits de ce rapport<sup>253</sup> : « Les études ont démontré qu'une femme enfermée dans des traditions patriarcales pouvait trouver normal de subir des actes de violence en réaction à son refus de se plier à ses rôles d'épouse, de mère et de femme. Le fait qu'elle dépende économiquement de son partenaire et ses liens avec sa communauté peuvent l'empêcher de se révolter contre les abus dont elle est victime. Le fait qu'elle ne connaisse pas d'exemples de relations maritales se passant autrement peut amener les femmes à croire qu'être battues est un signe d'amour ou d'affection. De nombreux entretiens que nous avons eus avec des femmes roms corroborent cette hypothèse. Parmi les autres facteurs qui entretiennent le silence autour de la violence à l'égard des femmes roms, il faut citer le faible niveau de conscience des droits associés à la liberté vis-à-vis de la violence, ainsi que le manque d'autonomie pour concrétiser cette conscience ; cela est particulièrement vrai pour les femmes possédant un faible niveau d'instruction. [...] Certaines femmes racontent que la réaction typique des familles ou de la communauté est de se demander si les raisons qu'un homme a eues de battre sa femme étaient justifiées, et non s'il avait le droit de la battre. Quand les femmes roms sont conscientes de ces notions, la volonté de préserver l'honneur de la famille ou le désir de maintenir des relations harmonieuses entre la famille et la communauté les empêchent de rechercher de l'aide ».

Un autre aspect, qui peut constituer une forme de violence, est l'âge souvent très jeune des jeunes filles au mariage et les conditions dans lesquelles les conjoints « se choisissent ». Dans son travail ethnographique sur des Roms roumains vivant en Île-de-France, C. Knaff<sup>254</sup> indique que les jeunes filles présentes sur le campement « choisissent leur mari » et se marient (de façon coutumière) vers 14-15 ans et précise que la virginité de la femme, tenue comme « une grande valeur morale » est recommandée jusqu'au mariage. La virginité permettra de garantir l'absence

---

252 Courthiade M. L'identité Rromani : telle qu'elle existe et telle qu'elle est perçue. Différences. Revue du MRAP, Août-Septembre 2006 ; 259 : pp. 6-16.

253 Haut-commissariat aux minorités de l'OSCE. 2003. *op. cit.* voir note 164 : pp. 67-68.

254 Knaff C. 2010. *op. cit.* voir note 48 : p. 45.

de « souillure » et « d'impureté »<sup>255</sup>. Concernant l'âge au mariage, l'association Hors la Rue qui intervient auprès des mineurs étrangers en danger, dans son rapport d'activité<sup>256</sup>, indique que « l'identité des jeunes roms migrants est souvent très fragile et s'affirme exclusivement dans le cadre familial ou dans le groupe d'appartenance présent sur le camp. Les enfants savent que la tranche d'âge de 10 à 16 ans est cruciale pour l'apprentissage de l'identité rom, la reconnaissance des pairs et leur mariage. Être tenu loin de son groupe d'appartenance à cette période risque d'en entraîner la sortie irrémédiable ». Dans un rapport européen<sup>257</sup>, il est précisé : « les filles roms commencent à vivre comme des femmes adultes dès l'âge de 11 ans. Elles sont censées se marier jeunes et avoir de nombreux enfants au cours de leur mariage, qui devra durer toute leur vie. Dans certaines communautés roms, le mariage arrangé est une pratique normalement acceptée des femmes ». Il semblerait donc, au vu de ces données croisées, que le mariage intervienne avant la majorité, entre 14 et 16 ans environ.

Concernant les mariages « arrangés » ou « forcés », il est difficile de déterminer précisément s'ils existent parmi les populations roms vivant en Île-de-France. Le Haut conseil à l'intégration, dans un avis de 2003 sur les femmes issues de l'immigration<sup>258</sup> indique que le Groupe des femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) - de plus en plus sollicité par des problèmes de mariages forcés et/ou précoces de jeunes filles mineures ou de jeunes majeures - « estime que plus de 70 000 adolescentes sont concernées en France par la question des mariages forcés, dans les communautés africaine, maghrébine, turque mais aussi asiatique (Pakistan, Inde, Sri Lanka) ou tzigane ». Forcés, arrangés ou librement consentis, les mariages, chez des jeunes filles de 14-16 ans, fréquemment non-scolarisées, et soumises à des normes familiales et communautaires fortes et souvent exclusives, laissent néanmoins penser à une marge de choix relativement étroite. Et l'absence de mobilisation, ou même de « discours » à ce sujet, contribue probablement à faire que ces pratiques puissent continuer à être perçues comme étant légitimes.

- **Des grossesses fréquentes, précoces et peu suivies médicalement**

*Grossesses fréquentes chez des adolescentes*

Compte tenu de l'âge précoce au mariage et de la faible couverture contraceptive, il est fréquemment évoqué, par les acteurs en contact avec les populations roms, des grossesses parmi des adolescentes. Là-également les chiffres font défaut mais, dans certaines notes de collectifs ou d'associations ou des travaux de recherches décrivant les personnes présentes sur des bidonvilles, il est parfois mentionné de jeunes mères ou des femmes enceintes âgées de 16-17 ans. Par exemple dans son étude ethnographique sur la tuberculose, C. Knaff indique que sur

---

255 Hasdeu I. Corps et vêtements des femmes Roms en Roumanie. Un regard anthropologique. *Études tziganes*, 2008 ; 33-34 : pp. 60-77.

256 Hors la rue. Rapport d'activité 2010. Repérage et accompagnement vers le droit commun des mineurs étrangers en danger, isolés ou mal accompagnés : p. 46.

257 European Commission. 2010. *op. cit.* voir note 163 : p. 26.

258 Haut conseil à l'intégration. Les droits des femmes issues de l'immigration. Avis à Monsieur le Premier ministre. 2003 : 45 p.

le terrain qui fait l'objet de son observation, sur huit femmes enceintes, cinq sont mineures<sup>259</sup>. Le rapport d'activité 2008 de la Mission banlieue de Médecins du Monde note que l'équipe de la Mission auprès des Roms en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne a rencontré des jeunes femmes ayant rapporté avoir eu leur première grossesse à 13-14 ans. Dans une émission sur la santé des Roms, une pédiatre bénévole de Médecins du Monde en Île-de-France mentionne avoir déjà vu « plusieurs mamans de 13 ans »<sup>260</sup>. Dans son travail mené auprès des femmes roms en 2007<sup>261</sup>, Médecins du Monde indique que l'âge moyen de la première grossesse était de 17 ans, chez des femmes âgées en moyenne de 22 ans. Néanmoins, ce chiffre doit être utilisé avec précaution, puisque, d'une part, il est calculé sur une population très jeune, et d'autre part, les données ont été recueillies lors des entretiens de suivi de grossesse, c'est-à-dire exclusivement auprès de femmes enceintes à cet âge. Pour autant, il constitue une source d'information puisqu'il permet de voir que les femmes avec lesquelles l'association a conduit des entretiens de suivi de grossesse avaient en moyenne 22 ans, ce qui est relativement jeune, et qu'elles avaient eu leur première grossesse à 17 ans en moyenne, c'est-à-dire avant leur majorité.

#### *Un suivi médical des grossesses faible et tardif*

Le constat, commun aux acteurs intervenant auprès des Roms, est l'absence ou quasi-absence de suivi des femmes roms pendant leur(s) grossesse(s). Selon les données de Médecins du Monde recueillies auprès des femmes roms en 2007<sup>262</sup>, seule une femme sur dix était suivie durant sa grossesse. Il n'est ainsi pas rare que des femmes viennent aux urgences des maternités le jour de l'accouchement, sans avoir consulté auparavant. Dans un entretien réalisé par A. Nacu en 2008<sup>263</sup> dans un hôpital francilien, une sage-femme indique : « Quand on a commencé à voir arriver des filles roms à la maternité, ça a été un choc pour nous [...] il y avait tout d'un coup ces filles, beaucoup étaient des ados, enceintes et qui arrivaient pour accoucher, en plein travail [...]. Pour nous, c'est très stressant, il faut imaginer : la fille nous arrive aux urgences et on n'a rien sur elle, ni groupe sanguin, ni échographie, elle ne parle pas français donc on n'a vraiment aucune information ».

Cette absence de suivi s'explique essentiellement par le recours tardif aux soins, en général, dont les causes sociales ont déjà été détaillées dans ce rapport (voir en page 60). Il existe aussi, en l'absence d'éducation à la santé, une « tendance des femmes à ne pas percevoir la grossesse comme nécessitant une médicalisation »<sup>264</sup>. Et, le travail conduit par C. Knaff montre que c'est surtout les femmes qui vont rencontrer des difficultés/complications durant leur grossesse qui auront tendance à mettre en place un suivi pour les grossesses suivantes.

---

259 Knaff C. 2010. *op. cit.* voir note 48 : p. 69.

260 RFI. Priorité santé. *op. cit.* voir note 123.

261 Médecins du Monde auprès des femmes Roms, mars 2008 : 8 p.

262 *Ibid.*

263 Nacu A. 2009. *op. cit.* voir note 184 : p. 52.

264 *Ibid.*

*Grossesses répétées aboutissant fréquemment à des IVG, des fausses couches ou des décès*

Les grossesses apparaissent particulièrement répétées, mais n'aboutissent qu'une fois sur deux à des naissances d'enfant vivant, selon une estimation de Médecins du Monde<sup>265</sup>. Si le recours à des IVG explique une partie de ces grossesses n'aboutissant pas à des naissances, une autre partie s'explique par des fausses couches ou des décès. Le suivi tardif, voire absent, qui empêche toute démarche préventive, les grossesses précoces ainsi que les comportements à risque durant la grossesse (notamment le tabagisme qui favorise les retards de croissance, la prématurité, les fausses couches, etc.) sont autant d'éléments explicatifs, largement façonnés par des déterminants sociaux défavorables.

Les analyses conduites par A. Nacu des dossiers obstétricaux de Médecins du Monde ainsi que des entretiens avec des sages-femmes montrent, en effet, des indicateurs dégradés tant en ce qui concerne la prématurité que le poids à la naissance. Ces constats rejoignent ceux qui sont faits dans les pays d'origine sur la fréquence plus élevée de naissances de petit poids ainsi que de naissances prématurées parmi les populations roms en comparaison de la population majoritaire, facteurs de morbidité et mortalité périnatales et infantiles.

L'enquête, conduite en 1999 par questionnaire quantitatif auprès de 78 personnes roms de nationalité roumaine vivant sur trois terrains à Gennevilliers, permet d'apporter des précisions sur certains aspects<sup>266</sup>. Bien que les données soient relativement fragiles, en raison de la faiblesse des effectifs, et que les indicateurs aient probablement évolué depuis 1999, les données tant socio-démographiques que sanitaires semblent suffisamment comparables avec celles disponibles actuellement pour que ces indicateurs puissent servir d'ordre de grandeur. Parmi les femmes interrogées, 97% ont déclaré n'avoir jamais eu recours à un moyen contraceptif. L'âge moyen à la naissance du premier enfant était de 17 ans. Les femmes ont déclaré en moyenne 6,2 grossesses (quelle que soit l'issue de celle-ci) et 4,5 naissances. Dans cette population, la proportion d'enfants mort-nés était de 21,0 pour 1 000 naissances (taux de mortinatalité) et celle d'enfants décédés entre 0 et 1 an de 29,7 pour 1 000 naissances (taux de mortalité infantile). À titre de comparaison, si on se réfère à la même période, en Île-de-France, le taux de mortinatalité était de 6 à 7 pour 1 000 naissances entre 1989 et 1996 et celui de mortalité infantile de 5 à 8 pour 1 000<sup>267</sup>, soit des taux trois à six fois moins élevés que parmi les populations roms de Roumanie vivant à Gennevilliers interrogées dans cette enquête.

---

265 Médecins du Monde auprès des femmes Roms, mars 2008 : 8 p.

266 Gilg Soit Ilg A. Données médicales et socio-démographiques : les populations roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe. *op. cit.* voir note 232.

267 Source : Insee État-civil - données domiciliées, exploitation FNORS : SCORE-Santé. <http://www.scoresante.org/> [consulté le 15 décembre 2011].

- **Pour les enfants : un cumul d'exclusions renforçant leur vulnérabilité**

Exclusion sociale, exclusion scolaire, exclusion de la prévention, exclusion des soins ; la santé des enfants rroms apparaît très dégradée par le cumul des exclusions.

*La faible scolarisation des enfants les exclut de l'accès à la médecine scolaire et de l'éducation à la santé*

Si certaines familles rroms recourent aux services des centres de Protection maternelle et infantile (PMI), et les associations contribuent à les orienter vers ces dispositifs, ce recours semble souvent guidé par une logique du curatif, suite à des symptômes qui amènent à consulter. Or, les PMI ont comme principe d'offrir des prestations de prévention (et non de soins) aux enfants de moins de 6 ans dans le cadre de leur mission de Protection infantile. Selon une estimation de Médecins du Monde, seul un tiers des enfants rroms seraient suivis en PMI<sup>268</sup>.

Comme le précise le site Internet du ministère de l'Éducation nationale « l'école a une double mission liée à la santé : le suivi de celle des élèves et l'éducation des élèves dans ce domaine. Le suivi de santé des élèves est assuré tout au long de la scolarité. Des bilans de santé sont organisés au sein des établissements. L'éducation à la santé est intégrée dans les programmes de l'école primaire »<sup>269</sup>. Ce suivi médical commence par l'obligation de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite<sup>270</sup>. De plus, en grande section de maternelle ou au cours préparatoire, un premier bilan de santé obligatoire est effectué (à 5-6 ans) comprenant le dépistage systématique des handicaps ou défauts mineurs (problèmes visuels ou auditifs, troubles du langage, du comportement). Cet examen permet le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage. Par la suite, des examens médicaux sont effectués tout au long de la scolarité.

Néanmoins, la faible scolarisation des enfants rroms<sup>271</sup> les exclut de cet accès à la santé et notamment de ce repérage précoce qui permet d'orienter vers une prise en charge adaptée.

*Des enfants faiblement couverts par la vaccination*

En France métropolitaine, certaines vaccinations sont obligatoires pour toute la population : la diphtérie et le tétanos (seule la primo vaccination avec le premier rappel à 18 mois est obligatoire) ainsi que la poliomyélite (la primo vaccination et les rappels sont obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans). Les autres vaccins, notamment contre l'hépatite B, la coqueluche, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons, la rubéole, les infections invasives à méningocoque et,

---

268 Médecins du Monde. Parias, les Rroms en France. Dossier de presse, juillet 2011 : 15 p.

269 Site Internet du ministère de l'Éducation Nationale <http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html> [consulté le 15 décembre 2011]

270 L'absence des vaccinations obligatoires au moment de l'inscription ne doit pas constituer un motif de non admission. En effet, l'article R. 3111-17 du Code la santé publique précise : « L'admission dans tout établissement d'enfants, à caractère sanitaire ou scolaire, est subordonné à la présentation soit du carnet de santé, soit des documents [...] de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires ». Mais cet article souligne aussi : « À défaut, les vaccinations obligatoires sont effectuées dans les trois mois de l'admission ». Code la santé publique – Edition 2011. Dalloz, 2011 : p. 1613.

271 Voir la partie consacrée à la non-scolarisation en page 36.

pour les populations ou régions - dont l'Île-de-France - particulièrement exposées, la tuberculose, sont recommandés mais non obligatoires. Lorsque ces vaccins sont effectués, le calendrier vaccinal recommande qu'ils soient réalisés (ensemble des doses et premier rappel) entre 0 et 24 mois. Par ailleurs, certaines recommandations vaccinales sont formulées pour des classes d'âges ou des populations particulières, notamment : la coqueluche, dans l'entourage des jeunes enfants, la grippe saisonnière, pour les personnes âgées de 65 ans et plus et celles présentant des risques particuliers, les infections à papillomavirus humains (HPV) pour les jeunes filles, avant leur premier sexuel. En France, la recommandation a fixé à 14 ans l'âge au vaccin HPV avec une mesure de rattrapage à 15-23 ans pour les jeunes femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant ce premier rapport sexuel<sup>272</sup>.

Il est difficile d'avoir une estimation précise de la couverture vaccinale parmi la population rom, dans la mesure où l'absence de carnet de santé (ou de vaccination) est très fréquente, sans parler de la quasi-absence de données épidémiologiques en France intégrant des caractéristiques « ethniques ». Dans une enquête que Médecins du Monde a conduite en 2010-2011<sup>273</sup> auprès de 281 personnes roms de moins de 30 ans (dont 72% de mineurs et 34% d'enfants de moins de 6 ans), seules 38% des personnes rencontrées avaient un carnet de santé (30% parmi les personnes nées en Roumanie, 83% parmi celles nées en France). L'enquête montre que, chez les enfants de moins de 2 ans disposant d'un carnet, seuls 71% étaient vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite<sup>274</sup>, pourtant obligatoires. À titre de comparaison, si on se réfère aux certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois, en 1998, 97% des enfants étaient à jour des trois injections en ce qui concerne la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite<sup>275</sup>. L'enquête du cycle triennal, menée auprès des enfants en dernière année de maternelle (5-6 ans) lors de l'année scolaire 2005-2006, montre que 96% des enfants ayant pu présenter un carnet de vaccination étaient à jour des quatre doses recommandées à cet âge du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (95% dans les Zones d'éducation prioritaire, 97% hors de ces zones)<sup>276</sup>.

En ce qui concerne la vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, toujours selon l'enquête de Médecins du Monde, seul un quart des enfants roms âgés d'un an étaient vaccinés. À titre de comparaison, à Paris, dans une enquête conduite en 2009 dans les Centres d'examen de santé de l'enfant de la CPAM, 88% des enfants de 12-18 mois avaient reçu une dose de vaccin contre la rougeole<sup>277</sup>.

---

272 Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. BEH, mars 2011 ; 10-11 : 56 p.

273 Médecins du Monde. Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France. Rapport de la Direction Mission France, Juillet 2011 : 22 p.

274 L'enquête ne précise pas le nombre de doses.

275 InVS. Mesure de la couverture vaccinale en France. Bilan des outils et méthodes en l'an 2000. Rapport de l'INVS, 2001 : 56 p.

276 Guignon N., Collet M., Gonzalez L. et al. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Études et résultats, septembre 2010 ; 737 : pp. 1-8.

277 Vincelet C., Embersin-Kyprianou C., Grémy I. (coord.). Santé des mères et des enfants de Paris. État des lieux pour la mise en place d'un Schéma directeur départemental de la Protection maternelle et infantile. Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, septembre 2010 : pp. 161-168.

Les enfants roms enquêtés par Médecins du Monde sont donc nettement moins couverts par la vaccination qu'en moyenne en France, y compris par les vaccins obligatoires.

En ce qui concerne les enfants roms plus âgés, les seules données chiffrées concernant leur couverture vaccinale sont celles issues du recueil d'informations que l'association Médecins du Monde effectue lors des consultations pédiatriques sur les terrains dans lesquels vivent ces enfants. Si on se réfère aux différents rapports d'activité ou communications de l'association ou du collectif Romeurope, les données apparaissent souvent fluctuantes (selon l'âge des enfants, l'année, le lieu de recueil des données, le type de vaccin, le nombre de doses pris en compte, le fait que ces données reposent sur les déclarations des parents ou sur les carnets de vaccination des enfants, etc.) et il est difficile d'avoir une idée très précise de la couverture vaccinale. Généralement, selon le type de vaccins, la proportion estimée d'enfants âgés de moins de sept ans couverts par la vaccination est de 18 à 30% (la proportion de 6% pour le VHB est parfois aussi indiquée dans certains rapports d'activité). Malgré les limites de ces données, la couverture vaccinale des enfants apparaît très faible. Et compte tenu de l'épidémie actuelle de rougeole en France (et plus généralement en Europe, et notamment en Roumanie<sup>278</sup>), les enfants roms apparaissent particulièrement vulnérables à cette épidémie.

La méconnaissance du système de santé, la faible éducation à la santé, le suivi très partiel des enfants dans les centres de PMI, la logique de l'urgence et de la survie liée aux conditions de vie sont probablement les principaux éléments pouvant expliquer la si faible couverture vaccinale des enfants. La non-scolarisation contribue également à ce phénomène, du fait que les enfants échappent, par l'absence de contrainte formelle, à l'obligation de vaccination. Enfin, il existe aussi parfois quelques réticences des familles à la vaccination. Ainsi, dans le projet de Romeurope sur la médiation sanitaire<sup>279</sup>, parmi les exemples, mentionnés dans le rapport, de difficultés que peuvent avoir les populations roms par rapport aux modèles proposés, il est souligné, pour la vaccination, la difficulté à voir pleurer un enfant ou de faire quelque chose qui provoque de la fièvre et la priorité donnée à la santé de l'immédiat, du curatif avant le préventif.

Les familles sont néanmoins soucieuses de la santé de leurs enfants et les actions d'éducation à la santé aboutissent à une meilleure couverture vaccinale. Ainsi, le rapport d'activité 2009 de l'AŞAV (Association pour l'accueil des voyageurs), qui a mis en place une équipe « vaccinations », indique que « les familles sont moins réticentes à l'égard des vaccinations car elles voient l'effet sur leurs enfants des premiers vaccins : absence de maladies contagieuses telles que la rougeole, la coqueluche... Elles se rendent compte également que cela leur permet de scolariser leurs enfants »<sup>280</sup>.

---

278 Stanescu A., Janta D., Lupulescu E., Necula G., Lazar M., Molnar G., Pistol A. Ongoing measles outbreak in Romania, 2011. *Euro Surveill*, 2011 ; 16(31) : pp. 1-4. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19932> [consulté le 15 décembre 2011]

279 Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiations sanitaires auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. *op. cit.* voir note 180 : p. 66.

280 AŞAV. Rapport annuel d'activité et de performance. Année 2009. Action socio-sanitaire en direction des Roms roumains menée par l'AŞAV dans le Val d'Oise, 2010 : p. 13.

