

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

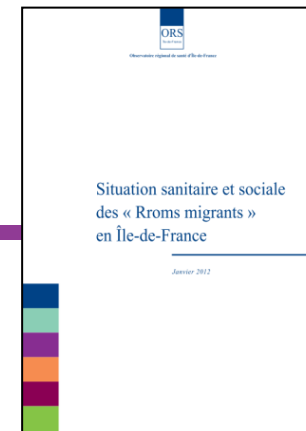


Conférence de territoire –Paris, 24 octobre 2014

Dr Nathalie SENECALE - Observatoire régional de santé Île-de-France

# Quelques définitions

- **Les Tsiganes** : catégorie ethnique.  
Arrivés en France depuis le 15<sup>ème</sup> siècle.
  - Roms (Europe centrale et orientale)
  - Gitans (Sud de l'Europe, notamment Espagne)
  - Manouches (Nord de l'Europe, notamment France, Allemagne)
  
- **Les Gens du voyage** : catégorie administrative  
(nationalité française : 350.000 à 500.000 personnes en France).
  - Tsiganes : Roms, Gitans, Manouches
  - Non-Tsiganes : forains, gens du cirque, etc.
  
- **Les « Roms migrants »**
  - Personnes vivant en France, se reconnaissant comme Roms, venant des pays d'Europe centrale et orientale, et arrivées en France depuis le début des années 90
  - Sédentaires depuis plusieurs siècles
  - « rr » : orthographe utilisée dans la langue romani (usage de l'INALCO en France)



# Les Roms en IDF



- **Il existe un certain consensus sur le nombre de « Roms migrants » en France : de 10 000 à 15 000**
  - Stable depuis le milieu des années 2000
  - Environ 5 000 en Île-de-France
    - 50 % en Seine-Saint-Denis (principalement communes de l'arrondissement de Saint-Denis) : 2 500 à 3 000 personnes
- **Une population diversifiée**
  - Les Roms vivant en Île-de-France sont très largement de nationalité roumaine, et dans une moindre mesure bulgare (UE27 depuis janvier 2007)
  - Mais diversité des populations : caractéristiques géographiques, migratoires, sociales, démographiques, linguistiques, etc.
  - Une constante : migration plutôt familiale motivée par la pauvreté, l'exclusion et les discriminations





# **Principales caractéristiques de l'étude**



# Une étude conduite avec une approche de santé publique



## Trois objectifs principaux :

- Caractériser les **conditions de vie** des populations roms vivant en Ile-de-France : déterminants sociaux de la santé
- Dresser un état des lieux des connaissances sur la **santé** des populations roms : représentation de la santé et du corps, recours au soins, facteurs de risques, comportements préventifs, etc.
- Caractériser les **interventions** sanitaires et sociales en direction des populations roms en Île-de-France et les principaux freins à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale



# Difficultés rencontrées

---

- **Diversité des champs d'analyse** : santé publique, droits, politiques publiques, compétences des collectivités territoriales, législations européennes, problématiques de l'hébergement, etc.  
→ complexité des enjeux
- **Evolutions législatives** touchant les populations rroms (AME, code de séjour des étrangers, Loppsi ...)
- **Evolutions institutionnelles** (DRASS → ARS / DRIHL)
- **Identification difficile des interlocuteurs** pour mener les entretiens (approche thématique / approche populationnelle)
- **Contexte politique** difficile pour recueillir des informations lors des entretiens (et évolution des situations)



# Méthode et sources de données



- Mise en perspective, recoupement de données, constats très parcellaires obtenus par des sources ou des méthodologies différentes
  - Nécessité +++ d'un processus de validation des analyses
- Sources de données :
  - **Revue de la littérature** : ouvrages, articles, rapports d'activité d'associations, de collectifs, comités de soutiens aux familles roms
  - **Colloques** sur le thème des Roms, de la précarité, de la grande exclusion, de la santé des migrants, etc.
  - **Veille média** : médias classiques, sites internet, blogs, réseaux sociaux
  - **Entretiens** conduits auprès d'une cinquantaine de personnes : associations, collectifs, PASS, municipalités, Conseil général, Préfecture de département, Préfecture de région, Conseil régional d'Île-de-France, ARS Île-de-France et ses délégations territoriales, direction territoriale de l'OFII
- Les populations roms étudiées sont celles identifiées comme telles = populations roms « visibles ».





