



Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à l'IEP de Grenoble. L'IEP ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

En tant qu'oeuvre originale, ce mémoire relève du droit de la propriété intellectuelle et vous pouvez uniquement en faire une reproduction à titre privé, sous réserve de la mention d'origine.

INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES
BP 48 – 38040 GRENOBLE Cedex 9
www.iep-grenoble.fr



MEMOIRE

**Passer du soin à la prévention auprès d'un public en
grande précarité**

**Les enjeux sociologiques et organisationnels du changement d'orientation
de la mission Roms de Médecins du Monde à Nantes**

Bénédicte Cabrol

Grenoble

Septembre 2011

Travail soumis pour l'obtention du Master Spécialisé « Organisations Internationales »

Institut d'Études Politiques de Grenoble – B.P 48 – 38040 Grenoble cedex 9



MEMOIRE

**Passer du soin à la prévention auprès d'un public en
grande précarité**

**Les enjeux sociologiques et organisationnels du changement d'orientation
de la mission Roms de Médecins du Monde à Nantes**

Bénédicte Cabrol

Grenoble

Septembre 2011

Travail soumis pour l'obtention du Master Spécialisé « Organisations Internationales »

Institut d'Études Politiques de Grenoble – B.P 48 – 38040 Grenoble cedex 9

Ce travail a été effectué durant le stage à : Médecins du Monde Nantes, au sein de la mission Roms, sous la direction du tuteur professionnel : Sylvaine Devriendt, coordinatrice générale, et de Pierre Micheletti, directeur de mémoire, ancien président de Médecins du Monde, co-responsable du master « Organisations internationales » et professeur associé à l'IEP de Grenoble.

The analysis has been undertaken during the internship at : *Doctors of the World* in Nantes, within the project targeting the Roma migrants, under the direction of the internship supervisor : Sylvaine Devriendt, General Coordinator, and Pierre Micheletti, thesis supervisor, former President of *Doctors of the World*, co-director of the Masters' programme “International Organizations” and associate professor at the IEP in Grenoble.

Cette analyse ne représente que l'opinion personnelle de son auteur et ne peut en aucun cas être attribuée à Médecins du Monde où le stage a eu lieu.

The analysis expresses the personal opinion of its author and cannot be attributed to the organisation *Doctors of the World* where the internship took place.

Résumé

Le récent changement d'orientation de la mission Roms de Médecins du Monde à Nantes vise à un glissement vers moins de curatif et plus de préventif, par la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé, en particulier d'éducation pour la santé. Ce nouveau projet est né de constats sur l'état de santé des personnes rencontrées par l'équipe à Nantes mais aussi ailleurs en France et en Europe, qui montraient des besoins importants en termes de prévention. Il s'insérait au départ dans un contexte local assez favorable en ce qui concernait l'accueil des personnes roms roumaines et leur accès au système de santé. Cependant ce contexte est en constante évolution, et est imbriqué dans un contexte politique national de moins en moins favorable aux étrangers précaires en général, et aux Roms en particulier. L'instabilité croissante qui émane de volontés ou d'absence de volontés politiques accentue la précarisation de cette population, affectant ainsi leur état de santé et entravant leur accès effectif au système de santé, accès qui était déjà difficile comme pour toute population précaire. Tout en luttant pour une amélioration de la situation, l'équipe de MdM doit composer avec ces états de fait pour mettre en place la nouvelle orientation. L'organisation locale du système de santé et les modalités d'accueil dans les structures restent généralement des atouts pour la mise en œuvre de ce projet. Le démarrage d'un projet pilote de médiation sanitaire en France, avec l'embauche à Nantes d'une médiatrice, permet sur ses deux terrains d'intervention d'établir une proximité favorable à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé, mais d'autres défis et questionnements s'offrent à l'équipe, dont les modalités d'intervention doivent évoluer pour tenter d'amener une population précarisée vers la prévention.

Abstract

The recent change in the guidelines of the project targeting the Roma migrants at *Doctors of the World* in Nantes aims at a shift away from cure to more prevention-focused actions, through the implementation of health promotion actions, especially education for health. This new project was born from a series of assessments concerning the health condition of the Roma people met by the team in Nantes but also generally in France and Europe, that showed significant prevention-related needs. At first, the quite favourable context at the local level regarding the staying conditions for Romanian Roma and their access to the health care system appeared as an asset for the project. However, this context is constantly evolving and partly depends on the national political context, that is always less favourable to economically precarious foreigners and to Roma people in particular. The increasing instability that results from political wills or the lack of the latter strengthens their pressurisation and affects the state of health and the effective access to the health care system, this access being already difficult like for any precarious population. While fighting for an improvement of the situation, the organization's team must take these elements into consideration for the implementation of the new project. Locally, the organization of the health care system and the practical details for the access to the health services are assets for this project. The start-up of a pilot-project in health mediation run by MdM Nantes through a full-time employed mediator, makes possible the creation of a proximity that helps the running of education for health activities, but the team faces other challenges and among others, its intervention patterns must evolve to bring the targeted population closer to the preventive side of health.