*La santé des enfants dégradée par l'absence de démarches préventives*

Différents aspects, rapportés dans des rapports ou lors de communications, montrent que l'absence de démarches préventives ou de possibilités de les mettre en œuvre (suivi médical régulier, hygiène de base, etc.) contribue à dégrader nettement la santé des enfants (ainsi que celle des adultes).

Outre le fait que l'absence de surveillance des paramètres de croissance et d'acquisition des enfants et plus généralement l'absence de suivi médical ne permettent pas le diagnostic et la prise en charge des handicaps (majeurs ou mineurs) ou des retards de croissance, deux aspects, fréquemment évoqués, peuvent être soulignés :

- une santé bucco-dentaire très dégradée par le manque d'hygiène (absence d'éducation à la santé, absence d'accès à l'eau, etc.) et par les habitudes alimentaires peu favorables à la santé ;
- une malnutrition aboutissant fréquemment à des carences nutritionnelles. L'étude sur la scolarisation des enfants roms<sup>281</sup> a pu montrer que lorsque les enfants étaient scolarisés, ils pouvaient généralement accéder à la cantine scolaire, même lorsque la famille ne pouvait régler les frais, leur permettant ainsi d'avoir un repas complet quotidiennement. Mais pour la plupart des enfants, l'absence de scolarisation ne leur offre pas cette possibilité.

*Des conditions de vie qui exposent les plus jeunes à des risques - sanitaires et sociaux - majeurs*

Les conditions de vie des populations roms, et a fortiori celles des enfants et des adolescents, les exposent à des risques majeurs. Outre l'exposition à la saleté, à la pollution (tant sur les lieux de vie que sur les lieux d'activité), le principal aspect qui peut être souligné concernant la santé des enfants ou des adolescents roms est que les activités pratiquées par certains d'entre eux (mendicité, petits « boulots » - tels que nettoyage de vitres de voitures, spectacle de musique dans la rue ou le métro, etc. -, délinquance, prostitution, etc.) peuvent représenter une réelle mise en danger. Ces activités sont d'autant plus pratiquées que les jeunes ne sont pas scolarisés. De plus, leur âge les rend plus vulnérables à des situations de trafics, de travail sous contrainte, etc.

L'association Hors la Rue qui intervient auprès de mineurs étrangers en danger indique dans son rapport d'activité 2009, au sujet des jeunes roms qui se prostituent, que « malgré la présence de nombreux acteurs sur la gare du Nord, il n'existe pas à ce jour de travail entrepris en matière de prévention des risques pour cette population. Cette carence tient sans doute à des difficultés linguistiques. Or il nous est apparu qu'il existe une véritable demande de la part des jeunes ». Néanmoins, durant l'année 2010, l'association s'est inscrite dans un projet de trois ans impliquant sept pays européens, dont la France et la Roumanie, de prévention des addictions aux drogues parmi la population des jeunes roms<sup>282</sup>. Cette même association, dans son rapport

---

281 Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. *op. cit.* voir note 85.

282 Projet SRAP : Addiction prevention within roma and sinti communities.

d'activité de 2010, souligne, dans un chapitre intitulé « Barrières administratives et découragement de l'ensemble des acteurs pour les enfants roms », qu'« au cours de l'année 2010, nous avons effectué près de 110 signalements auprès de la CRIP [Cellule de recueil des informations préoccupantes<sup>283</sup>] et/ou du Parquet. Nous avons aussi encouragé des jeunes à faire une auto-saisine du juge pour enfant lorsque tous les recours semblaient épuisés. Malgré de nombreuses relances, très peu de situations ont fait l'objet de mesures concrètes avec la mise en place d'un réel suivi éducatif. Les obstacles décrits ci-dessus semblent responsables d'un découragement profond de l'ensemble des acteurs qui aboutit, au final, à l'absence d'une protection de l'enfance pour la majorité des enfants ».

---

283 « La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance charge le président du conseil général du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger. On entend par information préoccupante tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner. ». Ministère de la Santé et des Solidarités. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique Protection de l'enfance, nd : p. 9.

## 2.4 Quelles spécificités des populations roms vivant en Île-de-France par rapport à d'autres populations migrantes en situation précaire ?

Comme cela est indiqué dans différentes parties de ce rapport, les populations roms n'ont pas de problèmes de santé qui leur seraient spécifiques, et cela paraît presque une évidence de le mentionner ainsi. Leur santé présente comme principales caractéristiques celles que l'on observe fréquemment parmi les populations en situation de grande précarité et d'exclusion, notamment parmi celles en situation irrégulière de séjour sur le territoire. Parmi les principaux déterminants de l'état de santé des populations en grande précarité, on retrouve un faible niveau d'éducation formelle (et d'éducation à la santé), une faible couverture médicale (d'autant plus, pour les populations en situation irrégulière), un recours aux soins tardif, des démarches préventives souvent mises de côté, des conditions et modes de vie peu favorables à la santé, aboutissant à un état sanitaire dégradé.

Néanmoins, certains déterminants de la santé, s'ils ne sont pas spécifiques des populations roms, apparaissent avec une telle fréquence et une telle ampleur parmi ces populations, se cumulant le plus souvent entre eux, qu'ils méritent d'être soulignés comme des problématiques rarement observées dans d'autres populations vivant en France :

- **l'absence de perspectives et de possibilités d'insertion** : différents éléments de la vie des populations roms en France semblent conduire à un « enlèvement irréversible », pour reprendre l'expression utilisée par F. Lamara et P. Aïach dans une étude sur la santé des Roms réalisée il y a plus de dix ans<sup>284</sup>. L'instabilité permanente des lieux de vie (évacuation des campements, éloignements du territoire, aller-retour fréquents entre la France et le pays d'origine, etc.), la quasi-impossibilité - de fait - de pouvoir obtenir une autorisation de travail, et donc des ressources régulières, la faible possibilité de scolariser les enfants, et donc de pouvoir les inscrire dans un processus d'intégration, sont autant d'éléments qui n'autorisent aucune perspective d'insertion, plaçant ces populations dans une véritable impasse. Et celle-ci apparaît d'autant plus renforcée que les perspectives dans les pays d'origine semblent aussi relativement limitées. Ce contexte d'instabilité constitue une caractéristique peu fréquemment observée, de façon aussi systématique, dans d'autres populations en grande précarité. Dans ce contexte, les problématiques sanitaires sont peu (voire ne sont pas) prises en compte, et lorsqu'elles le sont, leur prise en charge, généralement tardive, est ponctuée par des ruptures de soins, causées elles-mêmes par les ruptures fréquentes dans les parcours de vie ;
- **l'expérience de la stigmatisation et des discriminations** : les discriminations importantes subies par les populations roms dans leur pays d'origine ont contribué à favoriser de la part de ces populations un sentiment fréquent de méfiance vis-à-vis des institutions. Cette méfiance se retrouve y compris vis-à-vis des institutions sanitaires, productrices également parfois de traitements discriminatoires, dont l'exemple le plus

---

284 Lamara F. Aïach P. 2000. *op. cit.* voir note 189.

frappant est la stérilisation forcée des femmes roms encore pratiquée dans certains pays d'Europe. Les populations roms vivant en France, qui ont eu l'expérience - directe ou indirecte - de ces traitements discriminatoires dans leur pays d'origine, peuvent être aussi confrontées en France à des attitudes ou pratiques stigmatisantes (ou perçues comme telles), notamment de la part des professionnels sanitaires et sociaux. Ces expériences de la stigmatisation peuvent éloigner davantage les populations roms du système du soin, par ce processus déjà évoqué d'« intériorisation de l'illégitimité »<sup>285</sup>, mais aussi contribuer à renforcer ces pratiques stigmatisantes par des comportements agressifs (ou perçus comme tels) des populations roms vis-à-vis de l'institution et des professionnels. Si d'autres populations (celles en situation précaire, les migrants en général, ceux en situation irrégulière, etc.) peuvent être confrontées à des pratiques stigmatisantes et/ou discriminatoires, c'est probablement, pour les populations roms, leurs fréquences, dans différentes sphères de leur vie (éducation, santé, transport<sup>286</sup>, etc.), qui en fait une spécificité ;

- la grande **méconnaissance de ces populations**, notamment par les professionnels en contact avec les Roms : la revue de la littérature et de la presse, les débats lors des colloques, ainsi que les entretiens conduits dans le cadre de ce travail montrent la méconnaissance (et les fantasmes que cela entraîne) à l'égard des populations roms, et plus généralement des Tsiganes. Différents éléments peuvent contribuer à expliquer cela : la diversité des populations roms/tsiganes, le fait qu'il s'agisse d'une minorité/de minorités transnationale(s), le fait que ces minorités, selon leur origine, ne se reconnaissent pas forcément comme faisant partie d'un même groupe, l'usage de différents termes - endonymes ou exonymes - pour qualifier cette/ces minorité(s), l'absence de reconnaissance - et donc de visibilité - des minorités en France, la faible affirmation de l'accès à la citoyenneté parmi les Roms, et plus généralement parmi les Tsiganes, qui contribue aussi à cette invisibilité, etc. Cette méconnaissance (ou connaissance erronée) conduit à des confusions et à des stéréotypes fréquents. Il existe, par exemple, une perception, souvent partagée, que les conditions de vie des Roms en France (habitat dans des campements, mendicité, travail non déclaré, pauvreté, etc.) constituent le mode de vie « habituel » des Roms et non une situation subie et que l'instabilité des lieux de vie serait causée par leur supposé « nomadisme », c'est-à-dire serait la conséquence d'un *choix* de vie. Cette méconnaissance conduit parfois les professionnels sanitaires et sociaux à recourir à des explications culturalistes pour qualifier les comportements des populations roms, niant par la même les processus sociaux et politiques qui conduisent à ces comportements, aboutissant alors à des réponses parfois inappropriées et/ou des traitements inéquitables.

---

285 Voir à ce sujet en page 55.

286 Par exemple, il a été évoqué, lors d'un colloque, le cas de chauffeurs de bus en Île-de-France, ne s'arrêtant pas à l'arrêt, si seules des personnes roms (ou identifiés comme telles) attendaient le bus. Pauti. 2009. *op. cit.* voir note 205 : p. 4.

### 3. Interventions sanitaires et sociales en direction des « Roms migrants » vivant en Île-de-France



### 3.1 Diversité des intervenants et des interventions

Les entretiens conduits dans le cadre de cette étude<sup>287</sup> ainsi que la revue de la littérature montrent qu'un nombre élevé d'organismes en Île-de-France interviennent en direction des populations rroms (ou sont en contact avec celles-ci), si on se réfère au domaine de la santé et à ses principaux déterminants sociaux, tels qu'ils sont décrits dans la première partie de cette étude. Il ne s'agit pas ici de faire un recensement exhaustif des intervenants mais d'en citer les principaux et de décrire leurs champs d'intervention.

- **Les associations, collectifs/comités de soutien aux populations rroms**

Leurs interventions portent principalement :

- dans le champ social : sur la domiciliation, le soutien juridique, l'aide à l'ouverture des droits, notamment à une couverture maladie, l'aide à la scolarisation ;
- dans le champ sanitaire : sur l'offre de consultations médicales, des actions de prévention (y compris des vaccinations) et d'éducation à la santé, l'orientation et l'accompagnement vers le dispositif sanitaire de droit commun et, plus généralement, la médiation socio-sanitaire.

Certaines associations proposent aussi des aides plus strictement matérielles couvrant les besoins élémentaires (distributions de repas, vêtements, couvertures, matelas, etc.).

Les actions des différentes associations intervenant en Île-de-France<sup>288</sup> auprès des populations rroms se coordonnent au sein du collectif national Romeurope, dont sont membres la plupart des associations, ainsi que dans des réunions franciliennes de coordination. De plus, un certain nombre d'associations ont mis en place des actions communes (par exemple, l'AŠAV et Médecins du Monde).

---

287 Voir en annexe 1 (p. 137) la liste nominative des personnes rencontrées.

288 Notamment Médecins du Monde (Mission Rroms et CASO), le Comité d'aide médicale (en dépôt de bilan depuis juillet 2011), l'AŠAV, Hors la rue, le Secours catholique, l'Association Coup de main, la Fondation Abbé Pierre, Emmaüs, ATD Quart-monde, Parada France, Rues et Cités, Réseau Éducation sans frontière, le Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples (MRAP), la Ligue des droits de l'homme, l'association pour l'Aide à la scolarisation des enfants tsiganes et jeunes en difficulté (ASET), la Cimade, les différents collectifs/comités de soutiens aux familles rroms, la Voix des Rroms.

- **Les services de l'État**

*Les Préfectures de département et la Préfecture de région*

Dans les faits, trois axes d'intervention en direction des populations roms peuvent être distingués<sup>289</sup> :

- les actions qui relèvent du champ de « l'ordre public » et qui se caractérisent par les évacuations, sur intervention policière, des campements situés sur des terrains occupés sans titre. Ces évacuations se font sur décisions de justice (ordonnance du Président du Tribunal de grande instance ordonnant l'évacuation du terrain, à la suite de la plainte du propriétaire). Plus récemment, des évacuations ont pu se faire sans décision de justice (et sans plainte du propriétaire qui, dans un des cas, en mars 2011, était la commune de Bobigny), sur un arrêté de la Préfecture ordonnant l'évacuation du terrain, en se basant sur l'article L. 2215-1 du Code général des collectivités territoriales. Cet article prévoit que « le représentant de l'État dans le département peut prendre, pour toutes les communes du département ou plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques » ;
- les actions qui relèvent du champ social (« cohésion sociale ») par la participation financière (gestion locative, intervention par le biais de l'Allocation logement temporaire, subvention d'équilibre) et le co-pilotage de Maîtrises d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) spécifiquement destinées aux populations roms, dont certaines sont appelées « villages d'insertion » (Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen, Bagnolet) ;
- l'application du « code du séjour » pour les étrangers allant de la délivrance d'autorisation de séjour et de travail à la notification d'Obligation de quitter le territoire français (OQTF).

L'entretien conduit à la Préfecture de région<sup>290</sup> souligne l'absence de « pilotage » au niveau régional des actions conduites en direction des populations roms. Les trois axes d'intervention ont, en effet, été décrits comme relevant d'une compétence gérée au niveau de chaque Préfecture de département, sur instructions délivrées au niveau national. Le Plan régional d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PRAHI), qui a donné lieu à un processus de concertation en 2009, sous l'autorité du Préfet de région, proposait des actions spécifiques en direction des populations roms, en matière d'accès au logement et de renforcement de l'accompagnement social. Mais ce Plan n'a jamais été approuvé. Les actions qui y étaient décrites relevaient notamment des missions de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) en Ile de France, qui assure un pilotage régional des politiques de l'État et assure leur mise en œuvre pour Paris et les départements de la proche couronne, et des Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), qui assurent leur mise en œuvre pour les départements de la grande couronne. Ces deux Directions peuvent

---

289 Éléments issus principalement de l'entretien conduit avec la Préfecture de Seine-Saint-Denis (août 2010).

290 Entretien réalisé le 20 septembre 2010.

intervenir sur les questions d'hébergement des populations roms, notamment dans les différents dispositifs mis en place (voir partie 3.2).

*L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) et ses directions territoriales*<sup>291</sup>

Si l'OFII est « le seul opérateur de l'État en charge de l'intégration des migrants durant les 5 premières années de leur séjour en France »<sup>292</sup>, c'est principalement sur sa mission de « la gestion du dispositif national des aides au retour » que les populations roms sont en contact avec les directions territoriales. En effet, les propositions d'Aides au retour humanitaire (ARH) sont effectuées par l'OFII, dans le cadre des opérations menées conjointement avec la Préfecture lors des évacuations de campements. Le volontariat, qui constitue l'un des principes d'attribution de ces aides, semble parfois sujet à caution, si on se réfère à différents constats qui se recourent (voir pp.32-35). Il a été mentionné, lors de l'entretien à l'OFII, que certaines personnes viendraient également spontanément à la Direction territoriale faire une demande d'aide au retour, mais nous ne disposons pas d'éléments chiffrés à ce sujet.

*L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et ses délégations territoriales*<sup>293</sup>

Les modalités d'actions en direction des populations roms peuvent être regroupées selon quatre principaux axes :

- l'ARS apporte un soutien financier auprès des associations qui conduisent des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des populations roms. En 2011, l'ARS Île-de-France a financé trois associations pour un montant total de 135 150 € : Médecins du Monde (MDM), l'Association départementale pour la promotion des Tsiganes et Voyageurs (ADEPT dans le 93) et l'Association pour l'accueil des Voyageurs (AŞAV dans le 95). De plus, le Comité d'aide médicale (CAM) a reçu, en 2010, 157 867 € de subventions, lui permettant de mener des actions en faveur des Roms jusqu'au dépôt de son bilan mi 2011. Ces associations sont intervenues pour des actions de promotion de la santé, de périnatalité pour les personnes roms vivant dans les bidonvilles, de médiations sanitaires (en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise), de sensibilisation individuelle et collective et de mise en relation avec les dispositifs existants. Pour chaque opérateur et chaque action, une convention d'objectifs et de moyens a été signée avec des indicateurs d'activité, de moyens et de résultats ;
- en ce qui concerne la tuberculose, l'ARS a élaboré une politique régionale de lutte contre la tuberculose et la met en œuvre en coordonnant l'ensemble des institutions et acteurs, dont cinq Conseils généraux sur les huit départements franciliens. Les cinq Conseils généraux sont financés par Dotation globale de financement dans le cadre des actions re-centralisées confiées à certains départements volontaires. Les Centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) sont chargés de la mise en œuvre opérationnelle. L'objectif

---

291 Éléments issus de l'entretien conduit avec l'OFII (Direction territoriale de Bagnole, août 2010) et des données présentées sur le site Internet de l'OFII.

292 Site de l'OFII : [http://www.ofii.fr/qui\\_sommes-nous\\_46/nos\\_missions\\_2.html](http://www.ofii.fr/qui_sommes-nous_46/nos_missions_2.html) [consulté le 15 décembre 2011]

293 Éléments issus des entretiens conduits avec l'ARS et les délégations territoriales dans le cadre de cette étude (juin 2010 et novembre 2011).

de réduction de l'incidence de la tuberculose en Île-de-France s'accompagne d'actions spécifiques en direction des populations à risque afin de favoriser la prévention primaire et le dépistage ciblé. Les populations rroms sont identifiées comme faisant partie de ces populations à risques ;

- par ailleurs, l'ARS intervient ponctuellement quand une situation s'impose (notamment dans un contexte épidémique). Le rôle de l'ARS est alors surtout la mise en lien des partenaires (associations, Conseil général, PMI, etc.). Par exemple, en 2011, des cas groupés d'hépatite A ont été dépistés dans des campements de Rroms à Saint-Ouen-l'Aumône/Liesse (95). La Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire de la délégation territoriale de l'ARS du Val-d'Oise a été prévenue, s'est rapprochée de Médecins du Monde, du Conseil général du Val-d'Oise et de la PMI. Une première séance de vaccination a été conduite le 15 octobre (incluant DT-polio, ROR et hépatite A). Une seconde séance de vaccination a été réalisée en décembre, au cours de laquelle le Conseil général a également organisé un dépistage de la tuberculose ;
- enfin, une réflexion est actuellement engagée par l'ARS dans le cadre de l'élaboration du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) des populations démunies, dans lequel la question de la santé des Rroms est clairement posée.

Dans le cadre de ses missions, le principal enjeu de l'ARS, tel qu'il a été décrit lors de l'entretien conduit avec l'ARS et ses délégations<sup>294</sup>, pour conduire des actions en direction des populations rroms, notamment dans le cadre d'infections avec problématique de contagion (comme la tuberculose ou la rougeole), est la difficulté de suivi des personnes liée aux expulsions itératives, sans coordination, des campements / éloignements du territoire et les risques que cela entraîne en matière de santé publique. Dans le cas de la tuberculose, cette instabilité des lieux de vie aboutit à des ruptures de traitements qui entraînent la possibilité d'émergence de souches résistantes, et des risques de dissémination de l'épidémie en France et/ou en Roumanie. En Seine-Saint-Denis, par exemple, des évacuations ont eu lieu dans des campements où des actions sanitaires étaient menées (dépistage de la tuberculose, traitements de la tuberculose et de la rougeole, vaccination, médiation sanitaire). Cela a conduit le Comité de pilotage du Plan départemental de lutte contre la tuberculose à devoir renoncer à continuer à effectuer des dépistages dans les campements et à traiter les personnes rroms par antibiothérapie, pour ne pas encourager les résistances aux traitements. Cette décision, datant de septembre 2010 et toujours d'actualité fin 2011, a été prise faute de pouvoir renouveler une pratique - qui existait auparavant - pour que l'impératif de sécurité publique, mis en avant pour expliquer les expulsions des camps, ne contrecarre pas les actions favorables à la santé publique (comme le dépistage et le traitement de la tuberculose).

Dans un tout autre contexte, l'action de dépistage de la tuberculose (en septembre 2011) visant tous les habitants du quartier du Chêne-Pointu<sup>295</sup>, à Clichy-sous-Bois (Seine-Saint-Denis),

---

294 *Ibid.* Entretien de novembre 2011.

295 Ce quartier se caractérise par des logements très dégradés, des habitants en situation de grande précarité, originaires pour beaucoup d'Afrique sub-saharienne, où la prévalence de la tuberculose est élevée.

semble, selon l'entretien conduit avec l'ARS et ses délégations<sup>296</sup>, avoir favorisé une meilleure compréhension par la Préfecture des enjeux de santé publique et pourrait permettre de rechercher des solutions pour résoudre « le conflit des deux réglementations » (sécurité publique et santé publique).

#### *Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)*

Les contacts des populations roms avec la Sécurité sociale se font à travers l'accès à l'assurance maladie (demande d'AME ou de CMU). Ces démarches, qui nécessitent pour certaines d'être renouvelées chaque année, et qui, depuis la nouvelle loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité de juin 2011, ne peuvent se faire que dans les CPAM (voir pp. 42-43), sont généralement accompagnées par les associations. Des difficultés sont fréquemment rapportées par celles-ci concernant la reconnaissance des droits par les caisses (voir pp. 39, 41 et 43). Cet aspect est également soulevé par l'ARS en ce qui concerne les délais d'instruction des demandes d'AME et les moyens à mettre en œuvre pour améliorer les relations avec les CPAM<sup>297</sup>. Des partenariats entre des associations et des CPAM existent, permettant de faciliter les procédures. C'est le cas, par exemple, de la CPAM des Hauts-de-Seine qui met à disposition, une demi-journée par semaine, une déléguée solidarité de la CPAM, au sein même de l'association AŠAV<sup>298</sup>.