# **Conditions de vie**

## **Principales caractéristiques**





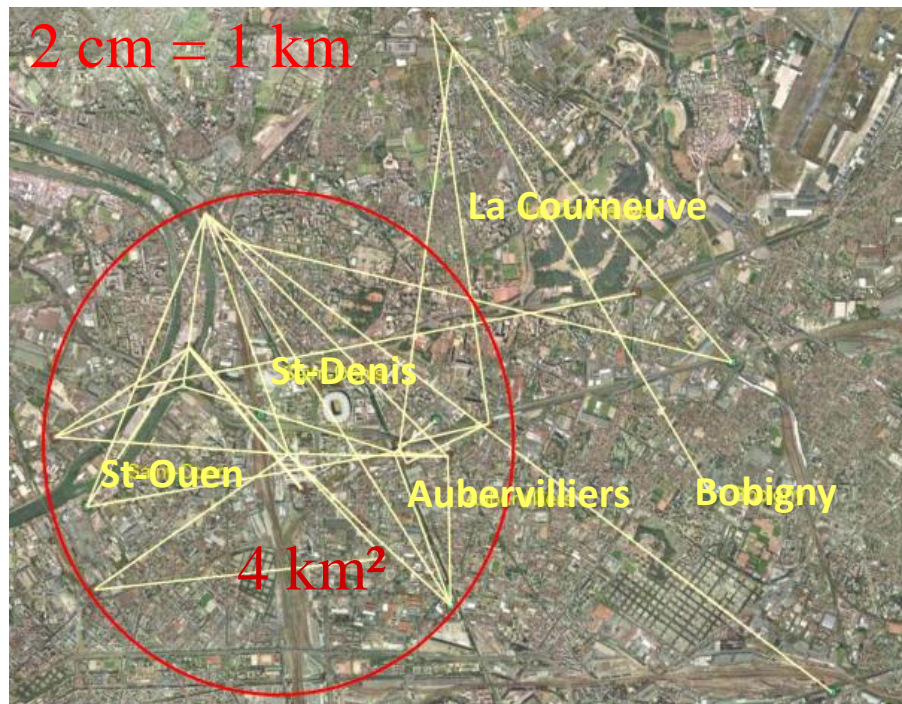
# Un accès limité au marché du travail freinant les processus d'insertion

- **Accès au marché du travail soumis à une période transitoire** (jusqu'au 01.01.2014 - 9 pays sur 27) : ~~1~~ 291 métiers ouverts + demande d'autorisation (plusieurs mois d'attentes) + (jusqu'en 08.2012) taxes versées à l'OFII (env. 800€ pour un Smic) → marché du travail fermé
- **Ressources financières limitées, irrégulières et issues d'emplois non déclarées** : mendicité, activités non déclarées (récupération de métaux, BTP, vente de fleurs, journaux, cigarettes, objets de récupération, nettoyage de vitres de voitures, spectacles de musique, etc.) et cas cités de prostitution chez des mineurs/jeunes majeurs roms
- **Accès fermé au parc de logements social/privé entraînant une occupation sans titre de terrains** : campements/bidonvilles insalubres+++
- Malgré la liberté de circulation (UE), **une situation administrative irrégulière liée à l'absence de « ressources suffisantes »** (« charge déraisonnable pour le système d'assistance sociale »)
- **Instabilité permanente subie**
  - Éloignements fréquents du territoire français (OQTF ou ARH) : les ressortissants roumains représentent 26% de ces mesures en France (env. 8.000 sur 30.000 éloignements)
  - Évacuations récurrentes des campements



# Une instabilité subie empêchant tout ancrage résidentiel

Carte des mouvements migratoires d'une population essentiellement composée de Roms roumains à Saint-Ouen, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve et Bobigny en 2006



Source : Radenez J. et al. Étude des mouvements migratoires d'une population donnée. 2007.

➤ 15 mouvements dans un territoire de 4 km<sup>2</sup>

➤ **Frein majeur à la scolarisation** des enfants rroms : assignation de cette population à l'exclusion

➤ **Exclusion de l'accès aux soins**

- Accès limité à une protection maladie, y compris à l'AME : preuves de présence en France et de domiciliation difficiles à apporter
- Ruptures des parcours de santé (vaccination, dépistage, traitements, etc.)
- Nécessité de renouveler les démarches médico-sociales en permanence
- **Accès tardif et précaire aux soins**
- **Fragilisation de l'état de santé des individus**
- **Sur le plan de la santé publique : diffusion des épidémies (TB, rougeole, coqueluche, etc.), risque d'évolution vers des résistances aux antituberculeux**