Remerciements

J'adresse mes remerciements les plus sincères aux personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire et, plus généralement, à la réussite de cette expérience de stage.

En premier lieu, je remercie Pierre Micheletti, co-responsable du master « Organisations Internationales » et professeur associé à l'IEP. En tant que Directeur de mémoire, il m'a aidée, par ses conseils précieux, à structurer ce travail.

Également, je remercie Sylvaine Devriendt, coordinatrice générale de Médecins du Monde à Nantes, et Sylvie Chapelais, Responsable de la mission Roms, qui m'ont accueillie au sein de la mission Roms pendant 6 mois et m'ont permis d'effectuer ce stage dans les meilleurs conditions. Elles ont fortement contribué à ce travail, par un partage constant d'informations et de points de vue qui ont nourri ma réflexion, et la mise à disposition de tous les documents nécessaires à la réalisation de ce travail.

Je remercie tous les bénévoles de la mission Roms, qui m'ont accueillie et guidée. Ce travail est en partie le reflet des discussions que nous avons pu avoir sur nos pratiques et modes d'intervention, et des impressions partagées à la suite des sorties.

Je remercie aussi Fanny Caron-Bordeianu, médiatrice sanitaire sur la mission Roms, pour les échanges quotidiens que nous avons eus, qui ont donné de la matière à ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier le reste de l'équipe salariée de Médecins du Monde à Nantes, en particulier Corinne Lepert, assistante de délégation, pour leur soutien constant et leurs apports dans la réalisation de ce stage.

Table des abréviations

Organisations / Services

ASAMLA : Association Santé Migrants Loire-Atlantique

CFPD : Centre Fédératif de Prévention et Dépistage (recouvrant le CVP, CLAT et CIDDIST)

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSD : Centre de Soins Dentaires

CVP : Centre de Vaccinations Polyvalentes

DGS : Direction Générale de la Santé

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

IGAS : Inspection Générale de l'Action Sociale

IGF : Inspection Générale des Finances

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ISM : Inter Service Migrants

MdM : Médecins du Monde

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PHI : Pharmacie Humanitaire Internationale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

Déclinaisons de l'éducation pour la santé

CCC/BCC : communication pour un changement de comportement ou Behaviour Change Communication

IEC : l'information-éducation-communication

Autres abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

FSUV : Fonds pour les Soins Urgents et Vitaux

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

Lexique

Santé

Il en existe de nombreuses définitions, dont les différents modèles sont repris dans le guide pratique pour les projets de santé élaboré par Médecins du Monde en 2010¹ :

- Un modèle biomédical : la santé peut être définie par l'absence de maladie et d'infirmités. « La santé c'est la vie dans le silence des organes » (Leriche) ;
- Un modèle biopsychosocial : la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social (OMS) ;
- Un modèle dynamique, avec capacité d'adaptation permanente à son environnement :

- « La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales). Ce qui exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme, qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation. » (Charte d'Ottawa)

- L'État physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. » (René Dubos)

C'est dans la définition de la santé au sens d'un modèle dynamique que s'inscrit la prévention et en particulier l'éducation pour la santé, la santé étant alors considérée comme une ressource de la vie quotidienne, l'individu faisant lui-même ses arbitrages, trouvant son équilibre et déterminant ce qui est bon pour lui².

Prévention

« La prévention regroupe l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et, plus largement, de tous les problèmes de santé »³.

Promotion de la santé

Telle que définie dans la Charte d'Ottawa adoptée en 1986 par la première Conférence pour la promotion de la santé, « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser

1 Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *Education pour la santé : Guide pratique pour les projets de santé*, 2010, p.8 : www.mdm-scd.org/media/01/00/662164303.pdf

2 *Ibid.*, p.9

3 Tessier S. (*et. alii*), *Santé publique, santé communautaire*, 2e éd., Paris : Editions Maloine, 2004, p.91

l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ». Elle se décline en plusieurs actions : l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, et la réorientation des services de santé.