### • **Les collectivités territoriales**

#### *Le Conseil régional d'Île-de-France<sup>299</sup>*

Les actions de la Région en direction des populations roms portent sur des soutiens financiers tant d'investissement que de fonctionnement.

- depuis 2005, le Conseil régional a mis en place, dans le cadre de sa politique de résorption des bidonvilles, un dispositif lui permettant de soutenir financièrement des projets d'hébergement, d'habitat temporaire et d'accueil de familles roms. La volonté de la Région est de pouvoir soutenir des projets limités dans le temps (d'une durée maximum de trois ans), afin de favoriser l'orientation des personnes incluses dans ces projets vers le droit commun. Les financements, plafonnés depuis 2011 à 250 000 €<sup>300</sup> (et dans la limite de 50% du coût du projet) portent sur des dépenses d'investissement (hors équipement). Si les projets ont mis du temps à émerger de la part des communes, l'année 2011 a été marquée par une accélération des opérations présentées. En plus de celles déjà soutenues précédemment (Aubervilliers, Bagnole en 2006, et Montreuil en 2009), d'autres ont bénéficié d'un financement et sont implantées à Orly et Choisy-le-Roi (94), Aubervilliers et deux à Montreuil (93). Certaines, au moment de la rédaction de cette étude, sont en cours de finalisation comme à Saint-Denis (93) ;

---

296 *Ibid.* Entretien de novembre 2011.

297 *Ibid.* Entretien de novembre 2011.

298 AŠAV. Synthèse des activités à visée d'insertion sociale et citoyenne, Gens du voyage et Roms migrants. Année 2010, juin 2011 : 43 p.

299 Éléments issus principalement de l'entretien conduit avec le Conseil régional d'Île-de-France (23 juin 2010) complétés en septembre 2011.

300 Initialement, ils étaient plafonnés à 500 000 €.

- parallèlement à ces financements destinés à soutenir l'organisation matérielle de l'hébergement, la Région a attribué des subventions annuelles à des associations chargées de l'accompagnement social, de l'accès aux droits fondamentaux et aux soins des personnes roms, soit plus d'une vingtaine de projets et programmes soutenus sur la période 2005-2011. Ces subventions ont été attribuées dans le cadre de conventions triennales ou du Programme régional de santé public 2006-2010, dont certains objectifs ciblaient les « personnes en situation de vulnérabilité sociale » (objectifs 26 à 28).

#### *Les Conseils généraux<sup>301</sup>*

De par leurs compétences propres, issues des lois de décentralisation, les Conseils généraux ont comme mission centrale l'action sociale (aide sociale à l'enfance, aide aux handicapés, aide aux personnes âgées, insertion sociale et professionnelle, aide au logement, protection judiciaire de la jeunesse) et dans le domaine sanitaire, la responsabilité de la protection de la famille et de l'enfance. Depuis 2004, les Départements peuvent également exercer leurs compétences, de façon volontaire et dans le cadre de conventions conclues avec l'État, en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles. Ces missions complémentaires, mises en œuvre en fonction des choix politiques et des besoins des départements, aboutissent à des champs d'intervention différenciés selon les territoires.

De façon générale, en Île-de-France, les populations roms sont en contact avec les services des Conseils généraux principalement à travers :

- les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) et les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) : ils assurent des prestations gratuites de prévention à destination des enfants de moins de six ans ainsi que des femmes enceintes ou en âge de procréer, délivrent des informations sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la sexualité, etc. Les associations accompagnent et orientent fréquemment les familles roms vers ces dispositifs. Certains centres de PMI ont mis en place des plages horaires avec des traducteurs en langue romani, permettant un meilleur accueil des familles roms et une prise en charge plus efficace ;
- la lutte contre la tuberculose : elle est coordonnée dans chaque département par les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) à travers notamment le dépistage, le traitement et le suivi des patients, les enquêtes autour d'un cas, la vaccination et les actions de prévention et d'informations. En Île-de-France, cinq Conseils généraux ont passé convention avec l'État pour mettre en œuvre la lutte antituberculeuse : Paris, les Yvelines, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise (voir p. 68) ;
- les actions de vaccinations : pour les enfants de six ans et plus (ne relevant donc plus des missions des PMI) et les adultes, certains Conseils généraux financent des vaccins, mettent à disposition du personnel administratif/médical et/ou conduisent des actions de

---

301 Éléments issus des entretiens conduits au Conseil général de Seine-Saint-Denis (4 juin 2010 et 21 décembre 2010, complétés en septembre 2011) ainsi que de la description des missions des Conseils généraux sur le site Vie-publique <http://www.vie-publique.fr/>. [consulté le 15 décembre 2011]

vaccination (centres de santé, centres de vaccination, lycées, foyers de travailleurs migrants, etc.).

Certains Conseils généraux participent également financièrement à des projets d'hébergement, d'habitat temporaire et d'accueil de familles roms. C'est le cas, par exemple, du Conseil général du Val-de-Marne qui a mis en place, en juin 2011, une action conjointe avec la municipalité d'Orly, en direction de dix-sept familles roms, dont certaines étaient initialement installées sans autorisation sur un terrain appartenant au Département. L'action, sous maîtrise d'ouvrage du Conseil général, porte sur l'aménagement du terrain, la construction d'habitations et l'accompagnement social des familles<sup>302</sup> (voir à ce sujet partie 3.2).

#### *Les communes ou agglomérations/communautés de communes*

Il s'agit du niveau territorial le plus étroitement en contact, de façon quotidienne, avec les populations roms. Les sollicitations et interventions portent sur différents champs :

- la présence de « campements » sur le territoire des communes sollicite des compétences municipales (services voirie, propreté, urbanisme) pour aménager les terrains (notamment équipement en eau, ramassage des ordures ménagères, etc.). Bien que l'installation d'un « campement » sur le territoire d'une commune soulève, pour toute municipalité, des difficultés indéniables (sur le plan de la sécurité, de l'aménagement d'un terrain, de l'occupation non autorisée de celui-ci, des conflits de voisinage que cela peut entraîner, de l'accueil d'une population en errance, etc.), des réponses assez différenciées existent selon les communes. Si certaines mettent en place des aménagements de base, pour sécuriser au minimum le terrain, parfois sous la pression des associations et collectifs de soutien aux populations roms, force est de constater que dans de nombreux cas, les terrains ne bénéficient d'aucun aménagement. Comme nous le verrons dans la partie suivante, la crainte de voir les populations « s'installer » si le terrain est aménagé, et/ou de voir d'autres personnes les rejoindre, constitue les principaux freins. De plus, les processus récurrents d'évacuation des campements rendent les initiatives des communes souvent peu efficaces (à peine le terrain est-il aménagé que les populations risquent d'en être évacuées), les incitant plutôt à ne pas entreprendre d'actions sur ces campements, et de ne pas engager de dépenses, compte tenu de leur instabilité ;
- l'inscription des enfants dans les écoles élémentaires et le contrôle de l'obligation scolaire (services éducation, vie scolaire) : la délivrance d'un certificat permettant l'inscription des enfants dans les écoles primaires ainsi que le contrôle de l'obligation scolaire sont des compétences de la mairie. Là-également, des réponses assez différenciées existent (voir en page 36), aboutissant à un accès plus ou moins facilité à la scolarisation. Par ailleurs, il est peu fréquent que le contrôle de l'obligation scolaire soit véritablement exercé par le Maire. Généralement, les associations et les collectifs jouent un rôle central pour aller vers les familles sur les campements, les encourager à

---

302 Site du Conseil général du Val de Marne : <http://www.cg94.fr/webtv/solidarites/20956-aide-a-l-insertion-des-roms.html> [consulté le 15 décembre 2011]

scolariser les enfants et entreprendre les démarches avec elles pour faciliter les inscriptions scolaires. C'est d'ailleurs parfois la présence visible d'enfants non scolarisés sur les « campements », et le sentiment d'injustice que cela peut provoquer, qui a pu constituer l'élément déclencheur pour mettre en place un Comité de soutien à des familles rroms<sup>303</sup> ;

- la délivrance des attestations de domiciliation dans les Centres communaux d'action sociale (CCAS) : cette attestation de domiciliation revêt toute son importance puisqu'elle est fréquemment exigée - bien que pas toujours nécessaire<sup>304</sup> - pour l'ouverture de droits, notamment celui à l'Aide médicale d'État (AME). Théoriquement, les CCAS peuvent établir des attestations de domiciliation. Néanmoins, ce sont plutôt les associations agréées qui assurent la très grande majorité d'entre elles (83% en Île-de-France)<sup>305</sup>. En effet, certains CCAS rejettent les demandes venant de personnes en situation irrégulière. De plus, dans les CCAS, la condition qui consiste, pour la personne, à montrer qu'elle a « un lien avec la commune » apparaît difficile à remplir pour les populations rroms, et de façon plus générale, pour les populations en situation irrégulière.
- les Centres de santé municipaux (services santé, hygiène) : ce sont des lieux de proximité, assurant des activités de soins, des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé. Comme le souligne le site internet des Centres de santé<sup>306</sup>, « l'objectif des centres de santé est d'être un lieu accessible à tous sur des horaires élargis et de dispenser des soins coordonnés permettant une prise en charge globale de la santé des patients, incluant l'éducation thérapeutique et sanitaire, la prévention, le dépistage et la lutte contre les inégalités sociales de santé ». Dans certaines communes où des dispositifs d'hébergement ont été mis en place, les populations rroms ont pris l'habitude de recourir à des centres de santé dans lesquels des relations de confiance ont pu être établies ;
- les services de sécurité, de prévention de la délinquance ou service de la tranquillité publique ou encore service juridique peuvent également être amenés à intervenir. Ce sont, par exemple, ces services qui peuvent être mobilisés lorsque certaines mairies saisissent la Justice pour l'occupation sans titre de terrains appartenant à la commune. Si certaines municipalités saisissent la Justice, afin de permettre l'évacuation du campement, il semble aussi<sup>307</sup> que d'autres municipalités saisissent la Justice dans l'objectif de ne pas engager la responsabilité du propriétaire du terrain (la commune dans ce cas) en cas d'accidents sur des terrains généralement non sécurisés, davantage que dans l'objectif d'évacuer le terrain ;

---

303 Issu de l'entretien conduit avec M. Fèvre, président de ROMEUROPE 94 (8 juin 2010).

304 Voir en page 40.

305 Guillouet J.-J. 2010. *op.cit.* voir note 104.

306 Site des Centres de santé : <http://www.lescentresdesante.com/rubrique30.html> [consulté le 15 décembre 2011]

307 Entretiens, revue de la presse, de la littérature, colloques, etc.

- certaines municipalités ont initié des projets spécifiquement en direction des populations roms (projets d'hébergement et d'habitat temporaire, projets d'intégration sociale et professionnelle, etc.). Certains sont décrits dans la partie suivante. L'échelon communal (c'est-à-dire la volonté de la municipalité) a un rôle central dans la mise en place de ces projets, généralement co-financés : Préfecture et/ou Conseil régional et/ou Conseil général et/ou, désormais Fonds européen de développement régional (FEDER)<sup>308</sup> et/ou Fonds social européen (FSE)<sup>309</sup>. Un sommet des maires sur les Roms, organisé à Strasbourg en septembre 2011 par le Conseil de l'Europe, et devant aboutir à la création d'une « Alliance européenne des villes et des régions pour l'inclusion des Roms » montre la volonté de mieux coordonner et partager les expériences des collectivités territoriales.

---

308 Depuis mai 2010, le règlement du Parlement européen et du conseil (UE n°437/2010) a été modifié, permettant désormais de mobiliser le FEDER pour le financement de logements en direction des groupes vulnérables afin de combattre l'exclusion.

309 Le FSE est consacré à la promotion de l'emploi dans l'Union européenne. Selon la Commission européenne, il a « pour objectif de réduire les écarts de richesse et de niveaux de vie entre les États membres de l'UE et leurs régions, et par voie de conséquence de promouvoir la cohésion économique et sociale ». <http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=35&langId=fr> [consulté le 15 décembre 2011]

## 3.2 Des expériences diversifiées mais relativement restreintes

Environ vingt années se sont passées depuis les premières migrations en France de Roms, à la suite de la chute des régimes socialistes d'Europe centrale et orientale<sup>310</sup>, et notamment de celle du régime roumain de Ceausescu en 1989.

L'association AŞAV, par exemple, signale<sup>311</sup> s'être impliquée dès sa création, en 1989, auprès des Roms originaires de Roumanie, arrivés à Nanterre et vivant dans des situations d'extrême précarité. Une publication de Médecins du Monde<sup>312</sup> souligne que l'association est intervenue dès 1992 auprès des populations Roms en Île-de-France, en assurant des consultations médicales sur leur lieu de vie.

Cette mobilisation associative, déjà ancienne, permet de comprendre que la présence des populations roms sur le territoire francilien, à la suite de la chute des régimes socialistes, n'est pas récente et qu'elle était sans doute déjà suffisamment « visible » au début des années quatre-vingt-dix pour que des associations mettent en place des actions en leur direction.

Parallèlement, il apparaît nettement que le nombre de programmes, projets, expériences mis en place et/ou soutenus par les pouvoirs publics pour accompagner et orienter les populations roms vers le droit commun, favoriser une meilleure insertion et une amélioration de leur état de santé est relativement limité, même si les modalités de réponse montrent une grande diversité<sup>313</sup>.

Depuis le début des années 2000, des collectivités territoriales (principalement des municipalités et/ou le Conseil général du Val-de-Marne) en Île-de-France ont mis en place des programmes d'hébergement et d'insertion de familles roms, qui diffèrent dans l'organisation, le nombre de personnes concernées, les opérateurs, etc. On peut notamment citer Aubervilliers, Saint-Denis, Bagnolet, Saint-Ouen, Montreuil en Seine-Saint-Denis, Lieusaint, Cesson en Seine-et-Marne, Saint-Maur-des-Fossés Vitry-sur-Seine, Limeil-Brévannes, Villejuif, Choisy-le-Roi, Joinville-le-Pont, Fontenay-sous-Bois, Orly dans le Val-de-Marne.

- **Les « villages d'insertion »**

Il s'agit d'un dispositif temporaire d'hébergement et d'accompagnement social de familles roms dont les deux objectifs principaux sont d'aboutir, à l'issue d'une période de trois à cinq ans, à une insertion professionnelle (et/ou scolaire) des personnes incluses dans le projet et une

---

310 Il s'agit ici des migrations de Roms faisant suite à la chute des régimes socialistes. Les migrations des Roms en France sont en effet anciennes; des témoignages permettent de dater leur arrivée en France au début du 15<sup>ème</sup> siècle : « À Paris en 1427, il est question 'des sorcières qui regardaient les mains des gens', tandis qu'à Bologne, en 1422, 'il faut remarquer qu'il n'est pas de pire engeance que ces sauvages. Maigres et noirs, ils mangeaient comme des pourceaux' ». Liégeois J. P. Roms en Europe. Éditions du Conseil de l'Europe, 2007 : p. 108.

311 AŞAV. juin 2011. *op. cit.* voir note 298 : p. 38.

312 Médecins du Monde auprès des femmes Roms, mars 2008 : 8 p.

313 Éléments principalement issus des entretiens conduits dans le cadre de cette étude (notamment de ceux réalisés avec le Pact Arim 93, les mairies, les Préfectures, le conseil régional) ainsi que d'articles relatifs à ces dispositifs (revues scientifiques, blog) et de communications lors de colloques.

accession à un logement de droit commun (parc social ou privé). En Île-de-France, quatre projets appelés « villages d'insertion », composés d'environ 20-25 logements/hébergements chacun, tous en Seine-Saint-Denis, ont été mis en place à partir de 2007 : à Aubervilliers, Bagnolet, Saint-Denis et Saint-Ouen. Chacun de ces quatre « villages » est une Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS), avec un co-financement de la commune et de la Préfecture du département. Le Conseil régional participe aussi au financement de certains d'entre eux. Dans chacun de ces « villages », un ou deux prestataire(s) a/ont été mandaté(s) pour assurer l'accompagnement social et/ou la gestion locative du « village ». Des associations interviennent aussi pour favoriser l'autonomie et l'insertion, dans son sens le plus global (accompagnement scolaire, aide alimentaire, accès gratuit à des manifestations culturelles, à des activités artistiques et à la lecture avec des « bibliothèques de rue », etc.).

La création de ces « villages » fait généralement suite à des incendies, dont certains mortels, sur des campements (novembre 2004 à Bagnolet, juin 2006 à Aubervilliers, mars 2007 à Saint-Denis). Ces incendies ont entraîné l'errance de dizaines de personnes (adultes et enfants) totalement démunies, parfois de plusieurs centaines, comme à Saint-Denis (plus de six cents), et c'est probablement cette situation d'exception et d'urgence humanitaire qui a entraîné une mobilisation de ces municipalités et une recherche de solutions, à travers des dispositifs expérimentaux, et improvisés (« bricolés ») dans l'urgence. La logique était également de pouvoir mettre en place des projets, stabilisés dans le temps, ce que Bruno Six, directeur des missions sociales de la Fondation Abbé Pierre, appelle « des espaces de sécurité »<sup>314</sup>, permettant de rompre le processus récurrent d'expulsion des campements.

Concernant ces dispositifs, différents éléments doivent être précisés :

- bien que les villages d'insertion aient été mis en place, au moins dans trois communes, à la suite d'incendies sur des campements, seules certaines des personnes (une minorité estimée à 10%<sup>315</sup>), qui vivaient sur ces campements ont été incluses dans ces dispositifs. Et le nombre de personnes à inclure était, semble-t-il, fixé à un plafond de quatre-vingts résidents par « village »<sup>316</sup>. Au-delà de la question qui peut être soulevée du principe de sélection des personnes, les critères de cette sélection apparaissent relativement subjectifs. Il s'agissait, en effet, d'inclure dans ces « villages » des familles ayant déjà manifesté leur « volonté d'intégration » et cette *volonté* a été appréciée, à partir d'enquêtes sociales, sur des critères comme la maîtrise du français, la scolarisation des enfants, la qualité des relations que les familles entretenaient avec les institutions, la présence d'enfants en bas-âge, la possession d'un casier judiciaire vierge, etc. O. Legros<sup>317</sup> souligne que, pour les personnes n'ayant pas été « sélectionnées », c'est-à-dire la très grande majorité, la seule perspective a été l'éloignement du territoire français, *via*

---

314 Six B. Communication orale lors de la table ronde « Dispositifs d'accueil et accès aux droits ». Colloque « Roms en France. Quelles conditions d'accueil et d'accès aux droits ? ». Aubervilliers, 8 avril 2011.

315 Legros O. Les « villages d'insertion » : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? Revue Asylon(s), juillet 2010 ; 8. <http://www.reseau-terra.eu/article947.html> [consulté le 15 décembre 2011].

316 *Ibid.*

317 *Ibid.*

l'Aide au retour humanitaire (ARH). Selon le chercheur, cela constitue les deux volets des interventions dans les bidonvilles : « les mesures d'expulsion des terrains et d'éloignement des personnes, qui concernent la très grande majorité des migrants roms en situation précaire et, de l'autre, l'accueil d'une petite minorité dans des dispositifs d'hébergement et d'insertion très encadrés par les pouvoirs publics ». À la suite de cette « sélection », et pour éviter que d'autres familles ne rejoignent les « villages », des règlements assez contraignants, assurés par des sociétés de gardiennage, ont été mis en place, notamment avec un système de gestion des entrées et des sorties du « village » (le site du « village » est entouré de murs), des visites extérieures réglementées<sup>318</sup>, etc. La Halde, dans une délibération de 2009<sup>319</sup>, mentionnant ces dispositifs en parlant de « résidence surveillée » indique que « ce dispositif soumet les personnes à des contrôles et une réglementation stricte des allées venues des habitants et visiteurs, qui pourraient apparaître attentatoires aux libertés ». Autant d'éléments constituant des freins à certains des objectifs des « villages », à savoir l'accompagnement vers l'insertion et l'autonomie ;

- un autre aspect important à souligner concernant ces villages d'insertion est précisément la difficulté à engager des démarches d'insertion. Au moment de l'inclusion dans ce dispositif, la quasi-totalité, si ce n'est la totalité, des adultes n'avaient pas d'autorisation de travail et comme l'indique le bilan du Pact Arim 93 chargé de l'accompagnement social : « L'objectif principal de l'accompagnement social mis en place par le Pact Arim 93 concerne l'aide à l'insertion professionnelle »<sup>320</sup>. Or, bien que ces dispositifs soient soutenus par l'État et certains co-pilotés par la Préfecture, ils ne constituent pas un cadre dérogatoire. Aussi, le Pact Arim 93 dans un de ses bilans<sup>321</sup> indique que « le frein principal dans l'accès à l'emploi est resté avant tout d'ordre administratif. Il est lié à la situation d'étranger migrant : en effet, comment s'inscrire dans une dynamique de recherche d'emploi alors qu'on ne bénéficie pas de l'autorisation de travailler ? » (voir p. 19). Là-également, un frein majeur à l'insertion ;
- certaines analyses, notamment celles portées par O. Legros<sup>322,323,324</sup> (ou C. Cossée<sup>325</sup>) soulignent les similitudes entre ces dispositifs et les « cités de transit » des années

---

318 Par exemple, dans l'article 4 du règlement du « Village » de Saint-Denis : « Vous pouvez recevoir des visites en journée à condition d'informer préalablement le responsable de résidence. Le nombre de visiteurs est limité à 4 personnes et une liste nominative de ces personnes devra être remise au responsable d'établissement ».