# Un accès tardif et précaire aux soins

- Accès limité à une **protection maladie** (AME)
  - Preuve de présence en France et de domiciliation difficiles à apporter
  - Demande de certaines CPAM de prouver l'absence de droits ouverts dans le pays d'origine : difficulté à prouver l'inexistant
  - Trois réformes plus restrictives en 2011 : droit annuel de 30 € - dépôt de demande exclusivement dans les CPAM - agrément préalable quand soins non « urgents » > 15.000 €
- Du fait de la mobilité, **ruptures du suivi médical** (vaccination, dépistage, traitements, etc.)
- Nécessité de **renouveler les démarches** médico-sociales en permanence
- **Logique de l'urgence** liée à la situation sociale : le recours aux soins est différé
- Faible **éducation à la santé** associée à une faible logique préventive : recours aux soins = présence de symptômes
- Crainte des institutions, y compris médicale, et **discriminations** : approche souvent culturaliste des professionnels sanitaires et sociaux et attitudes parfois hostiles (perçues)
- **Éloignement du système de soins (renoncements des individus et des professionnels)**
- **Fragilisation de l'état de santé des individus**
- **Sur le plan de la santé publique : diffusion des épidémies (TB, rougeole, coqueluche, etc), risque d'évolution vers des résistances aux antituberculeux**





# **Etat de santé**

## **Principales caractéristiques**



# Quelques données épidémiologiques sur les Roms vivant en Europe centrale et orientale



- **Espérance de vie** : environ 10 ans plus faible chez les Roms – jusqu'à 17 ans pour les femmes roms de Slovaquie en comparaison de celles de la pop. majoritaire (13 ans chez les hommes)
- **Taux de mortalité infantile** : 2 à 4 fois supérieur chez les Roms selon les pays, voire 6 fois en Bulgarie. En Roumanie, TMI de 72,8 pour 1000 naissances vivantes chez les Roms contre 27,1 dans la population majoritaire. [3,6 pour 1000 en France]
- Fréquence plus élevée des **naissances de petit poids** (< 2500 gr) et des **naissances prématurées** (< 37 semaines) : En Rép. Tchèque, naissances de petit poids de 24 pour 100 naissances vivantes parmi les Roms vs 6 parmi les non Roms. Incidence de la prématurité de 13 pour 100 naissances vivantes vs 5.
- **Couverture vaccinale** chez les enfants plus faible : en Roumanie 46% des mineurs roms inclus dans une enquête n'avaient pas reçu tous les vaccins exigés par le Pg national d'immunisation, et la moitié d'entre eux n'avaient reçu aucun vaccin.
- Prévalence des **maladies infectieuses** plus élevée : notamment de la TB (2,5 fois Roms/moyenne nationale en Bulgarie et Roumanie) dont l'incidence est déjà très élevée (en Roumanie, 125 pour 100 000 en 2008-09 contre 9 pour 100 000 en France).
- Prévalence des **maladies chroniques** plus élevée : diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires, obésité...



# En Île-de-France, une santé extrêmement dégradée

- Une **santé mentale** fragilisée
- Des conditions de vie favorisant une forte **prévalence des maladies infectieuses**, notamment de la tuberculose (mais aussi coqueluche, rougeole) avec un faible accès à la vaccination, au dépistage et aux soins.
  - Incidence élevée de la TB en Roumanie : en 2009, 125 pr 100.000 vs 8,2 en France (15,8 en IDF / 30,3 en SSD et 23,4 à Paris).
  - Promiscuité élevée dans les lieux de vie
  - Faible **couverture vaccinale** contre la TB parmi les Roms vivant en France : estimée à 20% par MDM lors d'une enquête sur la couverture vaccinale (2011)
  - Faibles **connaissances** de la tuberculose parmi les populations Roms
  - Faible **accès au dépistage** et aux soins
    - Les Roms recourent peu aux CLAT
    - Hospitalisations difficiles (isolement ds une institution + par rapport au groupe)
    - En SSD : les programmes de dépistage et de traitements sur les campements (type antenne-mobile) ont dû être suspendus depuis septembre 2010 en raison de l'instabilité de la situation → crainte des résistances aux TT
    - La mise sous traitement lors d'une infection tuberculeuse latente dépistée n'est pas systématique pour les populations roms (évaluation : capacité du patient à suivre le TT)

➤ **Dynamique de l'épidémie de TB sans doute élevée parmi les Roms en IDF**



# En Île-de-France, une santé extrêmement dégradée



- Des **maladies chroniques fréquentes** (diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, obésité, problèmes gastriques, problèmes lombaires ... )
  - Lié aux conditions de vie des populations
  - Lié au déficit d'éducation à la santé et de comportements préventifs : tabagisme, conso. d'alcool, alimentation riche en graisse animale et faible en fruits/légumes

et dont la gravité est renforcée par le faible suivi médical

- prises en charge tardives et ruptures de trajectoires de soins
- Un faible recours à la **planification familiale**
  - **Faible couverture contraceptive** (10% - MDM 2007 vs 57% pilule 15-54 ans BS 2005)
  - **Recours élevé et répété à des IVG** : chez des femmes âgées en moyenne de 22 ans, 43% avaient déjà eu une IVG (MDM 2007) vs 22% en fin de vie reproductive en France (BS2005)
  - **Grossesses fréquentes, précoces** (16-17 ans) **et peu suivies** médicalement (accès tardif en général + perception que la grossesse ne nécessite pas une médicalisation)
  - Des grossesses aboutissant fréquemment à des **IVG, fausses couches ou décès**
    - Tx de mortalité (enfants morts nés) : 21 pr 1000 naissances (enquête 1999 Gennevilliers) vs 6 à 7 pr 1000 en IDF entre 1989-1996
    - TMI : 29,7 pr 1000 naissances (enquête 1999 Gennevilliers) vs 5 à 8 pr 1000 en IDF entre 1989-1996





# Pour les enfants, un cumul d'exclusions renforçant leur vulnérabilité

---

- Faible scolarisation
  - exclusion de l'accès à la médecine scolaire et de l'éducation à la santé qui constitue une des missions de l'école (programme de primaire)
- Faible suivi médical
  - seuls 1/3 des enfants rroms suivis en PMI (MDM 2011)
- Faible couverture vaccinale
  - DT-polio (obligatoire) : parmi les enfants < 2 ans avec un carnet de vaccination, seuls 71% étaient vaccinés (MDM 2011) vs 97% dans le CS-24 en 1998 – 96 % enquête cycle triennal GSM 2005-06
  - ROR : à 12 mois 25% étaient vaccinés (MDM 2011) vs 88% à 12-18 mois dans les CES de l'enfant de la CPAM de Paris en 2009
- Absence de démarches préventives ou de possibilités de les mettre en œuvre
  - Santé bucco-dentaire très dégradée par le manque d'hygiène + habitudes alimentaires
  - Malnutrition aboutissant à des carences nutritionnelles (scolarisé → cantine)
- Conditions de vie qui exposent les plus jeunes à des risques sanitaires et sociaux
  - Risques liés à l'exposition à la saleté, la pollution, le type d'habitat (brûlures, etc.)
  - Risques liés aux activités pratiquées : mendicité, nettoyage de vitres de voitures, délinquances, prostitution (situations de trafics, de travail sous contrainte, etc.)
  - Absence de mesures de protection de l'enfance ou de suivi éducatif (Hors la rue : signalements mais pas de mesures prises)





# Forte vulnérabilité des femmes face aux violences familiales et/ou conjugales

---

- Organisation patriarcale de la famille, avec une division très sexuée des rôles parmi les Roms
- Quand il y a violence : penser que c'est la « norme »
  - dépendance économique,
  - volonté de préserver l'honneur de la famille, de maintenir des relations entre la famille et la communauté, crainte de l'exclusion
- Mariages : arrangés, forcés, librement consentis ?
  - Age au mariage souvent très jeune des filles (14-16 ans)
  - conditions dans lesquelles les conjoints « se choisissent »
  - Marge de choix sans doute très étroite pour les femmes : jeunes, souvent non scolarisées, soumises à des normes familiales et communautaires fortes et souvent exclusives
- Absence de mobilisation ou de discours des associations à ce sujet  
→ légitimation des pratiques
- Peu de données + associations peu mobilisées sur ces questions  
→ crainte de contribuer à stigmatiser davantage / tolérances à des « habitudes culturelles »



# Spécificités des Rroms par rapport à des migrants en situation précaire ?

---

- **Déterminants sociaux** plutôt que culturels/ethniques
  - Les problèmes de santé ne sont pas spécifiques des Rroms, mais caractéristiques sanitaires proches de celles observées parmi les personnes vivant en situation de grande précarité et d'exclusion
- Quelques « spécificités »
  - **Absence de perspectives** et de possibilités d'insertion, en France comme dans le pays d'origine → problématiques sanitaires peu prises en compte
  - **Méconnaissance de ces populations**, notamment par les professionnels médico-sociaux : parfois préjugés négatifs, approche culturaliste et comportements discriminatoires / attitudes hostiles (ou perçues comme telles)
  - Expériences fréquentes de la **stigmatisation et des discriminations**, dans tous les champs de la vie quotidienne, y compris dans les institutions sanitaires
    - « intériorisation de l'illégitimité » (K. Luerbe Puerto)
    - crainte des institutions, y compris médicales



# Modalités d'intervention



# Une diversité des intervenants ...

## L'État

- Préfecture de Région
- Préfectures de département

Pas de pilotage régional

## Les collectivités territoriales

- Conseil régional d'Île-de-France
- Conseils généraux
- Communes ou agglomérations de communes

Résorption des bidonvilles (projets habitat temporaire)  
Accompagnement social (soutien assoc.)