319 Délibération 2009-372, 26 octobre 2009. <http://www.fnasat.asso.fr/halde/Halde%202009%20372.pdf> [consulté le 15 décembre 2011]

320 Pact Arim 93. Bilan d'intervention intermédiaire sur 6 mois d'activité du projet M.O.U.S. accompagnement social et relogement. Village d'insertion Adoma Saint-Denis. Année 2009 : p. 8.

321 Pact Arim 93. Bilan MOUS Roms. Site de la ville de Saint Ouen. Intervention auprès des ménages accueillis au 41 rue de Clichy. Du 7 juillet 2008 au 31 août 2009 : p. 25.

322 Legros O. 2010. *op. cit.* voir note 315.

323 Legros O. Les pouvoirs publics et les grands « bidonvilles roms » au nord de Paris (Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen. EspacesTemps.net, Textuel, 2010.

324 Legros O. Les « villages roms » ou la réinvention des cités de transit. Métropolitiques, janvier 2011. <http://www.metropolitiques.eu/Les-villages-roms-ou-la.html> [consulté le 15 décembre 2011]

325 C. Cossée. Regards croisés sur les trajectoires migratoires. Communication orale lors du colloque

soixante. Se référant à différents travaux, O. Legros évoque des « espaces disciplinaires », « des outils de contrôle et d'assimilation », une « thérapie sociale » où les « bénéficiaires sont [...] censés apprendre les normes de la vie moderne » et « l'individualisation des comportements ». Le Président de l'association La voix des Rroms, S. Mile, évoque aussi des « camps de semi-internement destinés à parquer une communauté qui effraie »<sup>326</sup>, faisant écho à l'un des chapitres d'un article<sup>324</sup> de O. Legros intitulé « Contrôler et encadrer les étrangers indésirables ». Pour le chercheur, les « villages d'insertion » sont avant tout des lieux de « cantonnement » et d'« assimilation sous tutelle » qui accentuent les processus de marginalisation<sup>327</sup>. Il est difficile de confirmer (comme d'infirmer) cette analyse. En effet, il n'existe pas véritablement d'évaluation de ces dispositifs, permettant de prendre en compte l'insertion des familles, dans ses multiples facettes, cela tant du point de vue des travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement que de celui des bénéficiaires de ces dispositifs. Pour ce faire, une analyse biographique comparée des parcours résidentiels, professionnels, scolaires, familiaux, migratoires, etc., des personnes incluses et de personnes non incluses dans ces dispositifs, permettrait de mieux comprendre si les « villages d'insertion » favorisent l'insertion ou, au contraire, renforcent les processus de marginalisation.

Malgré les limites - réelles et/ou supposées - de ces dispositifs, il convient de garder à l'esprit le fait que ces « villages » ont été mis en place dans l'urgence, souvent suite à un événement dramatique. Ces dispositifs ont également été élaborés dans un cadre relativement contraint pour les communes, puisqu'une large partie des aspects sur lesquels peut s'appuyer l'insertion (accès à une carte de séjour, à une autorisation de travail) ne relèvent pas de leurs compétences.

Concernant l'évaluation de ces dispositifs, on peut souligner le fait que si de nombreux chercheurs travaillent depuis longtemps sur les Tsiganes, le champ de la recherche semblait, jusqu'à présent, surtout investi par des « spécialistes du monde tsigane ». Plus récemment, en France, une certaine mobilisation de la recherche en sciences sociales peut être notée autour des questions de ségrégation sociale et urbaine, de pauvreté et d'exclusion, d'élaboration des dispositifs ou des politiques publiques, de construction de catégories de l'action publique, etc. Les populations rroms constituent une des cibles de ces travaux. Les Rroms font ainsi l'objet d'une attention en recherche, davantage en tant que révélateurs des limites des politiques notamment sociales, migratoires ou urbaines, que comme une population qui serait, en soi, un objet d'étude. Ce renouvellement de la recherche autour de « la question rrom » s'alimente et se structure en partie dans le réseau pluridisciplinaire de chercheurs Urba-Rom « Observatoire européen des politiques publiques en direction des groupes dits rroms/tsiganes »<sup>328</sup>, mis en place en 2009. Ce réseau et, de façon plus générale, les chercheurs travaillant sur les Rroms ou les politiques menées en leur direction, peuvent constituer un support pour l'action publique,

---

« Rroms en France. Quelles conditions d'accueil et d'accès aux droits ? ». Aubervilliers, 8 avril 2011.

326 <http://www.lemagazine.info/?Rroms-les-villages-d-insertion-en>. [consulté le 15 décembre 2011]

327 *Ibid.*

328 Site d'Urba-Rom <http://urbarom.crevilles-dev.org/> [consulté le 15 décembre 2011]

notamment pour participer à la réflexion sur la mise en place de programmes, mais aussi pour aider à réaliser des évaluations des actions conduites.

- **D'autres exemples de programmes d'hébergement et d'insertion**

En dehors des « villages d'insertion », certaines collectivités ont mis en place d'autres types de programmes. Nous en décrivons certains, afin de mettre en relief la diversité des réponses pouvant être proposées<sup>329</sup>.

*L'expérience de Lieusaint (Seine-et-Marne)*

Le plus ancien projet francilien d'hébergements et d'insertion de familles roms est celui mené à l'initiative des élus de l'agglomération nouvelle de Sénart (Seine-et-Marne) à partir de 2000<sup>330</sup>. Environ quatre-vingts familles roms originaires de Roumanie (région de Timișoara) vivaient alors sur des terrains, encore non bâtis, de la commune de Lieusaint, dans la ville nouvelle de Sénart. Ces familles, installées en France depuis cinq ans, étaient soumises, de façon itérative, à des expulsions. Pour rompre avec ce processus, des élus de l'agglomération ont sollicité la Préfecture, afin de mettre en place un projet expérimental d'insertion des familles. Alors que la Roumanie n'était pas encore membre de l'Union européenne, ce projet a reçu un accueil favorable de la Préfecture. En avril 2002, une convention « d'accompagnement sanitaire et social de familles roumaines à Sénart, commune de Lieusaint » a été signée entre l'agglomération de Sénart, la commune de Lieusaint et la Préfecture pour une durée de cinq ans. Ce projet devait porter sur trente à quarante familles avec un droit au travail immédiat. La Mission Roms de Médecins du Monde était associée au projet. Au total, trente-neuf familles ont été incluses dans ce projet. Le terrain sur lequel elles se trouvaient a été aménagé. Les familles ont pu bénéficier d'un accompagnement social - dont le coût a été supporté par l'État - avec le soutien de deux puis trois travailleurs sociaux chargés d'accompagner ces familles vers l'emploi, la scolarisation des enfants, etc. et à terme vers le logement. À la différence des autres projets d'insertion, et c'est probablement une des clés de son succès, les personnes incluses dans le projet ont immédiatement pu bénéficier d'une autorisation de travail, et la grande majorité d'entre elles ont trouvé un emploi salarié et ont pu, par la suite, faire prolonger cette autorisation de travail. Même si les articles de presse de 2002 à 2007 consacrés à ce projet permettent de mesurer les difficultés (notamment administratives, avec par exemple, des autorisations de

---

329 Le choix des trois programmes décrits s'est fait sur la diversité des réponses (notamment, MOUS/non MOUS, convention avec ou sans la Préfecture, nombre de bénéficiaires) ainsi que sur l'accès aux informations dont nous pouvions disposer. Certaines communes de Seine-Saint-Denis ont mis en place des programmes d'insertion en direction des populations roms sur lesquels il ne nous a pas été possible d'avoir des précisions.

330 Éléments issus principalement de la communication de Y. Douchin, et du débat qui a suivi, lors du colloque Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre de solutions concertées ». Paris, 6 décembre 2010, de la revue de la presse sur ce projet, de l'entretien de Y. Douchin « Roms : présentation du projet expérimental d'insertion de Lieusaint » [http://www.dailymotion.com/video/xhvx9o\\_roms-presentation-du-projet-experimental-d-insertion-de-lieusaint\\_news](http://www.dailymotion.com/video/xhvx9o_roms-presentation-du-projet-experimental-d-insertion-de-lieusaint_news) [consulté le 15 décembre 2011], de l'entretien conduit avec M. Mézard dans le cadre de cette étude (juin 2010), du rapport d'activité 2002 du Syndicat d'agglomération nouvelle (SAN) de Sénart.

travail renouvelées pour des périodes courtes freinant l'insertion)<sup>331</sup>, le bilan du projet est considéré comme positif de façon unanime. En effet, à l'issue de la convention, en avril 2007, trente-sept familles vivaient dans des logements sociaux répartis sur six communes de l'agglomération nouvelle de Sénart et depuis, certaines familles ont pu acquérir un logement. Comme le souligne Yves Douchin, ancien conseiller municipal de Sénart impliqué sur ce projet, « les familles ont pu bénéficier du parcours d'insertion de n'importe quel citoyen en difficulté [...] et ce projet est la démonstration que ces populations n'étaient pas fondamentalement différentes des autres populations migrantes qui arrivent dans notre pays depuis des siècles. Elles arrivaient simplement avec un déficit considérable ». En 2007, Guy Geoffroy, le député-maire de Combs-la-Ville, une autre commune de l'agglomération nouvelle, indiquait dans une interview<sup>332</sup> : « notre projet prouve qu'il existe toujours des solutions même dans des situations dramatiques, sans créer d'appel d'air ». Cette même année, Philippe Chaveau, alors directeur général adjoint du syndicat d'agglomération nouvelle de Sénart indiquait que « la convention a coûté environ 200 000 euros par an [...] soit quasiment autant que pour l'expulsion d'un terrain avec recours aux forces de l'ordre. L'effort financier valait le coup, d'autant que toutes les familles aidées se sont magnifiquement intégrées : nous ne rencontrons aucun problème d'impayés et toutes se sont fondues parmi la population locale ». Ce projet expérimental est souvent mentionné par tous les acteurs (associatifs ou non) comme exemplaire, ayant fonctionné grâce à une « volonté politique » et au « soutien de l'État », facilité par la coordination entre l'État, les élus locaux et les associations impliquées sur le projet. C'est précisément ces éléments qui semblent freiner les projets actuels.

#### *L'expérience de Montreuil (Seine-Saint-Denis)*

Le programme le plus important, si on se réfère au nombre de personnes concernées, est sans conteste celui mené par la municipalité de Montreuil<sup>333</sup> depuis 2008 et qui concerne 372 personnes roms de Roumanie<sup>334</sup>, presque toutes originaires de la région d'Arad. Un chef de projet au sein de la mairie est en charge de la « Mission d'insertion des familles Roms », permettant de coordonner entre les services de la mairie (urbanisme, logement, éducation, santé, action sociale, tranquillité, etc.) le projet dans ces différentes dimensions. C'est aussi sans doute le projet qui se rapproche le plus du cadre des « villages d'insertion », bien que, sur un certain nombre de points, les différences soient majeures. Si on se réfère à l'histoire du projet, c'est à la suite d'un incendie en juillet 2008 que le projet a été mis en place. Cet incendie s'est déroulé

---

331 Voir par exemple Morin C. Une aire d'accueil expérimentale pour les Roms. Lien social, février 2002 ; 611. <http://archive.lien-social.com/dossiers2002/611a620/611-3.htm> [consulté le 15 décembre 2011].

332 Article « L'intégration réussie d'une centaine de Roms ». Le Parisien. 10 avril 2007. <http://www.leparisien.fr/seine-et-marne/l-integration-reussie-d-une-centaine-de-roms-10-04-2007-2007928767.php> [consulté le 15 décembre 2011].

333 Les données sont principalement issues de l'entretien réalisé dans le cadre de cette étude à la mairie de Montreuil (juin 2010), complété en novembre 2011, de la communication de C. Reznik lors du colloque « Roms en France. Quelles conditions d'accueil et d'accès aux droits ? ». Aubervilliers, 8 avril 2011 et du « Point d'étape sur la Mous Roms » présenté lors du Conseil municipal du 24 septembre 2010.

334 Initialement 353 personnes auxquelles se sont ajoutés dix-neuf naissances. Données au 8 novembre 2011.

dans une ancienne imprimerie (rue Dombasle) dans laquelle vivaient environ 300 personnes roms. La municipalité, nouvellement élue, a souhaité rompre avec le cycle des expulsions qui se déroulait jusqu'alors, et s'engager dans un projet d'insertion socio-professionnelle de ces familles. En attendant de trouver un espace foncier disponible, la municipalité a autorisé provisoirement l'installation dans des box (rue Saint Just) d'une partie des familles (soit 182 personnes). Un autre terrain, rue Pierre de Montreuil, a été aménagé dans l'urgence pour accueillir les autres familles (soit 135 personnes) et des équipements complémentaires ont été mis en place par la suite. Enfin, à la même période, afin d'éviter l'exécution d'une mesure d'expulsion, les personnes qui occupaient sans titre un immeuble (place de la Fraternité) ont été associées au projet global (soit 36 personnes). Au bout d'un an, les familles installées rue Saint-Just ont pu intégrer un terrain aménagé rue de la Montagne Pierreuse. Une partie des personnes (quatre familles) qui occupaient l'immeuble de la place de la Fraternité ont été relogées dans un pavillon qui devra à terme être démoli (rue Pierre de Montreuil).

Enfin, et c'est l'une des différences majeures avec les « villages d'insertion », la totalité des personnes ayant subi l'incendie (voire même au-delà si on se réfère aux personnes occupant l'immeuble de la place de la Fraternité) ont été incluses dans le projet d'insertion. Comme le souligne R. Zamith, chef de projet en charge du dossier à la mairie, il n'y a pas eu de conditions pour *rentrer* dans le projet, mais il y a des conditions pour y *rester*, à savoir : l'obligation de scolariser les enfants, l'obligation de suivre un parcours d'insertion professionnelle, des encouragements et un suivi pour que les personnes puissent s'inscrire dans un parcours de santé, le fait d'avoir un casier judiciaire vierge. Il est intéressant de noter, là-encore (voir en page 27), le fort ancrage territorial de ces quelque 300 personnes : au moment de l'incendie, un tiers d'entre elles étaient présentes sur la commune de Montreuil depuis dix à quinze ans, un tiers depuis cinq à dix ans et le dernier tiers depuis deux à cinq ans.

La municipalité a souhaité formaliser le projet à travers une Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS), afin d'associer les services de l'État et de favoriser au maximum l'insertion professionnelle, conditionnée par l'obtention d'une autorisation de travail (délivrée par les services de l'État). Après une phase « pré-MOUS » de diagnostic et d'évaluation des besoins, et compte tenu du nombre de personnes incluses dans le projet, des moyens nécessaires pour mettre en place l'accompagnement social et du nombre d'opérateurs, la municipalité a finalement signé une convention avec l'État pour deux MOUS : dans l'une d'elle<sup>335</sup>, un opérateur unique (ALJ93) est chargé de l'accompagnement social, de l'insertion professionnelle et de la gestion locative du « site d'accueil », impliquant cinq personnes (quatre travailleurs sociaux, dont un médiateur et un chargé d'insertion, ainsi qu'un chef de projet à temps partiel) ; dans la seconde MOUS<sup>336</sup>, un opérateur est chargé de l'accompagnement social et de l'insertion professionnelle (association Rues et cités, soit trois travailleurs sociaux et un chef de service à temps partiel) et un second opérateur, chargé de la gestion locative du « site d'accueil » Pierre de Montreuil (Cité Myriam). Le Conseil régional d'Île-de-France soutient financièrement les deux MOUS, dans le cadre de sa politique de résorption des bidonvilles (voir en page 93). Le

---

335 Site de la rue de la Montagne Pierreuse (initialement 182 personnes).

336 Elle regroupe les sites de la rue Pierre de Montreuil (« site d'accueil » et pavillon) et l'immeuble occupé de la place de Fraternité (initialement 171 personnes).

projet doit s'appuyer sur quatre instances de pilotage : un co-pilotage État-Ville chargé de décider des grands axes ; un comité de pilotage « politique de la ville » réunissant tous les élus dont la délégation est traversée par une question liée au projet, ainsi que les opérateurs ; une coordination technique avec les opérateurs. La quatrième instance, encore non opérationnelle au moment de la rédaction de cette étude, associant l'État et la Ville, et, à titre consultatif, les opérateurs, est la commission de suivi des familles permettant de statuer sur le maintien ou non de certaines familles lorsqu'elles ne remplissent pas toutes les conditions pour rester dans le projet. Aucune de ces instances n'associe de représentants des personnes bénéficiaires du projet.

Concernant ce projet, différents éléments peuvent être précisés :

- le montage du projet sous la forme d'une MOUS (co-pilotage État-Ville) a été envisagé par la municipalité pour faciliter l'obtention des autorisations de travail et des cartes de séjour des personnes incluses dans le projet et favoriser leur insertion sociale et professionnelle ; la finalité de la MOUS étant le retour au droit commun. Néanmoins, il apparaît que le cadre de la MOUS ne permet que peu de « fluidifier » les parcours d'insertion, entraînant un découragement important de la part des travailleurs sociaux. Le chef de projet en charge du dossier à la mairie indique à cet égard : « Alors que trente personnes pourraient avoir une autorisation de travail et une carte de séjour, on n'obtient pas gain de cause. Les circuits sont très complexes, on vous envoie d'un service à l'autre et au bout du bout il y a un mur et on n'arrive pas à le franchir »<sup>337</sup>. Pourtant, les savoir-faire professionnels sont nombreux parmi les personnes (réparation automobile ou cycles, gros œuvre et second œuvre bâtiment, charpente, espaces verts, maraichage, soudure, chauffeur, métiers de bouche, commerce, récupération, etc.) et la levée des mesures transitoires permettrait pour un certain nombre de personnes une « insertion naturelle ». Bien qu'étant intégrées à un dispositif d'insertion co-piloté par l'État, 31 personnes de la MOUS de Montreuil se sont vues notifiées, entre juin 2009 et septembre 2010, une Obligation de quitter le territoire français (OQTF) pour des activités constatées à Paris, telles que vente de fleurs ou de journaux, mendicité, etc.<sup>338</sup>. Dans son point d'étape sur la MOUS, la mairie indique se trouver dans une situation de « 'Stand-by' absolu quant à l'accès des personnes à l'emploi en raison des obstacles administratifs et réglementaires »<sup>339</sup> ;
- l'absence de sélection des familles, à l'inverse de ce qui s'est passé dans les villages d'insertion, conduit à une très grande diversité des profils des personnes incluses dans la MOUS, en termes d'éducation formelle, de formation professionnelle, de maîtrise du français, d'insertion, d'ancienneté sur le territoire, de composition familiale, etc. Comme le souligne le chef de projet, cette diversité qui constitue la richesse du projet en constitue aussi une des difficultés.

---

337 Éléments issus de l'entretien.

338 Point d'étape sur la Mous Roms présenté lors du Conseil municipal du 24 septembre 2010.

339 *Ibid.*

- la municipalité de Montreuil, de par ses choix, est souvent prise à partie par deux discours contradictoires (« d'en faire trop pour les Rroms », ou au contraire « de ne pas en faire assez »), la plaçant, sur ce projet, en « tension », notamment avec ses administrés. Par ailleurs, les « sites d'accueil » (provisaires ou non) ont également créé de fortes tensions de voisinages. Si ces « relations de voisinages [sont] stabilisées. Elles doivent néanmoins faire l'objet d'une attention constante<sup>340</sup> » de la part de la mairie. Ces différents aspects soulignent la nécessité d'accompagner ce type de projet d'une communication politique soutenue, d'autant plus difficile à conduire dans un contexte où les populations rroms sont stigmatisées mais aussi dans une commune où les personnes en situation de difficultés sociales sont déjà nombreuses ;
- une opération de relogement en sortie de MOUS est prévue pour les familles pouvant justifier d'un titre de séjour et de ressources suffisantes : 22 logements en parc privé sur le bas Montreuil (à partir de février 2012) et 33 logements en Prêt locatif aidé d'intégration (PLAI) sur le haut Montreuil (à partir d'octobre 2012, dont un tiers contingenté par la Préfecture). Ces logements restent néanmoins conditionnés par l'obtention d'un titre de séjour, ce qui n'était pas encore acquis en novembre 2011. R. Zamith, en charge de ce dossier à la Mairie de Montreuil, souligne : « nous sommes devant la situation paradoxale d'aider les plus avancés, qui peut-être auraient pu trouver des solutions dans le parc privé ou social. Alors que les plus dénués de ressources face à l'emploi, auraient pu bénéficier provisoirement d'une rémission dans le cumul des difficultés, avec un logement et des aides sociales. Évidemment, un accompagnement socioprofessionnel doit se poursuivre une fois les familles installées dans ces logements qui ne devront pas être définitifs. La finalité de la MOUS reste toujours que les familles rejoignent le droit commun »<sup>341</sup>.

Certaines municipalités ont pris des initiatives sur des programmes d'insertion nécessitant des moyens plus limités, impliquant moins de bénéficiaires et moins de partenaires.

#### *L'expérience de Cesson (Seine-et-Marne)*

C'est le cas, par exemple, de la mairie de Cesson<sup>342</sup> (77), qui, d'une part, a mis en place en 2008 un projet avec des familles rroms et, d'autre part, a souhaité communiquer de façon ouverte sur ce projet, et notamment en faire un premier bilan lors d'une conférence de presse<sup>343</sup>, ce qui constitue une démarche relativement inhabituelle (voir à ce sujet p. 119). Comme dans la totalité des cas précédemment mentionnés, l'origine du programme vient de la volonté politique d'une

---

340 *Ibid.*

341 Éléments complémentaires à l'entretien, transmis par le chargé de la MOUS - ROM Montreuil, Mairie de Montreuil, novembre 2011.

342 Ce projet a été initié par le précédent maire de Cesson J.-M. Brulé.

343 Éléments issus du dossier de presse de la Mairie de Cesson, 10 juin 2009 « Intégration des familles roumaines à Cesson », de la communication de J.-M. Brulé « Habitat et logement. L'expérience de Cesson » lors du colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre d'actions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010 ainsi que d'éléments communiqués par le service social de la Mairie de Cesson (14 décembre 2011).

collectivité de rompre avec le processus itératif d'expulsions et de tenter d'apporter une solution différente à la question de l'occupation sans titre de terrain. Dans le cas de Cesson, petite commune de moins de 8 000 habitants, une quinzaine de familles rroms de Roumanie (soit 80 personnes), arrivées dans l'agglomération de Sénart au début des années 2000, se déplaçaient de ville en ville et se sont installées à Cesson en mars 2008 sur un terrain, dont le Tribunal de Melun avait ordonné son expulsion. Le maire d'alors, Jean-Marc Brûlé, a fait le choix de mettre en place un « projet d'intégration sociale et professionnelle » pour quatre familles (25 personnes), ne pouvant s'engager sur la totalité de celles occupant le terrain. Le choix s'est effectué en privilégiant celles dont le plus d'enfants étaient scolarisés dans la commune. Un terrain a été mis à disposition des familles et une convention a été signée en novembre 2008 entre la mairie, les quatre familles engagées dans ce projet et le collectif Romeurope. Dans cette convention, la mairie s'engageait à mettre à disposition un terrain et l'aménager, faciliter les relations des familles avec les riverains, permettre la scolarisation des enfants et accompagner les familles dans la recherche d'emploi, de logement et dans la régularisation de leur situation administrative. Les familles s'engageaient, quant à elles, à entretenir le terrain, participer financièrement aux charges et services dont elles bénéficiaient (eau, électricité, sanitaires, restauration scolaire, etc.), scolariser leurs enfants, entretenir des relations de bon voisinage et participer aux activités de la commune (sportives, culturelles, citoyennes). Le collectif Romeurope, quant à lui, s'engageait à accompagner l'insertion des familles et à suivre les engagements pris par les deux parties.

Comme le soulignait l'ancien maire de Cesson, lors d'un colloque en 2010<sup>344</sup>, pour permettre l'accès à des emplois, « le maire a contacté les entreprises de la commune, a usé de son pouvoir 'd'intimidation' des acteurs et a permis que les personnes soient embauchées, en CDI, dans un délai d'un mois ». Le dossier de presse mentionne aussi cet aspect, indiquant que « l'intervention de la municipalité a été déterminante pour permettre les trois embauches [la quatrième ayant été faite au sein de la mairie]. Aujourd'hui les employeurs témoignent de leur pleine satisfaction à l'égard de leurs employés ». Sept mois après la signature de la convention entre la mairie, les familles et le collectif Romeurope, le bilan, présenté lors d'une conférence de presse, apparaissait déjà globalement positif. La situation administrative était régularisée pour les quatre pères de familles et le dossier de presse mentionne que « la Préfecture a pleinement joué le jeu de l'intégration, en étudiant avec bienveillance les demandes de titre de séjour ». Par ailleurs, « assumant pleinement ce choix d'intégration », la ville avait communiqué directement auprès des habitants sur cet accueil, adressant même un courrier aux riverains. Enfin, l'ensemble des engagements pris par les familles étaient respectés. L'accès au logement, qui était encore en discussion avec des bailleurs sociaux lors de la conférence de presse, est désormais acquis dans la commune de Cesson ou dans d'autres communes de l'agglomération de Sénart. Les femmes sont également désormais en situation régulière de séjour. Actuellement, ces familles bénéficient, dans le droit commun, d'un suivi des services sociaux de la commune et du département. Comme dans l'expérience de Lieusaint, l'enseignement qui conclut le dossier de presse est que « le temps a montré à ceux des Cessonais qui étaient dubitatifs que l'accueil de familles étrangères précarisées ne posait pas de difficulté particulière ».

---

344 *Ibid.*

Des expériences assez proches peuvent être mentionnées, en Seine-et-Marne, pour les communes de Roissy-en-Brie (3 familles, projet initié en 2008), Nangis (3 familles, projet initié en 2005) et Chelles (6 familles, projet initié en 2010).

*D'autres expériences : « faire avec »*

Des expériences qui s'inscrivent davantage dans des démarches participatives ont été élaborées plus récemment. Parmi elles, on peut citer le projet conduit par la ville de Saint-Denis ainsi que celui conduit par le Conseil général du Val-de-Marne et la ville d'Orly.

À **Saint-Denis**, à la suite de l'évacuation du terrain dit du Hanul (dans la zone d'activité de La Plaine) durant l'été 2010, qui faisait l'objet d'une convention d'occupation depuis 2003 entre les habitants et la mairie, environ deux cents personnes roms se sont trouvées en errance. La municipalité a dû alors trouver des solutions. La logique qui semble être recherchée par la municipalité<sup>345</sup> est de construire le lieu *avec* les habitants, sur des parcelles mises à disposition par la ville. Un architecte, Julien Beller, qui était mobilisé sur le terrain du Hanul, a fait une proposition dans ce sens<sup>346</sup> : « je commence à étudier une solution d'habitat modulaire : des boîtes en bois qui peuvent s'empiler, comme de gros Lego. Elles seront préfabriquées en atelier avec les Roms pour leur mettre un pied à l'étrier vers l'emploi. C'est de l'architecture normale, garantie au moins 25 ans [...] avec toute les normes de la construction actuelle, voire prospective. Suivant l'idée des politiques locales, ce sera exemplaire et reproductible ». Le projet semble être pour le moment en attente de financement et de parcelles disponibles sur lesquelles mettre en place ces habitations modulaires. Pour l'heure, les familles roms vivent sur des terrains, qui ont fait l'objet d'une convention à titre précaire, et des associations font « l'interface », en attendant la construction des logements.

En ce qui concerne le « projet d'insertion visant à accompagner des familles vers l'autonomie » conduit à **Orly**<sup>347</sup>, il a été initié depuis juin 2011 pour une durée maximale de trois ans. Il concerne 17 familles roms (soit actuellement 78 personnes) qui vivaient dans des bidonvilles à Orly et à Villeneuve-le-Roi. Outre l'accompagnement social, la logique est de faire construire par les familles leur propre habitation sur une parcelle mise à disposition par la ville, dans une perspective d'insertion par le travail. L'aménagement est sous maîtrise d'ouvrage du Conseil général. Une société coopérative d'intérêt collectif, Habitats solidaires, a élaboré un procédé de préfabrication de ces maisons qui seront livrées sous forme de panneaux et seront assemblées, durant environ quatre mois, en suivant un guide de montage. L'auto-construction est qualifiante

---

345 Nous n'avons pas pu disposer d'éléments sur ce projet.

346 Bonnet V. Expérience interstitielle. Construire pour et avec les Roms. Entretien avec Julien Beller. Mouvements. 27 octobre 2011. <http://www.mouvements.info/Experience-interstitielle.html> [consulté le 15 décembre 2011]

347 Éléments principalement issus du communiqué de presse conjoint du Conseil général du Val-de-Marne et de la ville d'Orly. Déclaration de Christine Janodet et de Christian Favier sur l'accueil, à partir du lundi 20 juin 2011, de 17 familles dans la préfiguration d'un lieu d'accueil pour familles en grande vulnérabilité. 17 juin 2011 ; d'une intervention au sujet de ce programme lors du séminaire Urba-Rom « Dynamiques d'insertion des publics en grande précarité : l'expérience des migrants roms en France. Regards croisés action/recherche. Sciences Po, Paris. 5 novembre 2011 ; d'articles de la presse régionale relatifs au projet.

et peut donner une possibilité d'obtention d'autorisation de travail. Les familles participent aussi à la conception et à la rédaction d'un règlement de fonctionnement du projet.

*Des expériences davantage orientées sur des approches individuelles que collectives*

Face à la difficulté de trouver des logements sociaux vacants, certaines communes (par exemple, Choisy-le-Roi avec le soutien du Conseil général du Val-de-Marne, Saint-Denis) mettent (ou ont mis) provisoirement à disposition de familles rroms des bâtiments vacants (pavillons de voirie voués à la démolition, bâtiments des domaines) avec un accompagnement social. Il est difficile, néanmoins, d'en faire davantage état, car ces actions concernent généralement peu de familles (parfois une seule), et privilégient davantage une approche individuelle (une famille), que collective (un groupe vivant sur un terrain). De plus, ces actions font rarement l'objet de communication, par crainte d'un effet d'« appel d'air » (voir à ce sujet p. 119).

Ces différents programmes (tant les « villages d'insertion » que les autres formes d'intervention) montrent que, en Île-de-France, certaines collectivités territoriales (communes, Conseils généraux, Conseil régional) ou certaines Préfectures sont, ou ont été, engagées, au cours de ces dix dernières années, dans des programmes d'hébergement et d'insertion destinés aux populations rroms et que les réponses proposées ont pu/peuvent différer et être dimensionnées de façon très variable, en fonction des moyens, du nombre de bénéficiaires, des partenaires impliquées, des orientations que souhaitent donner des élus, etc.

Par ailleurs, pour faciliter l'insertion des populations rroms, certaines collectivités ou certains services de l'État soutiennent (ou ont soutenu) des programmes de médiation socio-sanitaire mis en œuvre par des associations. Plus récemment, le collectif Romeurope a engagé un programme de médiation sanitaire (ou médiation de santé publique) que nous présentons ci-après. Ce programme constitue une des réponses au processus « d'inclusion » des populations rroms, en se plaçant tant du côté des populations que des institutions.

- **La médiation sanitaire**

Les associations qui interviennent auprès des populations rroms conduisent depuis plusieurs années des actions de médiation socio-sanitaire, consistant à informer, orienter, accompagner les personnes en fonction de leurs besoins. Si les aspects relatifs à la santé sont, bien sûr, pris en compte, une large part de la médiation est généralement consacrée à l'accès aux droits (domiciliation, couverture maladie, allocations familiales, autorisation de travail, etc.). De plus, faute de moyens, ces actions de médiation sont peu évaluées.

Compte tenu des constats sur le plan de la santé des populations rroms, et du déficit de données solides, le collectif Romeurope a mis en place un programme plus spécifique de médiation sanitaire (ou médiation en santé publique) auprès « du public rom d'Europe de l'Est présent en France », sous la forme d'une recherche-action. Dans un premier temps, ce projet a fait l'objet

d'un état des lieux des expériences ressources qui a donné lieu, en 2009, à un rapport d'étude et à une préfiguration de projets pilotes de médiation sanitaire<sup>348</sup>.

À l'issue de cet état des lieux, il a été décidé que le programme de médiation sanitaire se concentrerait sur la santé maternelle et infantile (femmes et enfants de 0 à 6 ans) et qu'il aurait comme objectif général de « promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants roms, résidant en France dans des conditions de grande précarité, à travers des actions de médiation en santé publique favorisant leur accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun »<sup>349</sup>. Pour réaliser cette action, quatre sites en France ont été choisis (Bobigny, Fréjus, Lille, Nantes)<sup>350</sup>, avec l'idée de pouvoir mesurer l'effet de la médiation dans des contextes différenciés. L'un des objectifs est de pouvoir « évaluer [...] l'efficacité de ces interventions et formuler des préconisations pour le développement de dispositifs de médiation en santé publique au niveau national, en direction des publics roms migrants et plus largement de tous les publics en situation de grande précarité et vulnérabilité »<sup>351</sup>.

D'un point de vue organisationnel, le projet, d'une durée de dix-huit mois, est porté par Romeurope et la coordination nationale est assurée par l'AŠAV (Association pour l'accueil des voyageurs). Pour chaque site, une structure, membre du collectif Romeurope, est porteuse du projet et un médiateur sanitaire recruté par celle-ci<sup>352</sup>. Des formations et des réunions d'échanges sont mises en place tout au long du programme entre les médiateurs par et avec la coordination nationale. Les financements, pour la coordination nationale, sont issus de la Direction générale de la santé, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de fondations ou associations (Fondation de France, Raja, Un monde par tous, Comité catholique contre la faim et pour le développement-Terre Solidaire). Pour chaque site, les Agences régionales de santé sont les principaux financeurs.

Plus précisément, les objectifs de ce programme de médiation sanitaire sont de trois niveaux<sup>353</sup> : « développer les connaissances et capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun » ; « mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public » ; « réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique ». L'évaluation du programme, avec un suivi d'indicateurs, porte sur ces trois niveaux : individuel (fiche du suivi médical des foyers<sup>354</sup>), institutionnel (évolution de

---

348 Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiations sanitaires auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. État des lieux des expériences ressources et préfiguration de projets pilotes. Rapport d'étude, 2009 : 93 p. Cette étude a été financée par la Direction générale de la santé et la Fondation Abbé Pierre.

349 Romeurope. Santé materno-infantile des populations roms migrantes vivant en situation de précarité. Juin 2011.

350 Les personnes vivant sur ces sites sont quasiment toutes de nationalité roumaine.

351 Romeurope. Juin 2011. *op. cit.* voir note 349.

352 Les médiateurs sont tous roumanophones. En revanche, les critères de recrutement n'ont pas permis de recruter des personnes roms.

353 Romeurope. Juin 2011. *op. cit.* voir note 349.

354 Par exemple, parmi les indicateurs mentionnés dans le projet (juin 2011) : nombre de femmes et enfants qui ont des droits ouverts à l'assurance maladie.

la mobilisation des structures de santé et des institutions<sup>355</sup>), contextuel (fiche de suivi de la situation des terrains en termes de salubrité, de sécurité et de stabilité<sup>356</sup>). Un « diagnostic initial » de chaque site a été réalisé (mars-avril 2011) et une évaluation de l'évolution des indicateurs (données recueillies en septembre 2011), neuf mois après l'initiation du programme, est en cours de finalisation. Une évaluation à la fin du programme sera également conduite, à partir de ces mêmes indicateurs.

S'il n'est pas encore possible de mesurer l'impact de la médiation sur les connaissances et l'autonomie des femmes en matière de santé et d'accès aux soins, sur la mobilisation des acteurs de santé et sur l'amélioration des conditions de vie sur les terrains, deux principaux aspects peuvent déjà être mentionnés.

- La fragilité des financements qui rend le programme incertain dans la durée : ce programme de médiation sanitaire bénéficie de financements annuels et leur renouvellement n'est pas systématique. Faute de financement, la structure porteuse de l'un des sites (Fréjus) n'est pas assurée de pouvoir poursuivre ce programme. Dans un autre site (Bobigny), la structure porteuse a déposé le bilan six mois après l'initiation du projet, qui a dû être suspendu.
- L'instabilité des sites qui rend difficile l'évaluation des différents objectifs : deux des quatre sites (Bobigny et Fréjus) sur lesquels porte le programme de médiation sanitaire ont fait l'objet d'évacuation. Or, la logique qui a été privilégiée pour ce programme de médiation sanitaire est davantage une logique de territoire qu'une logique de groupes. Ainsi, lors des évacuations puis des ré-installations, certaines familles quittent le programme tandis que d'autres familles l'intègrent. Aussi, la mobilité et l'instabilité constituent un problème pour le suivi et l'évaluation de ce programme - au-delà du fait qu'ils constituent avant tout un problème pour la vie des populations rroms -. Le travail de médiation conduit auprès des structures de santé et des institutions s'accommode davantage de cette approche territorialisée, malgré l'instabilité subie des familles.

Outre son utilité en termes d'accès aux soins pour ces populations en grande précarité, ce programme devrait permettre aux acteurs de santé de pouvoir disposer de données sur un certain nombre d'indicateurs. De plus, l'évaluation permettra de mesurer l'impact de la médiation sanitaire dans ce contexte et de formuler des recommandations pour des actions à venir.

- **La formation des professionnels sanitaires et sociaux**

La méconnaissance des populations rroms, et surtout la fréquence des préjugés négatifs à leur égard, conduisent parfois à des réponses inappropriées des services sanitaires et sociaux (voir p. 63). Par ailleurs, de la part des populations rroms, la méconnaissance de certaines procédures, ou de façon plus générale des rouages de l'administration, la perception d'être discriminé par

---

355 Par exemple, parmi les indicateurs : recours à l'interprétariat professionnel par les structures de santé.

356 Par exemple, parmi les indicateurs : accès à l'eau : points d'eau sur le terrain / distance du point d'eau le plus proche.

ces réponses inappropriées peuvent alimenter un sentiment de méfiance vis-à-vis des institutions et ainsi les éloigner des dispositifs de soins, par exemple.

La formation des professionnels sanitaires et sociaux constitue une des réponses apportées par les pouvoirs publics pour améliorer l'état de santé des populations roms. En 2007, en partenariat avec le Conseil général de Seine-Saint-Denis, l'association Rues et Cités (Montreuil) a créé un poste de « coordinateur action tsigane » dont l'une des missions est de former et d'accompagner sur demande les professionnels du secteur médico-social du département de la Seine-Saint-Denis. Des formations en direction du personnel des centres de Protection maternelle et infantile ont ainsi été conduites ces dernières années, permettant de déconstruire certaines croyances culturalistes relatives aux populations roms, et de favoriser une meilleure connaissance, tant de la diversité des populations que des déterminants sociaux de leur santé.

Les co-formations, sur le modèle de ce qui est développé depuis une dizaine d'années par le Mouvement ATD Quart Monde, dans le cadre de la lutte contre l'exclusion, pourraient également venir appuyer ces besoins réciproques en formation. En effet, les co-formations reposent sur le principe que, pour répondre de manière adaptée aux problématiques liées à la précarité, il est nécessaire de « croiser les savoirs » issus de la science, de l'expérience des professionnels et du vécu des personnes concernées. Comme l'indique la Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale<sup>357</sup> : « Le préalable, dans la lutte contre la misère et l'exclusion, est de reconnaître les personnes en situation de pauvreté comme des acteurs à part entière. Les reconnaître, c'est leur reconnaître un savoir de vie et d'expérience sans lequel les autres types de savoirs (scientifique, d'action...) sont 'incomplets' et donc à terme inefficaces, voire même générateurs d'effets contraires à ceux qui sont en principe recherchés ». Les professionnels et les usagers se forment alors mutuellement pendant ces journées de co-formation. Cette pédagogie a été employée à Chambéry (73), notamment sur le thème de « santé et Gens du voyage ». Une évaluation de cette formation, qui a donné lieu à une thèse de médecine<sup>358</sup>, montre le bénéfice en termes d'évolution des représentations des soignants, permettant alors d'envisager des changements dans leurs pratiques. La richesse des échanges constitue un autre aspect mis en avant.

Ces outils peuvent constituer de nouvelles pistes pour faciliter les « conditions de la rencontre entre les Roms et l'institution », pour reprendre les termes utilisés par Romeurope pour décrire la médiation sanitaire<sup>359</sup>.

---

357 Mouvement ATD Quart Monde. Ateliers du croisement des Savoirs et des pratiques. Charte du croisement des savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. 2006. <http://www.atd-quartmonde.be/IMG/pdf/charte.pdf> [consulté le 15 décembre 2011].

358 Galès B. Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation « santé et gens du voyage ». À propos d'une étude qualitative. Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en médecine. Université Joseph Fournier, Faculté de Médecine de Grenoble. Thèse soutenue publiquement le 12 octobre 2010 : 71 p.

359 Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiations sanitaires auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France, 2009. *op. cit.* voir note 348.

### **3.3 Des modalités d'intervention qui peuvent renforcer l'exclusion**

Les entretiens conduits dans le cadre de cette étude ainsi que la revue de la littérature montrent que les actions conduites en direction des populations roms vivant en France peuvent se décliner selon différentes modalités. Quatre principales orientations peuvent être en débat.

#### *Dispositifs de droit commun versus dispositifs spécifiques*

La logique privilégiée par les institutions souhaitant intervenir sur le plan sanitaire et social en direction des populations roms est d'agir à travers le dispositif de droit commun ou de favoriser l'accès à celui-ci. Cette position a été affirmée par la quasi-totalité des personnes rencontrées lors de la réalisation de cette étude. C'est également cette logique qui domine en France en ce qui concerne les actions sanitaires et sociales en direction des populations en situation précaire. Mais au-delà de cette position, le constat, également largement partagé, est que les populations roms sont éloignées du dispositif de droit commun et que des « mesures spécifiques » doivent être mises en place pour en favoriser son accès. Cette logique peut rejoindre celle mise en avant dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) des personnes les plus démunies, institués par la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions. La finalité principale de ces programmes, telle qu'énoncée par le ministère en charge de la Santé, est de « permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social, de droit commun, par des mesures spécifiques élaborées avec elles »<sup>360</sup>. Les programmes de médiation (socio-)sanitaire en direction des populations roms constituent un des exemples de « mesures spécifiques » destinées à mettre en relation les populations avec le dispositif de droit commun (et le dispositif de droit commun avec les populations). D'autres mesures constituent davantage une adaptation du droit commun, par certaines « mesures spécifiques » : des consultations sans rendez-vous, des recours à des traducteurs, etc.

C'est précisément sur ce que doivent revêtir ces « mesures spécifiques » que les termes du débat peuvent différer : ajustement destiné à l'ensemble de la population (comme les consultations sans rendez-vous) ; actions spécifiques destinées aux populations roms (comme la médiation sanitaire) ou dispositifs spécifiques destinés aux populations roms (comme les « villages d'insertion »). Ces différents niveaux d'intervention soulèvent la question de la limite de l'ajustement pour agir dans le droit commun. De plus, le débat peut aussi différer entre les acteurs sur la participation des bénéficiaires à l'élaboration de ces mesures, ainsi que sur la définition des bénéficiaires de ces mesures.

#### *Approche thématique versus populationnelle*

L'approche qui semble la plus souvent privilégiée par les institutions publiques pour conduire des actions socio-sanitaires en direction des populations roms est une approche davantage « thématique » que populationnelle. En effet, c'est le plus souvent sur une problématique de

---

360 Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Guide méthodologique. Agence régionale de santé. Version validée – CNP du 21 mars 2011 : 49 p.

santé particulière que « l'entrée » se fera : lutte contre tuberculose, vaccination, périnatalité, etc. Cette approche semble être privilégiée essentiellement par le fait que les Rroms ne constituent pas une catégorie de l'action publique<sup>361</sup> et que les moyens pour soutenir des actions sont difficilement mobilisables si la catégorie à laquelle se réfère l'action n'est pas identifiée par l'action publique. Compte tenu de la diversité des acteurs, l'inconvénient majeur de cette approche est le manque de coordination qu'elle peut entraîner.