Protection de la famille et de l'enfance (PMI - CPEF)  
Actions de vaccination (> 6 ans & adultes)

Lutte contre la TB (convention État ds 5 départements)  
Résorption des bidonvilles (projets habitat temporaire)  
VIH/sida, IST, etc.

## Les associations/collectifs de soutien

Coord. Collectif Romeurope

Aides matérielles (repas, vêtements, couvertures, etc.)  
Aides sociales (domiciliation, soutien juridique, aide à l'ouverture des droits, aide à la scolarisation, etc.)  
Santé (consultations médicales, vaccination, dépistage, prévention et promotion de la santé, orientation vers le droit commun, médiation socio-sanitaire, etc.)

médicale (AME)

PRAPS

Coordination action spécifique (TB - rougeole coqueluche - vaccination)

Lutte TB

Éloignement du territoire (OQTF)

Ordre public (évacuations)  
Cohésion sociale (MOUS)  
Code du séjour (étrangers)



# ... mais peu de mise en cohérence

---

- **Diversité des intervenants** et des niveaux territoriaux (national, régional, départemental, communal) avec une répartition des compétences parfois ambiguë
- **Peu de mise en cohérence** aboutissant à des actions parfois contradictoires
  - *Préfecture : mesure d'éloignement du territoire pour irrégularité de séjour de familles incluses dans un dispositif d'hébergement financé et co-piloté (services « Code du séjour » et « Cohésion sociale ») - (MOUS de Montreuil : 31 OQTF en 2009-2010, soit 25% des familles)*
  - *Évacuations de « campements » par la Préfecture sur lesquels une recherche-action de médiation sanitaire est conduite (Bobigny, Fréjus) financée par la DGS, l'INPES, l'ARS ou sur lequel une action de dépistage, vaccination et traitements de la TB et rougeole est réalisée (Pantin), coordonnée par l'ARS*
- **Tension** entre enjeux de santé publique, d'ordre public, de politique migratoire, etc.
- La question de « **l'ordre public** » domine dans les arbitrages.
- Ordre public : « *une règle [...] obligatoire et [qui] s'impose pour des raisons impératives de protection, de sécurité ou de moralité* » (ministère de la Justice et des Libertés)
- ➔ **La santé publique pourrait constituer pleinement un élément de l'ordre public**



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

---

- Approche « **population rrom** » (versus « population en situation précaire »)
  - « Approche Rrom » : « village d'insertion », MOUS, etc. : approche culturelle/ethnique (voire par nationalité) plus que sociale
  - Peut contribuer à véhiculer (renforcer) l'idée d'une spécificité rrom si forte qu'elle nécessite de mettre en place des solutions particulières
  - Risque de favoriser des approches culturalistes qui peuvent être discriminatoires
- Approche **collective** (versus individuelle)
  - Solutions collectives (groupe-bénéficiaires)
  - Présupposé de penser les Rroms comme un groupe et non des individus ayant des stratégies différenciées
    - **Contribue à « ghettoïser » les populations**
    - **Risque de véhiculer l'idée d'une insertion difficile**
    - **Peut renforcer l'exclusion et la discrimination**





# En conclusion



# Quelques leviers sur lesquels les actions peuvent s'appuyer

- **Des atouts reconnus par les acteurs mais peu valorisés**
  - Des compétences professionnelles dans des domaines variés
  - Des capacités importantes d'adaptation
  - Une forte solidarité familiale
    - **Privilégier les approches participatives ou « pratiques communautaires autour de la santé » (programmes co-construits, co-formations « croiser les savoirs ») valorisant les compétences et les dynamiques familiales**
- **Une population « territorialisée » malgré l'absence d'ancrage résidentiel**
  - Considérée comme une « population errante »
  - Population ayant des attaches territoriales (scolarisation, domiciliation, etc.)
    - **Mettre en place des modalités d'actions qui facilitent le suivi (dispositifs mobiles, moindre sectorisation, etc.) + reconnaissance d'une citoyenneté sur le territoire de la commune / du département**

**Clé de la réussite : volonté politique commune de tous les acteurs impliqués aboutissant à une mise en cohérence des politiques + prise en compte des besoins des personnes concernées**