Dans le cadre des dispositifs d'hébergement et d'insertion, l'approche apparaît plus globale (santé, sociale, hébergement, scolarisation, insertion, etc.), mobilisant alors des ressources sur des politiques visant la lutte contre l'habitat insalubre, l'insertion et l'emploi, la lutte contre les exclusions, l'égalité des droits, la promotion de la santé, etc.

*Approche « populations rroms » versus « populations en situation précaire » ou « populations migrantes »*

Lorsque l'approche populationnelle est privilégiée par rapport à celle plus thématique, il s'agit le plus souvent d'une approche « populations rroms » davantage que s'inscrivant dans des dispositifs plus larges visant, dans leur ensemble, des populations en situation précaire ou des populations migrantes. En effet, les « villages d'insertion » sont destinés aux Rroms (à notre connaissance, ces dispositifs n'existent que pour ces populations), la MOUS de Montreuil ainsi que les différents projets d'hébergement et d'insertion sont conçus spécifiquement pour les populations rroms. Cette approche « ethnique » (ou même par nationalité) plus que « sociale » est relativement inhabituelle en France. Généralement, en effet, c'est davantage sur la caractérisation sociale des individus (leurs ressources, leur situation familiale, leur situation administrative au regard du séjour, etc.) que se définiront les modalités d'intervention.

Cette approche « populations rroms » peut implicitement véhiculer (ou renforcer) l'idée que les Rroms présentent de telles spécificités (notamment culturelles) qu'ils ne peuvent s'inscrire dans des dispositifs visant des populations ayant les mêmes caractéristiques sociales qu'eux. Il serait alors nécessaire de devoir « inventer » des solutions *ad hoc* ou « bricoler », pour reprendre un terme fréquemment utilisé lorsqu'il est question des programmes mis en place en direction des Rroms. Or, les analyses présentées dans les deux premiers chapitres de cette étude montrent que ce sont, avant tout, des dimensions sociales, économiques et politiques, davantage que culturelles, qui expliquent la situation des populations rroms vivant en France. C'est donc davantage sur ces dimensions, communes à celles d'autres populations, que les interventions doivent être privilégiées, au risque de favoriser des approches culturalistes, qui peuvent être discriminatoires (voir p. 63).

L'un des entretiens conduit dans une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)<sup>362</sup> accueillant des Rroms illustre cette question : « À partir du moment où on se donne les moyens de prendre en charge ces populations [rroms] avec leurs spécificités, c'est la même logique que pour toute autre population précaire en grande exclusion, éloignée des dispositifs de soins. Il faut adapter le circuit de la prise en charge, mettre en place des médiateurs, des facilitateurs, des modérateurs. Par exemple, il faut accompagner les personnes jusqu'au rendez-vous, anticiper

---

361 Legros O. 2010. *op. cit.* voir note 315.

362 Entretien conduit à la Permanence d'Accès aux soins de santé (PASS) de l'Hôpital Delafontaine à Saint-Denis (3 août 2010).

que certaines demandes vont être difficiles à obtenir (revenir avec tous les papiers, faire une photo pour l'AME, etc.) et essayer d'y répondre. Il faut se doter d'outils mais au même titre que pour d'autres populations ».

*Approche collective versus approche individuelle*

Au regard des expériences conduites, l'un des aspects qui apparaît nettement est l'approche quasi-toujours collective qui est privilégiée dans les différents programmes. En effet, à la différence d'autres populations, également en situation de grande précarité, les programmes envisagés pour les Roms visent généralement un « groupe-bénéficiaire » plus que des individus ou des familles. Celui-ci est le plus souvent « extrait » (selon certaines conditions) d'un groupe plus large de personnes, qui vivaient initialement sur un terrain, à l'exception, dans les expériences citées ci-dessus, du programme conduit à Montreuil qui vise la totalité du groupe. Dans les « villages d'insertion », la MOUS de Montreuil, ou les autres dispositifs d'hébergement et d'insertion décrits, les actions qui sont mises en œuvre sont avant tout des solutions collectives, visant plusieurs familles, dont l'hébergement est regroupé sur un même site.

Comme nous l'avons vu, cette approche est surtout privilégiée par les collectivités en raison d'une situation particulière (un incendie, une expulsion imminente) et de la nécessité qu'il y a eu de trouver en urgence une solution. Mais comme pour « l'approche populations roms », cette modalité d'intervention présente un présupposé implicite de penser les Roms comme un groupe et non comme des individus pouvant avoir des stratégies différenciées. Or, comme cela est souligné dans différentes parties de cette étude, les Roms vivant en Île-de-France (y compris si on se réfère aux seuls Roms de Roumanie) présentent une diversité sur le plan social, du parcours migratoire, des projets d'insertion, de l'ancienneté sur le territoire, etc.

Par ailleurs, ces programmes peuvent aussi contribuer à « ghettoïser » les populations roms et, donc, à renforcer l'idée que leur insertion serait difficile, et qu'il serait alors nécessaire d'élaborer des programmes spécifiques en leur direction.

Il apparaît ainsi que, par le choix des modalités d'intervention, les dispositifs peuvent parfois produire des effets contraires à ceux recherchés, à savoir contribuer à renforcer les processus de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion, au lieu d'aider à l'insertion.

### 3.4 Les principaux freins à l'intervention sanitaires et sociales en direction des Rroms

Différents freins aux actions visant à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des populations rroms en Île-de-France ou à la mise en place de certaines actions en leur direction peuvent être pointés.

- **Des mesures ou réformes rendant difficiles l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des Rroms**

Quatre principales mesures ou réformes constituent des freins à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des Rroms, mettant souvent à mal les efforts déployés tant par les associations que par les différentes institutions publiques.

#### *Le maintien d'une période transitoire pour les ressortissants roumains et bulgares*

Le maintien de cette période limite fortement l'accès au marché du travail en France (voir p. 19). Les données relatives aux conditions de vie des populations rroms et les principaux éléments issus des expériences d'hébergement et d'insertion conduites en Île-de-France montrent que l'obtention d'une autorisation de travail, y compris pour les emplois ouverts, sans principe d'opposabilité, aux ressortissants communautaires soumis à des mesures transitoires, constitue le principal point de blocage de toute insertion. De cette quasi-impossibilité à pouvoir travailler légalement, va découler une grande partie des difficultés décrites dans le premier chapitre du rapport : difficultés à trouver un logement, à se maintenir sur le territoire, à pouvoir bénéficier de prestations sociales, à scolariser les enfants, etc. Les populations se trouvent alors assignées à des emplois non déclarés et à la précarité, ne peuvent justifier de « ressources suffisantes » et se voient alors délivrer des Obligations de quitter le territoire français. Ces blocages administratifs concernent également les personnes intégrées dans des dispositifs d'insertion y compris ceux co-pilotés par la Préfecture de Seine-Saint-Denis, comme les « villages d'insertion » ou la MOUS de Montreuil.

#### *Des objectifs chiffrés qui touchent particulièrement les Rroms*

La définition d'objectifs chiffrés porte sur deux aspects qui touchent particulièrement les populations rroms (notamment ceux de Roumanie et de Bulgarie) : l'objectif chiffré du nombre de reconduites à la frontière d'étrangers en situation irrégulière ; l'objectif chiffré d'évacuations de « campements ou implantations illicites ».

Concernant le premier aspect, cet objectif a été fixé à 25 000 reconduites à la frontière en 2008<sup>363</sup>, 27 000 en 2009<sup>364</sup>, 28 000 en 2010<sup>365</sup>, 30 000 en 2011<sup>366</sup> et 35 000 en 2012<sup>367</sup>. Les

---

363 Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration, décembre 2009. *op. cit.* voir note 67 : p. 91.

364 Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration, mars 2011. *op. cit.* voir note 69 : p. 9.

données disponibles (voir la partie à ce sujet p. 32) montrent que les populations roms de Roumanie et de Bulgarie constituent une grande partie des populations soumises à ces reconduites, et qu'elles contribuent, pour une large part, à l'atteinte des objectifs fixés. En 2008, parmi l'ensemble des éloignements du territoire exécutés à partir de la France métropolitaine, 26% concernaient les seuls ressortissants roumains. Cette proportion de ressortissants roumains est même de 84% quand il s'agit des seules Aides au retour humanitaire (ARH) en 2010, aides qui concernent pourtant l'ensemble des étrangers en situation irrégulière en France, quelle que soit leur origine géographique. Différents acteurs associatifs<sup>368</sup> ou chercheurs<sup>369</sup> soulignent le fait que les ressortissants roumains et bulgares, permettent facilement de « faire du chiffre »<sup>370</sup> et de contribuer à réaliser les objectifs par les Préfectures, même si, pour citer l'expression utilisée dans le rapport relatif à la rétention administrative<sup>371</sup>, « l'obsession statistique » concerne l'ensemble des étrangers. Pour les ressortissants roumains et bulgares, les notifications d'Obligations de quitter le territoire français (OQTF) ou les propositions d'Aide au retour humanitaire (ARH) se font souvent de façon collective, sans réel examen de la situation individuelle (sur le campement, avant l'évacuation de celui-ci pour les OQTF ; sur le campement pendant l'évacuation de celui-ci pour les ARH) permettant de toucher un nombre élevé de personnes en même temps. Le rapport d'activité 2009 de l'OFII<sup>372</sup> souligne le caractère collectif des mesures, indiquant que 90% des personnes qui ont bénéficié de l'ARH sont Roumains (83%) ou Bulgares (7%) et que « séjournant, pour la grande majorité d'entre eux sur des campements collectifs, les retours ont été gérés dans le cadre de dispositifs coordonnés par les Préfectures et les DDASS. Compte tenu du nombre de personnes concernées, les retours ont été le plus souvent opérés sur des vols directement affrétés par l'OFII ». De plus, étant

365 Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État. Rapport annuel de performance. Objectifs et indicateurs de performance. Programme n° 303 : Immigration et asile. 2011. <http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/farandole/2011/pap/html/DBGPGMOBJINDPGM303.htm> [consulté le 15 décembre 2011]

366 Intervention du ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, M. C. Guéant au Sénat. Compte rendu intégral de la séance du 2 décembre 2011. Journal officiel. 9215 : p. 51. <http://www.senat.fr/seances/s201112/s20111202/s20111202.pdf> [consulté le 15 décembre 2011].

367 Conférence de presse du ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, M. C. Guéant. 10 janvier 2012. Site du ministère de l'Intérieur : [http://www.interieur.gouv.fr/sections/a\\_la\\_une/toute\\_l\\_actualite/immigration/resultats-politique-migratoire-2011/view](http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_la_une/toute_l_actualite/immigration/resultats-politique-migratoire-2011/view) [consulté le 16 janvier 2012].

368 Notamment, Romeurope. Rapport 2009-2010. *op. cit.* voir note 63 ; Assfam, Forum réfugiés, France terre d'asile, La Cimade, Ordre de Malte France, décembre 2011. *op. cit.* voir note 71.

369 Notamment les travaux de Cousin G., avril 2009. *op. cit.* voir notes 30 et 78 ; Lucas Y., avril 2009. *op. cit.* voir note 56 ; Mile S., 2005. *op. cit.* voir note 24 ; Delépine S., Lucas Y. Les Roms migrants en France ou comment faire d'une population en danger une population dangereuse. Communication orale lors du colloque « La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques ». Colloque internationale de la Maison des Sciences de l'Homme, Faculté de droit et des sciences politiques, Nantes, juin 2007. [http://www.msh.univ-nantes.fr/82807978/0/fiche\\_pagelibre/&RH=1159881577982](http://www.msh.univ-nantes.fr/82807978/0/fiche_pagelibre/&RH=1159881577982) [consulté le 15 décembre 2011].

370 Par exemple, l'un des « Focus » du rapport 2010 sur les centres et locaux de rétention administrative en France, réalisé par l'ensemble des associations habilités à intervenir dans ces structures (voir note 71 : p. 131), s'intitule « Les Roumains : de la chair à statistique ».

371 *Ibid.*

372 Voir note 75.

ressortissants de l'Union européenne, les individus éloignés par une mesure (OQTF ou ARH) bénéficient néanmoins de la liberté de circulation, pouvant légalement faire des aller-retour entre leur pays d'origine et la France : une même personne peut ainsi faire l'objet de plusieurs mesures d'éloignement. Cette conjonction conduit ainsi à un nombre élevé de mesures d'éloignements pour une population estimée à quelques milliers.

Quant aux objectifs d'évacuations de « campements ou implantations illicites », qui initialement mentionnaient qu'ils devaient « concern[er] prioritairement les Roms » (circulaire annulée, voir notes 59 et 60), ils visent à l'évacuation de trois cents campements ou implantations illicites en trois mois, avec la « réalisation minimale d'une opération importante par semaine (évacuation / démantèlement / reconduite) ». Bien que les statistiques relatives à la conduite de ces objectifs fassent défaut, il paraît probable que la définition de ces objectifs durant l'été 2010, au plus haut sommet de l'État<sup>373</sup>, ait contribué à renforcer le nombre d'évacuation des campements, en particulier dans lesquels vivaient des Roms. Cela d'autant que ces évacuations permettent aussi de contribuer à l'atteinte des objectifs sur les reconduites à la frontière.

Les populations roms se trouvent ainsi au cœur de politiques qui contribuent à leur instabilité, limitent l'efficacité d'actions socio-sanitaires pouvant être conduites en leur direction, et freinent les volontés de mettre en place des programmes pouvant à tout moment être interrompus par des évacuations des campements et/ou des éloignements du territoire.

#### *Les réformes récentes de l'Aide médicale d'État*

Outre les obstacles à l'obtention d'une attestation de domiciliation ou les difficultés à prouver la présence de plus de trois mois sur le territoire qui constituent déjà des freins à l'AME, les différentes réformes de cette aide (voir p. 42) vont toutes dans le sens d'une restriction des droits à la santé, cela malgré les mises en garde de différents rapports, dont celui publié en 2010 de l'Inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales<sup>374</sup>. En effet, si on se limite aux réformes conduites durant l'année 2011, l'AME est désormais conditionnée par le paiement annuel d'un droit de 30 euros, le dépôt de la demande d'AME ne peut désormais plus se faire qu'exclusivement dans les CPAM et non plus, par exemple, dans les associations, le « panier de soins » est réduit pour les bénéficiaires de l'AME et un agrément préalable est désormais nécessaire lorsque les soins hospitaliers (qui peuvent être reportés à quinze jours) dépassent un montant de 15 000 euros. Il est encore difficile d'évaluer l'impact des dernières réformes sur le report ou le renoncement aux soins des personnes soumises à ces mesures, sur le restant à charge pour les établissements hospitaliers qui devront assurer des soins à des personnes qui ne bénéficieront plus de l'AME ou qui se seront vues refuser des soins - pourtant jugés nécessaires par des médecins - dépassant les 15 000 euros, ou encore sur les risques de voir des établissements hospitaliers refuser certains soins jugés comme ne pouvant relever du fonds pour les « soins urgents et vitaux » (voir p. 44).

---

373 Voir note 58, discours du Président de la République, M. Sarkozy.

374 Cordier A *et al.* 2010. *op. cit.* voir note 110.

### *Certains aspects de la réforme des collectivités territoriales*

Dans une moindre mesure, deux aspects de la réforme des collectivités territoriales peuvent également avoir certaines conséquences : la suppression de la clause de compétence générale des départements et régions et la suppression de la taxe professionnelle pour les collectivités. En effet, la clause de compétence générale permettait aux collectivités territoriales de disposer d'un pouvoir d'initiative, quel que soit le champ, à condition que leurs interventions correspondent à l'intérêt de leur territoire. Désormais, leurs interventions devront se concentrer sur leurs compétences réglementaires. Or la santé est une compétence de l'État. D'autre part, la suppression de la taxe professionnelle, compensée partiellement pour les communes par une dotation de l'État, réduit de façon importante la marge de manœuvre dont disposaient les collectivités, en termes de ressources, notamment en leur permettant d'agir sur le taux de leur taxe. Aussi, la conjonction du resserrement des actions sur les compétences réglementaires ainsi que sur les ressources dont disposaient les collectivités, peut faire craindre une réduction des actions des collectivités en direction des populations en situation de grande exclusion (parmi lesquelles les populations roms), et ce d'autant que le pilotage et la coordination des politiques en direction de ces populations (et notamment les questions d'hébergement) sont une compétence de l'État. Si les actions des collectivités en direction des populations roms sont déjà peu nombreuses, le risque existe, pour l'avenir, qu'elles soient encore plus limitées. Certains acteurs des collectivités territoriales, rencontrés lors de cette étude anticipent la difficulté à mettre en place des dispositifs en direction des populations roms, si les compétences dans le champ de l'action sociale, de la santé, etc. leur étaient supprimées dans les années à venir.

- **La crainte de « l'appel d'air »**

Outre les limitations sur le plan administratif, le principal frein à l'action en direction des populations roms, relevé lors de tous les entretiens conduits dans le cadre de cette étude, est la crainte d'un effet « d'appel d'air », selon l'expression communément utilisée. Cette crainte d'une arrivée importante, voire massive, de Roms sur le territoire (du pays, d'une région, d'un département, d'une commune) va freiner les actions qui pourraient être conduites (ou les empêcher) ou va encourager les institutions à ne pas communiquer sur les actions conduites, pour éviter d'attirer d'autres groupes. Différentes collectivités ont demandé, lors des entretiens, que certaines actions ne soient pas évoquées dans l'étude. Par exemple, c'est la crainte de « l'appel d'air » qui peut pousser certaines municipalités à freiner l'accès à la scolarisation des enfants roms (voir p. 37). C'est aussi la crainte de « l'appel d'air » (ainsi que celle de voir des populations se stabiliser sur le territoire) qui peut pousser certaines collectivités à ne pas viabiliser les terrains (accès à l'eau, ramassage des déchets ménagers, etc.). C'est encore, en partie, la crainte de « l'appel d'air » qui va conduire les communes (CCAS) à ne pas délivrer d'attestations de domiciliation, nécessaires en particulier à l'ouverture des droits à la santé (AME, par exemple).

La mobilité des populations roms, parfois perçue de façon erronée comme le mode de vie habituel d'une population nomade et non comme une mobilité subie en raison des expulsions, contribue sans doute à renforcer cette crainte de « l'appel d'air ».

Cette crainte semble guidée par une certaine méconnaissance des populations roms. En effet, différents travaux de recherches, et notamment ceux de l'ethnologue M. Olivera<sup>375</sup>, montrent que, dans les campements en France, les populations roms tendent à se regrouper par famille ou par village. De plus, il n'y aurait pas d'identification d'un groupe à un autre, si les personnes qui les composent ne sont pas originaires du même lieu ou ne sont pas de la même famille. Ces groupes sont ainsi perçus par leurs membres comme étant bien distincts les uns des autres. La migration, comme les modalités d'installation dans les campements, se constituent donc avant tout dans l'espace de la parenté. Ainsi, la présence d'un groupe familial sur une commune, ne constitue pas un élément déterminant pour l'arrivée d'un autre groupe familial sur la même commune. Néanmoins, d'autres éléments peuvent intervenir dans le choix des populations à aller dans une commune plutôt que dans une autre, et on peut faire l'hypothèse que, outre la disponibilité de terrains, les politiques différenciées des collectivités peuvent intervenir dans certains choix.

- **Une répartition des compétences ambiguë entre l'État et les collectivités territoriales**

Les personnes en errance et sans domicile relèvent de la compétence de l'État. Cette compétence s'inscrit dans le cadre d'une des six missions prioritaires dévolues aux Préfectures « l'intégration sociale et la lutte contre les exclusions »<sup>376</sup>.

Néanmoins, les populations roms vivant en Île-de-France, malgré leur mobilité subie, montrent un fort ancrage territorial (voir p. 27). Si on se réfère, par exemple, aux familles qui ont été intégrées dans les deux Maîtrises d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) de Montreuil, un tiers d'entre elles étaient déjà présentes sur la commune depuis dix à quinze ans, un tiers depuis cinq à dix ans et le dernier tiers depuis deux à cinq ans. Ce que résume R. Zamith, en charge du projet MOUS à la mairie, par : « c'était des Montreuillois à part entière »<sup>377</sup>. Il semble donc possible de considérer davantage les populations roms comme étant « territorialisées » - et non pas seulement comme des populations errantes et sans domicile - et donc comme pouvant relever de certaines compétences territoriales. Par exemple, les Conseils généraux ont des compétences sociales pour les populations résidant dans le département. Les communes ont également certaines compétences en matière d'action sociale pour les populations résidant dans la commune. La reconnaissance du « lien avec la commune » pour faciliter l'accès à la domiciliation en constitue l'un des aspects. Dans cette perspective, les collectivités territoriales ont des responsabilités et des compétences en direction des populations vivant sur leur territoire,

---

375 Olivera M. *Éléments historiques et socioculturels* Communication orale lors de la rencontre interprofessionnelle « Du problème public aux réalités de terrains : mieux comprendre les migrations roms pour agir localement ». Ville de Saint-Denis, Direction des solidarités et du développement social. Direction de l'accueil, Mission solidarité, 24 novembre 2010. Voir aussi les différentes références citées (notes 16, 22, 23, 120 et 134).

376 Site du ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration. [http://www.interieur.gouv.fr/sections/a\\_1\\_interieur/les\\_prefectures/missions](http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_1_interieur/les_prefectures/missions) [consulté le 15 décembre 2011].

377 Issu de l'entretien réalisé dans le cadre de cette étude à la mairie de Montreuil (juin 2010).

notamment les populations rroms, dès lors qu'elles leur reconnaissent une citoyenneté à part entière sur leur territoire.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la plupart des programmes d'insertion en direction des populations rroms vivant en Île-de-France ont été mis en place par des collectivités territoriales, précisément en regard des actions de l'État, se situant le plus souvent sur le seul plan de l'ordre public (évacuations des campements, éloignements du territoire). Certaines collectivités territoriales ont mis en place des programmes pour pallier l'absence de réponse sur la politique de « l'intégration sociale et la lutte contre les exclusions » en direction des populations rroms<sup>378</sup>. Les collectivités territoriales (en particulier les communes) qui accueillent des populations rroms sur leur territoire se perçoivent comme « devant gérer » une situation qu'elles considèrent comme relevant, avant tout, des compétences de l'État. De plus, l'inégale répartition territoriale des populations rroms sur le territoire francilien conduit à ce que certains départements, voire certaines communes, soient davantage concerné(e)s que d'autres par l'accueil et l'insertion des populations rroms, ce qui renforce l'idée que l'effort pèse de façon inéquitable sur ces collectivités.

Dans cette perspective, depuis plusieurs années, des collectivités territoriales franciliennes ainsi que des associations ont formulé à différentes reprises des demandes au Préfet de région pour qu'une table ronde régionale (réunissant la Préfecture de région et les Préfectures de départements, les collectivités territoriales - villes, départements, région - et les associations) sur la situation des populations rroms en Île-de-France soit mise en place, afin d'élaborer des réponses concertées à un niveau régional. Ces demandes n'ont à ce jour pas été satisfaites.

- **Des politiques publiques aux logiques parfois contradictoires**

L'analyse relative aux conditions de vie des populations rroms vivant en France et aux actions mises en place en leur direction souligne avec acuité les logiques parfois contradictoires des différentes politiques publiques. Les Rroms se trouvent souvent au cœur des tensions entre les politiques migratoires, sécuritaires, sanitaires, sociales, etc., comme cela s'observe aussi pour d'autres populations, migrantes ou non. C'est le cas, par exemple, des usagers de drogues illicites, si on se réfère aux politiques de santé publique et aux politiques de répression de l'usage et du trafic de drogues. Pour certains aspects, ces politiques ont, néanmoins, pu être mises en cohérence, et aboutir à la politique de réduction des risques, désormais inscrite dans la loi de santé publique.

Pour les Rroms, l'usage politique de « cette question » durant l'été 2010 a probablement contribué à renforcer les tensions de ces différentes politiques conduites en leur direction (voir p. 30 et p. 116). Et il apparaît que lorsqu'il y a tension entre des enjeux qui relèvent de la santé publique (une épidémie de tuberculose, par exemple) et des enjeux qui relèvent de l'ordre public

---

378 Néanmoins, ces collectivités ne souhaitent pas pour autant se substituer à l'État. Différentes collectivités ont ainsi indiqué lors des entretiens « ne pas souhaiter ouvertement s'impliquer » en direction des populations rroms ou « ne pas agir de façon structurée » ou « ne pas rendre trop visible l'action » pour « ne pas se voir attribuer un champ de compétence qui ne lui revient pas » ou pour que « l'État prenne ses responsabilités ». Autant d'éléments qui peuvent nuire à une action efficace.

(l'occupation sans titre d'un terrain, par exemple), les arguments de santé publique prévalent peu dans les arbitrages. En effet, différents éléments issus de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et de ses délégations territoriales (voir p. 91) ou d'autres acteurs de santé publique (voir p. 68) montrent que la santé publique est, même, souvent absente de ces arbitrages, au bénéfice des questions d'ordre public.

Cette absence de mise en cohérence des politiques aboutit au déploiement de moyens financiers et humains non négligeables mis au service d'actions parfois mises à mal par d'autres politiques. Ces logiques contradictoires et productrices de tensions, peuvent s'observer entre des institutions (Préfecture et Agence régionale de santé, par exemple) mais également entre des services d'une même institution (Préfecture, mairie, etc.). Différents exemples peuvent être cités :

- décision prise par le Comité de pilotage du Plan départemental de lutte contre la tuberculose en Seine-Saint-Denis de suspendre toute activité de dépistage et de traitements de la tuberculose dans les campements de Roms, pour éviter les résistances aux traitements, face à des évacuations conduites par la Préfecture sans réelle prise en compte des enjeux de santé publique, et risquant d'aggraver la situation épidémiologique ;
- évacuation des campements par les services de l'État en charge de l'ordre public (Préfecture) sur des terrains sur lesquels une recherche-action de médiation sanitaire est conduite (Bobigny, Fréjus), financée par les services de l'État, en charge de la santé (Direction générale de la santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Agences régionales de santé) ou sur lesquels une action sanitaire de vaccination et de dépistage est réalisée (Pantin) ;
- soutien financier, notamment par les services de l'État en charge de la santé (Agence régionale de santé) d'associations assurant le suivi et l'accompagnement sanitaire et social de familles roms vers le dispositif de droit commun et évacuation par les services de l'État en charge de l'ordre public des campements sur lesquels vivent ces familles, nécessitant de renouveler toutes les démarches (domiciliation, scolarisation, orientation vers les structures de prévention et de soins de proximité, ouverture des droits, etc.) ;
- financement et co-pilotage de MOUS (y compris villages d'insertion) destinées à des familles roms par les services de la Préfecture en charge de la cohésion sociale et mesure d'éloignement du territoire pour irrégularité de séjour, par les services de la Préfecture en charge de la politique migratoire, visant des familles incluses dans ce dispositif d'insertion.

À travers ces exemples, on peut noter que la question de « l'ordre public » domine et est souvent envisagée dans son sens le plus strict. Or, « l'état sanitaire des populations constitue un élément de l'ordre public »<sup>379</sup>. Si les Préfectures sont toutes chargées d'appliquer les instructions délivrées au niveau national (décrets, textes de loi, etc.), des nuances dans leur

---

379 Élément issu de l'entretien réalisé à la Préfecture de Seine-Saint-Denis (11 août 2010).

application peuvent exister entre Préfectures. En effet, durant ce même entretien à la Préfecture, il a été précisé, au sujet des évacuations des campements, que « le Préfet dispose d'un pouvoir d'appréciation : si le trouble à l'ordre public qu'engendrerait l'exécution de la décision de justice est plus important que le désordre lié à la non-exécution d'une décision de justice, le Préfet peut y surseoir »<sup>380</sup>. Par ailleurs, en l'absence de décision de justice, le Préfet peut procéder à une évacuation pour le « maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques »<sup>381</sup>.

Les objectifs fixés en matière d'évacuation des campements (voir p. 116) ont probablement renforcé cette vision stricte de l'ordre public. Il apparaît également, pour nombre d'interlocuteurs, que les questions de salubrité et de santé publique peuvent être instrumentalisées, et servir d'arguments permettant de renforcer ces politiques dites sécuritaires. Le rapport Romeurope de 2007-2008 indique, par exemple, qu'il arrive parfois que « l'insalubrité soit 'organisée' » (par exemple, absence de ramassage des ordures ménagères sur un campement) permettant ensuite, pour la Préfecture, d'invoquer l'insalubrité et les risques pour la santé publique pour évacuer un campement sans décision préalable du tribunal<sup>382</sup>.

La revue des expériences conduites en direction des populations roms au cours de ces dernières années permet de voir que les programmes qui ont montré une certaine efficacité sont ceux où une volonté politique commune a pu émerger à un moment donné, concernant l'ensemble des échelons territoriaux (commune, département, région) et les services de l'État. Cette volonté d'agir a permis de définir des objectifs communs, qui ont pu aboutir à une mise en cohérence de politiques pouvant, pourtant, avoir parfois des impératifs divergents.

---

380 *Ibid.*

381 Article L. 2215-1 du Code général des collectivités territoriales.

382 Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2007-2008, septembre 2008 : p. 100.



# Synthèse et conclusions



Cette étude sur la situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » vivant en Île-de-France a été réalisée en 2010-2011. Elle s'appuie sur le recoupement d'informations issues de différentes sources (travaux de recherches, rapports d'activité de structures en contact avec les populations roms, 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 roms (hôpitaux, mairies, Préfectures, Conseil général, Conseil régional, etc.).

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

L'Observatoire régional de santé d'Île-de-France étant un organisme d'études dont « la mission générale est l'aide à la décision dans le domaine sanitaire et social », il nous a semblé pertinent de présenter cette synthèse en distinguant les freins repérés à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des Roms, des leviers sur lesquels les actions peuvent s'appuyer pour améliorer la santé des populations roms et les principaux déterminants sociaux de celle-ci.

Trois éléments, qui apparaissent de façon transversale dans les constats et analyses présentés dans ce rapport, doivent être soulignés en préambule :

- en Île-de-France, la quasi-totalité des personnes étrangères se déclarant Roms, 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 Roms 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 interventions sanitaires et sociales, 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 qui doit être présent à l'esprit à la lecture de ces éléments, est le fait que cette étude porte sur les populations roms « visibles », c'est-à-dire celles identifiées comme telles 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 roms les plus précarisées. Les « Roms migrants » les plus insérés deviennent, de fait, « invisibles » en tant que Roms. Il convient néanmoins de souligner que les fortes contraintes, notamment administratives, pesant sur les « Roms migrants » en Île-de-France (principalement du fait de leur nationalité) rendent les processus d'insertion extrêmement difficiles. Les

éléments disponibles recoupés laissent penser que la plus grande partie des Rroms vit en Île-de-France dans des situations de grande exclusion ;

- enfin, 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. Et les pathologies les plus fréquemment rencontrées parmi les « Rroms 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 cardiovasculaires, 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 populations rroms vivant 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.

- **Les principaux freins à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des Rroms**

*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 Rroms 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 « Rroms 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 rroms 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 particulièrement 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 rroms 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 situation de grande exclusion*

Les éléments disponibles sur le recours aux soins des populations rroms montrent une certaine inadaptation 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 inadaptations, 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 rroms), 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 rroms 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 Rroms est clairement posée. Dans cette

perspective, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars)<sup>383</sup> 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, déssectorisation de certains services, etc.) devraient faciliter l'accès aux soins de l'ensemble des populations en situation de 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).

---

383 Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. La prise en charge des questions de santé des personnes sans abri ou mal logées. 4 juillet 2011.

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

L'analyse relative aux conditions de vie des populations rroms vivant en France et aux 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 rroms, ils apparaissent avec acuité pour celles-ci. En effet, les Rroms 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 rrom » 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 Rroms 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 comme une règle « obligatoire et [qui] s'impose pour des raisons impératives de protection, de sécurité ou de moralité »<sup>384</sup>.

- **Les 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 rroms, ainsi que les travaux de recherches qui leur sont consacrés, soulignent de façon unanime trois éléments forts caractérisant fréquemment les populations rroms vivant en Île-de-France :

- des compétences professionnelles dans des domaines allant de l'agriculture aux métiers du bâtiment (gros œuvre et second œuvre), en passant par la réparation de voitures ou la récupération et le recyclage de métaux. 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, notamment la Roumanie, sous le régime de Ceausescu, puis à sa chute en 1989, 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 Rroms. La répartition du travail, des ressources, des tâches quotidiennes se structure au sein du groupe familial. Cette solidarité entre les membres d'une famille, qui constitue une force face aux difficultés, touche toutes les

---

384 Site du ministère de la Justice et des Libertés. [http://www.justice.gouv.fr/mots-cles/mc\\_o.html](http://www.justice.gouv.fr/mots-cles/mc_o.html) [consulté le 15 décembre 2011].

générations, permettant de faire cohabiter les plus jeunes et les personnes les plus âgées, et favorisant la transmission des savoirs.

Les compétences professionnelles, les capacités d'adaptation ainsi que les liens de solidarité développés dans les groupes familiaux constituent des atouts majeurs sur lesquels les actions peuvent s'appuyer. Ces éléments doivent inciter à valoriser les approches participatives ou les « pratiques communautaires autour de la santé »<sup>385</sup> 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 rroms, associée à celle des associations ayant une expertise et une méthodologie 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 rroms 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 rroms 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 Rroms sont relativement « territorialisées » du fait de la scolarisation des enfants, de la domiciliation, de la fréquentation de certains services, etc. Il n'est ainsi pas rare de rencontrer des personnes rroms, 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 Rroms 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 davantage les populations rroms 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.

---

385 Terme utilisé par l'Institut Renaudot, centre de ressources en santé communautaire.

*Une population ayant une forte demande d'informations sur la santé*

Les constats sont très convergents sur le fait que les populations rroms recourent tardivement au système de soins. Différents éléments peuvent l'expliquer : l'absence de couverture maladie, la logique de l'urgence et de la survie liée aux conditions de vie qui conduit à différer le recours aux soins, les ruptures de soins liées aux expulsions itératives et/ou aux éloignements du territoire, les barrières linguistiques, le fait d'être en situation irrégulière de séjour, la crainte des institutions, le manque de ressources, etc. Des travaux de recherches ainsi que des entretiens conduits avec des intervenants médico-sociaux montrent aussi que les Rroms vivant en Île-de-France ont fréquemment une faible éducation à la santé, associée à une faible logique préventive. L'état de santé semble ainsi perçu par l'absence ou la présence de symptômes et le recours aux soins et aux traitements pourrait être également guidé par cette représentation. Ces constats ne doivent néanmoins pas laisser penser que la santé ne constitue pas une préoccupation pour les Rroms. En effet, des travaux d'ethnographie montrent par exemple que certaines conduites religieuses ou culturelles, non recensées par la biomédecine comme des pratiques de type médical, peuvent être considérées par les intéressés comme relevant d'une logique de prévention des maladies. Par ailleurs, si les adultes tendent à reporter leur recours aux soins, en revanche, pour les enfants, celui-ci semble être guidé par une autre logique qui serait d'aller consulter dès les premiers symptômes, tant la santé des enfants constitue une préoccupation centrale au sein des familles. Enfin, différentes associations soulignent la forte demande en informations sur la santé, par exemple sur la contraception chez les femmes, sur les addictions et la prévention des risques chez les jeunes rroms se prostituant, etc.

Les différents éléments abordés dans cette étude montrent que l'amélioration de la santé des populations rroms 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 rroms 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.



# Annexes



## Annexe 1 - Entretiens réalisés dans le cadre de cette étude

**Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et ses délégations territoriales (DT) :** Marianne Angeli (ARS Île-de-France), Geneviève Antoine (DT ARS 93), Isabelle Chabin-Gibert (ARS Île-de-France), Christine Chaffaut (DT ARS 93), Michel Csaszar-Goutchkoff (DT ARS 75), Didier Faury (ARS Île-de-France), Sylviane Kohn-Scherman (ARS Île-de-France), Charles Lanckriet (ARS Île-de-France), Jean-Marc Pagani (DT ARS 95), Jean-Claude Victorien (DT ARS 94), Xavier Wagner (DT ARS 75) (16 novembre 2011)

**AŠAV 92** (Association pour l'accueil des voyageurs) : Yannick Lucas, chargé de mission Roms (6 mai 2010) - Joseph Rustico, directeur, Joséphine Teoran, coordinatrice du programme national de médiation sanitaire en direction des Roms (29 novembre 2011)

**Association des maires de grandes villes de France (AMGVF) :** Emmanuel Heyraud, chargé de mission Politique de la ville, Habitat, Urbanisme (entretien téléphonique, mai 2010)

**Association Romeurope 94 :** Michel Fèvre, président (8 juin 2010)

**Association Rues et Cités** (Montreuil) : Martin Olivera, ethnologue et coordinateur action tsigane (17 juin 2010)

**Collectif de soutien aux familles rroms de Roumanie :** Jean-Pierre Dacheux, coordinateur (2 juillet 2010)

**Comité d'aide médicale :** Raphaël Balluet, Responsable la Mission France (11 mai 2010)

**Conseil général de Seine-Saint-Denis, service de la prévention et des actions sanitaires :** Michèle Vincenti-Delmas, chef du bureau Santé publique, service de la Prévention et des Actions sanitaires, Dolorès Mijatovic, responsable du programme des Maladies infectieuses (tuberculose, VIH, IST, programme vaccination du département), Mireille Seneclauze Mac Lean, chargée du dispositif de Dépistage systématique de la tuberculose (4 juin 2010, données mises à jour en septembre 2011)

**Conseil général de Seine-Saint-Denis, service de la Protection maternelle et infantile (PMI) :** Jeanne Cuesta, médecin chef du service, Emmanuelle Piet, médecin en charge des Centres de planification pour le Conseil général, Edwidge Devosse, puéricultrice, centre de PMI Léo-Lagrange à Montreuil (21 décembre 2010)

**Conseil régional d'Île-de-France :** Agnès Guerin-Battesti, chargée de mission à la direction du Développement social, de la Santé et de la Démocratie régionale (23 juin 2010, données mises à jour en septembre 2011)

**Délégation territoriale ARS 93 / DRHIL 93 :** Christine Jacquemoire, déléguée territorial adjoint, Martine Dalet, inspecteur du pôle Promotion de la santé, Christiane Bruel, médecin de santé publique, Brigitte Raison, inspecteur, chef de service du service Logement, Hébergement, Souhad Rouibi, chargée de mission Hébergement (21 juin 2010).

**Hôpital Delafontaine** (Saint-Denis), Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : Catherine Le Samedi, responsable du Service social patient à l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, présidente de la Maison de la santé de Saint-Denis, Denis Méchali, médecin infectiologue, coordinateur médical de la PASS hospitalière de Saint Denis (3 août 2010)

**Hôpital Lariboisière** (Paris), Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : Mme Breton, responsable (21 septembre 2010)

**Mairie d'Aubervilliers**, service communal d'hygiène et santé : Catherine Peyr et Sonia Bequet, infirmières de santé publique (5 mai 2010)

**Mairie de Montreuil** : Richard Zamith, chef de projet Mission d'insertion des familles Roms, chargé de la MOUS – ROM (11 juin 2010, données mises à jour en novembre 2011)

**Mairie de Saint-Denis** : Patrick Vassalo, conseiller municipal délégué, en charge de la délégation des Services publics, de la délégation à l'Égalité des droits, de la délégation à l'Insertion et à l'Emploi, Adrian Cossic, chargé de mission au cabinet du Maire (20 juillet 2010)

**Médecins du Monde, mission Rroms** : Livia Otal, coordinatrice de la Mission Rrom, et Michèle Mézard, médecin, membre fondateur du collectif Romeurope (16 juin 2010)

**Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)**, Direction territoriale de Bagnolet : Isabelle Bebeau-Briard, directrice, Pascal Mertz, directeur adjoint, en charge de l'Aide au retour volontaire et humanitaire (5 août 2010)

**Pact Arim** : Vanessa Averdy, psychologue, coordinatrice sociale de la MOUS accompagnement social et relogement des villages d'insertion, Jean-Baptiste Depelley, assistant social de la MOUS accompagnement social et relogement des villages d'insertion, site de Saint-Ouen (anciennement Aubervilliers), Nadine Morel, éducatrice spécialisée de la MOUS accompagnement social et relogement des villages d'insertion, site de Saint-Denis, Laetitia Viard, assistante sociale de la MOUS accompagnement social et relogement des villages d'insertion, site de Bagnolet (31 mai 2010)

**Préfecture de région Île-de-France** : Isabelle Mérignand, chargé de mission Santé et cohésion sociale (20 septembre 2010)

**Préfecture de Seine-Saint-Denis** : Sébastien Lime, sous-préfet chargé de mission et de l'arrondissement de Bobigny, Audrène Asquoët, conseillère technique en travail social, DRHIL de la Seine-Saint-Denis (11 août 2010)

## Annexe 2 - Références

### *Publications ou communications orales*

Amirkhanian Y. A. et al. Sexual practices and gender roles among Roma (Gypsies) in central and eastern Europe: implications for HIV prevention. The XIV International AIDS Conference, 2002 : Abstract TuPeE5188.

AȘAV. Synthèse des activités à visée d'insertion sociale et citoyenne, Gens du voyage et Roms migrants. Année 2010, juin 2011 : 43 p.

AȘAV. Rapport annuel d'activité et de performance. Année 2009. Action socio-sanitaire en direction des Roms roumains menée par l'AȘAV dans le Val d'Oise, 2010.

Assfam, Forum réfugiés, France terre d'asile, La Cimade, Ordre de Malte France. Centres et locaux de rétention administrative. Rapport 2010, décembre 2011 : 231 p.

Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés, décembre 2004 ; 407 : pp. 1-4.

Bellin-Lestienne A., Deschamps V., Noukpoapé A., Hercberg S., Castetbon K. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire – Etude Abena, 2004-2005. Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers. Saint-Maurice, 2007 : 74 p.

Besson E. Ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire. Discours de présentation du projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, devant la Commission des lois à l'Assemblée Nationale, 8 septembre 2010 : 6 p.

Boltanski L. Nous ne débattons pas de la « question Rom ». Communication orale lors de la rencontre « Les Roms et qui d'autres ? ». Montreuil. Septembre 2011.

Bonnet V. Expérience interstitielle. Construire pour et avec les Roms. Entretien avec Julien Beller. Mouvements. 27 octobre 2011.

Clicoss 93. Diversités tsiganes en Seine-Saint-Denis. Comprendre pour agir. Actes de la journée d'étude du 12 mars 2009 : 149 p.

Colizzi R. Roms : « déplacés » aux portes de Paris. Exclusion et précarité. Ceras - revue Projet, juillet 2009.

Collectif national droits de l'homme Romeurope. Santé materno-infantile des populations roms migrantes vivant en situation de précarité, juin 2011.

Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2009-2010 sur la situation des Roms migrants en France, septembre 2010 : 153 p.

Collectif national droits de l'homme Romeurope. La non-scolarisation en France des enfants roms migrants. Étude sur les obstacles à la scolarisation des enfants roms migrants en France. Rapport d'étude, février 2010 : 78 p.

Collectif national droits de l'homme Romeurope. Mettre en œuvre des actions de médiations sanitaires auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. État des lieux des expériences ressources et préfiguration de projets pilotes. Rapport d'étude, 2009 : 93 p.

Collectif national droits de l'homme Romeurope. Rapport 2007-2008, septembre 2008 : 172 p.

Collectif pour le droit des enfants roms à l'éducation. Document d'information, novembre 2009 : 8 p.

Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels. Edition 2008 : 568 p.

Commission des communautés européennes. Les répercussions de la libre circulation des travailleurs dans le contexte de l'élargissement de l'Union européenne. Rapport rendant compte de la première phase d'application (1er janvier 2007-31 décembre 2008) des dispositions transitoires établies dans le traité d'adhésion de 2005, novembre 2008 : 30 p.

Commission européenne. Rapport de la Commission au Conseil sur le fonctionnement des dispositions transitoires sur la libre circulation des travailleurs en provenance de Bulgarie et de Roumanie. Bruxelles, 11 novembre 2011 : 14 p. + annexes.

Commission européenne. TNS opinion & social. Eurobaromètre spécial 296. La discrimination dans l'Union européenne : Perceptions, expériences et attitudes. juillet 2008 : 88 p. + annexes.

Commission nationale de déontologie et de sécurité. Rapport 2010 remis au Président de la République et au Parlement, 2011 : 90 p. + annexes.

Conseil de l'Europe. Les Roms et les statistiques. Strasbourg, 22-23 mai 2000 : 20 p.

Conseil général de Seine-Saint-Denis, ARS 93, ARS île-de-France. La lutte contre la Tuberculose en Seine-Saint-Denis. Mise en œuvre d'une action de dépistage systématique. Diaporama lors de la journée d'information sur la lutte antituberculeuse en France (DGS - InVS) 23 mars 2011.

Cordier A., Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État. Paris : Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010 : 161 p.

- Cossée C. Regards croisés sur les trajectoires migratoires. Communication orale lors du colloque « Roms en France. Quelles conditions d'accueil et d'accès aux droits ? ». Aubervilliers, 8 avril 2011.
- Courthiade M. L'identité Rromani : telle qu'elle existe et telle qu'elle est perçue. Différences. Revue du MRAP, Août-Septembre 2006 ; 259 : pp. 6-16.
- Cousin G. Sisyphé et le statisticien: Retour humanitaire des Roms roumains entre logique chiffrée de gestion des flux migratoires et discrimination ethnique. Communication orale lors du colloque « Dynamiques, politiques et expériences du rapport aux 'endo-étrangers' en Europe : Roms, Manouches, Yeniches, Gitans et gens du voyage en Europe. Université Victor Segalen, Bordeaux, avril 2009.
- Darmon N., Drewnowski A. Does social class predict diet quality ? American Journal of Clinical Nutrition, 2008 ; 87 (5) : pp. 1107-1117.
- Delépine S., Lucas Y. Les Roms migrants en France ou comment faire d'une population en danger une population dangereuse. Communication orale lors du colloque « La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques ». Colloque internationale de la Maison des Sciences de l'Homme, Faculté de droit et des sciences politiques, Nantes, juin 2007.
- Desprès C., Guillaume S., Couralet P. E. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Rapport de l'Irdes, 2009 : 99 p.
- Desprès C., Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne. Rapport final, mai 2006 : 80 p.
- Direction générale de la santé. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA. Rapport d'évaluation réalisé par evalua, juillet 2006 : 138 p.
- Dostal M., Topinka J., Sram R. J. Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice. International Journal of Public Health, 2010 ; 55 : pp. 435-441.
- Druelle S., de Maria F., Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose. In : Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France. Edition actualisée et complétée. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2009 : pp. 177-187.
- Dupeyras A.-S., Dandres A.-M., Lucas D. Santé et prestations sociales. Communication orale lors du colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre de solutions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010.
- European Commission. Ethnic minority and Roma women in Europe: A case for gender equality ? Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010 : 154 p.
- European Roma Rights Centre. Ambulance not on the way. The disgrace of Health Care for Roma in Europe, September 2006 : 90 p.
- European Roma Rights Centre. Standards Do Not Apply: Inadequate Housing in Romani Communities, december 2010 : 78 p.
- Fainzang S. Les ethnologues, les médecins et les Tsiganes devant la maladie. Études Tsiganes, 1988 ; 2 : pp. 3-10.
- Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. La prise en charge des questions de santé des personnes sans abri ou mal logées. 4 juillet 2011.
- Figoni J., Antoine D., Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juin 2011 ; 22 : pp. 258-260.
- Fundacion Secretariado Gitano Health Area (coord). Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. 2009 : 180 p.
- Galès B. Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation « santé et gens du voyage ». À propos d'une étude qualitative. Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en médecine. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble. Thèse soutenue publiquement le 12 octobre 2010 : 71 p.
- Gamonet J. "So dukhal tut ?", "Qu'est-ce qui te fait mal ?". Réflexions sur la traduction des entretiens médicaux avec les Roms migrants. Études Tsiganes, 2005 ; 22 pp. 120-125.
- Gilg Soit Ilg A. Données médicales et socio-démographiques : les populations roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe. Espagne, France, Grèce. Étude quantitative. Projet Romeurope. Médecins du Monde, juin 1999 : 82 p.
- Gil-Robles A. Rapport final sur la situation en matière de droits de l'homme des Roms, Sintis et Gens du voyage en Europe. Rapport à l'attention du Comité des Ministres et de l'Assemblée parlementaire. Bureau du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, février 2006 : 49 p.
- Groupement régional de santé publique (GRSP). Programme régional d'Île-de-France de lutte contre la tuberculose 2008-2011. Programme approuvé lors de la Conférence régional de santé du 19 novembre 2008 : 52 p.
- Guignon N., Collet M., Gonzalez L. *et al.* La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Études et résultats, septembre 2010 ; 737 : pp. 1-8.

- Guillouet J.-J., Pauquet P., Fazio C. *et al.* La domiciliation administrative des personnes sans domicile fixe en Île-de-France en 2009. Rapport de l'IAU Île-de-France, janvier 2010 : 100 p.
- Hajioff S., McKee M. The health of the Roma people : a review of the published literature. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2000 ; 54 : pp. 864-869.
- Hasdeu I. Corps et vêtements des femmes Roms en Roumanie. Un regard anthropologique. *Études tsiganes*, 2008 ; 33-34 : pp. 60-77.
- Hasdeu I. Le temps des Gitans... et non celui des Gitanes. Mondialisation, ethnicité et patriarcat chez les Kaldarari de Roumanie. *Recherches féministes*, 2004 ; 17 (2) : pp. 13-42.
- Haut conseil à l'intégration. Les droits des femmes issues de l'immigration. Avis à Monsieur le Premier ministre. 2003 : 45 p.
- Haut conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Collection Avis et rapports. La Documentation Française, décembre 2009 : 103 p.
- Haut-commissariat aux minorités de l'OSCE, Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes de l'Union européenne. Vaincre les obstacles. Les femmes roms et l'accès à la santé publique, 2003 : 136 p.
- Haute autorité de santé. Guides (médecin / patient) ALD n°29 sur la tuberculose active, 2007.
- Henriot E. Le Hanul, Saint-Denis « elle est pas bidon ma ville !!! ». Mémoire de Master. École nationale supérieure du paysage, 2009 : 216 p.
- Hors la rue. Rapport d'activité 2010. Repérage et accompagnement vers le droit commun des mineurs étrangers en danger, isolés ou mal accompagnés : 85 p.
- Hors la rue. Rapport d'activité 2009 : 79 p.
- Human Rights Watch. Kosovo: Poisoned by Lead. A Health and Human Rights Crisis in Mitrovica's Roma Camps, 2009 : 68 p.
- Institut de veille sanitaire. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (2002-2003), 2005 : 144 p.
- Institut de veille sanitaire. Mesure de la couverture vaccinale en France. Bilan des outils et méthodes en l'an 2000. Rapport de l'InVS, 2001 : 56 p.
- Knaff C. Façons de vivre, façons de se soigner. Étude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les Roms caramidari. Mémoire réalisé dans le cadre d'un diplôme de cadre de santé et d'un Master 1 Recherche en éducation et formation, 2010 : 88 p. + annexes.
- Kolarcik P., Geckova A. M., Orosova O. *et al.* To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia ? *Social Science & Medicine*, 2009 ; 68 : pp. 1279-1284.
- Koupilová I., Epstein H., Holcák J., Hajioff S., McKee M. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Social Science & Medicine*, 2001 ; 53(9) : pp. 1191-1204.
- Krajcovicova-Kudlackova M., Blazicek P., Spustova V. *et al.* Cardiovascular risk factors in young Gypsy population. *Bratislava Medical Journal*, 2004 ; 105 (7-8) : pp. 256-259.
- Krumova T., Ilieva M. The health status of romani women in Bulgaria. *Amalipe*, 2008 : 56 p.
- La santé des migrants. La santé de l'homme, éditée par l'INPES, novembre-décembre 2007 ; 392 : pp. 14-41.
- Lamara F. Aïach P. La place de la santé et des soins chez les Tsiganes migrants. *Revue Hommes et Migrations. Santé. Le traitement de la différence*, mai-juin 2000 ; 1225 : pp. 117-121.
- Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH, mars 2011 ; 10-11 : 56 p.
- Legros O. Les « villages roms » ou la réinvention des cités de transit. *Métropolitiques*, janvier 2011.
- Legros O. Les « villages d'insertion » : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? *Revue Asylon(s)*, juillet 2010 ; 8.
- Legros O. Les pouvoirs publics et les grands « bidonvilles roms » au nord de Paris (Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen). *EspacesTemps.net*, Textuel, 2010.
- Liégeois J.-P. L'éducation des enfants roms en Europe. Le contexte de mise en œuvre de la Recommandation CM/Rec(2009)4 du Comité des Ministres aux États membres sur l'éducation des Roms et des Gens du voyage en Europe. Rapport pour le Conseil de l'Europe, 2009 : 86 p.
- Liégeois J.-P. Roms en Europe. Éditions du Conseil de l'Europe, 2007 : 311 p.
- Lucas Y. Immigrants et migrants roms roumains en France ou les suspects victimes d'une méconnaissance ambiante. Communication orale lors du colloque « Dynamiques, politiques et expériences du rapport aux 'endo-étrangers' en Europe : Rroms, Manouches, Yeniches, Gitans et gens du voyage en Europe. Université Victor Segalen, Bordeaux, avril 2009.

- Masseria C., Mladovsky P., Hernandez-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania *European Journal of Public Health*, 2010 ; 20 (5) : pp. 549-554.
- Mc Kee M. The Health of gypsies. *British Medical Journal*, 1997 ; 315 (7117) : pp. 1172-1173.
- Médecins du Monde. Parias, les Roms en France. Dossier de presse, juillet 2011 : 15 p.
- Médecins du Monde. Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France. Rapport de la Direction Mission France, Juillet 2011 : 22 p.
- Médecins du Monde. Rapport 2009 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, octobre 2010 : 222 p.
- Médecins du Monde. Médecins du Monde auprès des femmes Roms, mars 2008 : 8 p.
- Médecins du Monde. Observatoire européen de l'accès aux soins. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, juin 2007 : 73 p.
- Médecins du Monde. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France, 2006 : 42 p.
- Mezard M. Populations roms : des territoires impossibles ? Les roms migrants en Ile-de-France. Un défi pour le concept « territoires et inégalités de santé ». Communication orale lors de la Conférence régionale de santé en Ile-de-France. Paris, 18 février 2010.
- Micheletti P. Les Roms étrangers en banlieue parisienne. DDASS et secteur associatif : quelles interactions pour quel accès aux soins ? Mémoire pour le titre de Médecin-inspecteur de santé publique, École nationale de santé publique, avril 2001 : 78 p.
- Mile S. L'immigration des Roms en France – entre préjugés, craintes et chances. *Le Courrier des Balkans*, 2005 : 4 p.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique Protection de l'enfance, nd : 33 p.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Guide méthodologique. Agence régionale de santé. Version validée – CNP du 21 mars 2011 : 49 p.
- Moatti J.-P. Spire B. Au-delà de l'observance : les recherches socio-comportementales sur l'impact des multithérapies antirétrovirales. *Transcriptase*, mai 2000 ; 83 : pp. 21-25.
- Moreau C. Lydié N. Warszawski J. Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée in : Beck F. Guilbert P. Gautier A. (dir). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Rapport de l'INPES*, 2007 : pp. 329-353.
- Moriau B. Les difficultés de l'action médicale auprès des populations roms. Colloque « Pratique et éthique médicale à l'épreuve des politiques sécuritaires ». Médecins du Monde, Sciences Po, ÉHESP, Université Paris Descartes. Paris, 29 juin 2010.
- Morin C. Une aire d'accueil expérimentale pour les Roms. *Lien social*, février 2002 ; 611.
- Mouvement ATD Quart Monde. Ateliers du croisement des Savoirs et des pratiques. Charte du croisement des savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. 2006 : 4 p.
- Nacu A. Les Roms migrants et la santé. *Diversité*, 2009 ; 159 : pp. 49-55.
- Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Rapport d'activités 2010, 2011 : 93 p.
- Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Rapport d'activités 2009, 2010 : 98 p.
- Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Instruction N° 2010/03. Mise en place du dispositif d'aide au retour et à la réinsertion. 15 mars 2010 : 25 p.
- Olivera M. La fabrique experte de la « question rom » : multiculturalisme et néolibéralisme imbriqués. *Lignes*, 2011 ; 34 « L'exemple des Roms. Les Roms, pour l'exemple » : pp. 104-118.
- Olivera M. Eléments historiques et socioculturels Communication orale lors de la rencontre interprofessionnelle « Du problème public aux réalités de terrains : mieux comprendre les migrations roms pour agir localement ». Ville de Saint-Denis, Direction des solidarités et du développement social. Direction de l'accueil, Mission solidarité, 24 novembre 2010.
- Olivera M. Que savons-nous des Roms ? Communication orale lors du colloque « Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre d'actions concertées ». Collectif National Droits de l'Homme Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France, 6 décembre 2010.
- Olivera M. Introduction aux formes et raisons de la diversité Rom roumaine. *Études tsiganes*, 2010 ; 38 : pp. 8-41.
- Olivera M. Les Roms migrants en France – un réalité qui dérange. *Diversité*, 2009 ; 159 : pp. 179-188.
- Open Society Institute. No Data-No Progress. *Country Findings*, August 2010 : 132 p.
- Open Society Institute. No Data-No Progress. *Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion 2005–2015*, June 2010 : 56 p.
- Open Society Institute. *Left Out: Roma and Access to Health Care in Eastern and South Eastern Europe. Public Health Fact Sheet*, 2007.
- Open Society Institute. *Understanding Risk: Roma and HIV Prevention. Public Health Fact Sheet*, 2007.

- Otal L. L'accès à la santé des Roms : l'action de Médecins du Monde. Colloque « Précarisation et grande exclusion ». La Courneuve, 18 mai 2010.
- Packer C. The Health Status of Roma: Priorities for Improvements. *Human Rights Tribune*, 2005 ; 11 (1) : pp. 27-31.
- Pact Arim 93. Bilan d'intervention annuel. M.O.U.S. accompagnement social et relogement. Village d'insertion Adoma Saint-Denis. Bilan de la période du 1er décembre 2009 au 15 juin 2010 : 38 p.
- Pact Arim 93. Bilan d'intervention du projet M.O.U.S. accompagnement social et relogement. Centre d'hébergement et d'insertion d'Aubervilliers. Bilan de la période du 18/12/2006 au 15/12/2009 : 29 p.
- Pact Arim 93. Bilan d'intervention intermédiaire sur 6 mois d'activité du projet M.O.U.S. accompagnement social et relogement. Village d'insertion Adoma Saint-Denis. Année 2009 : 29 p.
- Pact Arim 93. Bilan MOUS Roms. Site de la ville de Saint Ouen. Intervention auprès des ménages accueillis au 41 rue de Clichy. Du 7 juillet 2008 au 31 août 2009 : 36 p.
- Parizot I., Chauvin P., Firdion J.-M., Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France. Synthèse Inserm, Ined, juin 2003 : 45 p.
- Pauti M.-D., Rochefort J. Précarité et IVG : l'expérience de Médecins du Monde. Communications orales lors de la 70ème rencontre du CRIPS du 25 septembre 2008 sur le thème « Précarités, prises de risque et accès aux soins ». Lettre d'information, janvier 2009 ; 87 : pp. 3-4.
- Popescu A. Roms de Saint-Denis : place nette pour le Rugby ? Exclusion et précarité. *Ceras - revue Projet*, septembre 2007.
- Radio France Internationale (RFI). Priorité Santé. La santé des Roms et des Gens du voyage. Émission en deux parties du 08 octobre 2010.
- Rannon-Heim C., Decondé C., Laurol S., Mouchel P. Plaine Commune : un essor économique plus rapide que les transformations sociales. *Insee. Ile-de-France à la page*, avril 1010 ; 330 : 4 p.
- République Française. Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDDH) de France. Étude et propositions sur la situation des Roms et des Gens du voyage en France. Texte adopté en assemblée plénière le 7 février 2008 : 66 p.
- République française. La Défenseure des enfants. Rapport d'activité 2010, novembre 2010 : 154 p.
- Riffaut H., Nicolai C., Olivier C. Les mendicités à Paris et leurs publics. Rapport d'étude du Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie (CerPhi), mai 2011 : 127 p.
- Rorke B. (dir.). Beyond Rhetoric : Roma Integration Roadmap for 2020. Priorities for an EU Framework for National Roma Integration Strategies. *Open Society Roma Initiatives*, juin 2011 : 148 p.
- Schaaf M. Confronting a Hidden Disease. TB in Roma Communities. A Research Report from the World Lung Foundation prepared for the Roma Health Project. *Open Society Institute*, 2007 : 43 p.
- Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. Les orientations de la politique de l'immigration. Septième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, mars 2011 : 220 p.
- Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. Les orientations de la politique de l'immigration. Sixième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, décembre 2009 : 253 p.
- Sepkowitz A. K. Health of the world's Roma population. *The Lancet*, 2006 ; 367 : pp. 1707-1708.
- Six B. Communication orale lors de la table ronde « Dispositifs d'accueil et accès aux droits ». Colloque « Roms en France. Quelles conditions d'accueil et d'accès aux droits ? ». Aubervilliers, 8 avril 2011.
- Skodova Z., van Dijk J. P., Nagyova I. *et al.* Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. *International Journal of Public Health*, 2010 ; 55 : pp. 373-380.
- Stanescu A., Janta D., Lupulescu E., Necula G., Lazar M., Molnar G., Pistol A. Ongoing measles outbreak in Romania, 2011. *Euro Surveillance*, 2011 ; 16(31) : pp. 1-4.
- Stephenson P., Wagner M., Badea M., Serbanescu F. The Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion. Lessons from Romania. *American Journal of Public Health*, October 1992 ; 82 (10) : pp. 1328-1331.
- United Nations Development Programme. Roma in Central and Eastern Europe, 2002 : 126 p.
- Valachovicova M., Krajcovicova-Kudlackova M., Ginter E. *et al.* Antioxidant vitamins levels – nutrition and smoking. *Bratislava Medical Journal*, 2003 ; 104 (12) : pp. 411-414.
- Vernet M. Coercitive Sterilization of Romani Women in Former Czechoslovakia. *Human Rights Tribune*, 2005 ; 11 (1) : pp. 32-34
- Vincelet C., Embersin-Kyprianou C., Grémy I. (coord.). Santé des mères et des enfants de Paris. État des lieux pour la mise en place d'un Schéma directeur départemental de la Protection maternelle et infantile. Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, septembre 2010 : pp. 161-168.
- Vitale T., Claps E., Arrigoni P. Regards croisés. Anti-tsiganisme et possibilité de « vivre ensemble », Roms et Gadje, en Italie. *Revue Études Tsiganes*, 2009 ; 35 : pp. 80-103.

Wamsiedel M., Jitariu C. Analysis of the situation in Romania. In : Fundacion Secretariado Gitano Health Area (coord). Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. 2009 : pp. 149-154.

Zajc M., Narancić N. S., Skarić-Jurić T. *et al.* Body mass index and nutritional status of the Bayash Roma from eastern Croatia. Collegium Antropologicum, 2006 ; 30 (4) : pp 783-787.

Zeman C. L., Depken D. E., Senchina D. S. Roma health issues: a review of the literature and discussion. Ethnicity & Health, 2003 ; 8 (3) : pp. 223-249.

### *Colloques sur les Roms*

« Six heures avec les Roms du Val-de-Marne ». Journée organisée par le Collectif Romeurope du Val de Marne (13 février 2010, Choisy le Roi)

« La santé des Roms en France : Une urgence sanitaire ? ». Colloque organisé par Médecins du Monde (25 février 2010, Paris).

« Du problème public aux réalités de terrains : mieux comprendre les migrations roms pour agir localement ». Rencontre interprofessionnelle organisée par la Mairie de Saint-Denis (24 juin 2010, Saint-Denis)

« Roms et discriminations : du constat à la mise en œuvre d'actions concertées ». Colloque Romeurope, Conseil régional d'Île-de-France (6 décembre 2010, Paris).

« Roms en France. Quelles conditions d'accueil et d'accès aux droits ? ». Colloque organisé par la ville d'Aubervilliers (8 avril 2011, Aubervilliers).

« Dynamiques d'insertion des publics en grande précarité : l'expérience des migrants roms en France. Regards croisés action/recherche ». Séminaire Urba-Rom Observatoire européen des politiques en direction des groupes dits roms/tsiganes (5 novembre 2011, Paris).

### *Veille internet sur des sites, blogs et forums spécialisés*

Bienvenue chez les Roms : <http://roms.blog.tdg.ch/>

Collectif national droits de l'homme Romeurope : <http://www.romeurope.org/>

Dépêches tsiganes : <http://www.depechestsiganes.fr/>

Dosta! : <http://www.dosta.org/fr>

EcoDrom : <http://ecodrom.org/>

European roma information office : <http://erionet.org/site/>

European roma rights centre : <http://www.errc.org/index>

Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage : <http://www.fnasat.asso.fr/>

Groupe d'information et de soutien des immigrés : <http://www.gisti.org/index.php> (sur les Roms : <http://www.gisti.org/spip.php?rubrique473>)

Ligue des droits de l'homme Toulon : <http://www.ldh-toulon.net/>

Observatoire Urba-Rom : <http://urbarom.crevilles-dev.org/>

Résistances et romanitude : <http://www.romanitude.fr/>

Roma daily news : [http://groups.yahoo.com/group/Roma\\_Daily\\_News/](http://groups.yahoo.com/group/Roma_Daily_News/)

Roma initiatives. Open society foundations : <http://www.soros.org/initiatives/roma>

Roms en France. Collectif de soutien aux familles roms de Roumanie : <http://rromsenfrance.blogspot.com/>

Union Régionale des associations pour la promotion et la reconnaissance des droits des Tsiganes et Gens du voyage d'Île de France : <http://www.uravif.fr/>