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé « a pour objectif de donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à leur santé, en lui apportant des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires, et s'insère ainsi dans l'axe d'acquisition d'aptitudes individuelles [de la promotion de la santé]. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté, et encourage la participation communautaire, ce qui relève de l'axe de renforcement de l'action communautaire ⁴».

Ou encore, l'éducation pour la santé peut se définir comme « un processus pédagogique qui vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser ⁵».

Précarité

En 2000, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) proposait la définition suivante : « La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment ⁶».

Une autre définition peut venir la compléter : « L'absence d'une ou de plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte, peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même, dans un avenir prévisible ⁷».

4 Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op.cit.*, p. 4

5 Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p.98

6 Basset B. (dir.) - Agences régionales de santé, *Les inégalités sociales de santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 p.21 : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf

7 Rapport du Père Joseph Wresinski de février 1987 présenté au Conseil économique et social, cité par Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p. 272

INTRODUCTION

Médecins du Monde (MdM) intervient auprès des Roms en France depuis 17 ans, dans les terrains en périphérie des villes de Nantes, Marseille, Bordeaux, Lyon, Strasbourg ainsi qu'en Seine St-Denis. Parmi les différentes missions de MdM Nantes (cf. annexe 1 : Médecins du Monde - délégation des Pays de la Loire, Nantes), la mission Roms est opérationnelle depuis 2002. Son action a évolué au fil des ans, notamment depuis 2010, avec la réécriture du projet (cf. annexe 4 : document de projet Roms), accompagné de la mise en route d'un projet pilote de médiation sanitaire (cf. annexe 5 : document de projet de médiation sanitaire).

A travers l'exemple du récent changement d'orientation de la mission Roms de MdM Nantes, ce mémoire vise à analyser les enjeux liés au passage d'une logique curative vers une logique préventive auprès d'une population rom roumaine en précarité. Il s'agit à la fois d'enjeux sociologiques en lien à la santé, l'accès aux soins et à la prévention de populations en précarité, et d'enjeux organisationnels au sein de l'équipe de Médecins du Monde, ceux-ci étant étroitement liés les uns aux autres puisque ce sont en partie les opportunités et obstacles pour mettre en place des actions de prévention auprès d'une population en précarité, dans un contexte mouvant, qui conditionnent les différents enjeux organisationnels. L'objectif est d'analyser les conditions d'un changement pertinent, les points nouveaux autour desquels se joue la réussite de l'action tant du point de vue de la situation des bénéficiaires, qui s'inscrit dans un contexte politique national donné et dans un contexte local spécifique, que du point de vue organisationnel interne à Médecins du Monde pour amorcer ce changement d'orientation de mission.

Un tel changement d'orientation de mission est parti du souhait de ne pas se superposer à l'existant et au droit commun en matière de soins de santé, dans un contexte local plutôt favorable, pour favoriser au contraire une approche complémentaire, orientée vers la prévention, dont la population cible est *a priori* peu familière.

Pour poser le contexte de terrain sur lequel s'appuient les réflexions développées dans ce travail, il semble important de revenir sur la genèse et le cheminement du nouveau projet Roms, accompagné de la mise en route simultanée du projet de médiation sanitaire auprès de femmes et jeunes enfants roms.

Le nouveau projet Roms : contexte, évolution

Depuis 2002, Médecins du Monde intervient auprès des Roms migrants - qui sont exclusivement d'origine roumaine - installés sur des terrains squattés de l'agglomération nantaise, afin de faciliter leur accès aux soins de santé. Jusqu'en 2010, l'action visait essentiellement à effectuer des consultations de premiers soins sur les lieux de vie, et à orienter vers les structures adaptées.

Or, le constat a été fait que les personnes rencontrées dans le cadre de la mission ont facilement recours à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital, et que la couverture maladie est globalement bonne (60% des personnes rencontrées en 2008 avaient des droits à l'Aide Médicale d'État, l'AME, ouverts – cette couverture maladie étant destinée aux étrangers en situation irrégulière, les ressortissants roumains majeurs peuvent en bénéficier dès trois mois de présence sur le territoire, et sans délai pour les mineurs). De ce fait, lors des visites, l'équipe était généralement sollicitée pour des affections bénignes passagères, les résultats de consultations étant surreprésentés par la toux et les infections aiguës des voies respiratoires (cf. annexe 6 : Principaux résultats des consultations de la mission Roms). Médecins du Monde n'apparaissait alors plus comme une ressource indispensable en termes de soins. En revanche, des questions autour de la contraception commençaient à apparaître chez les femmes déjà mères. Plus précisément, une série d'éléments a été relevée comme indicatifs du contexte d'action :

- recours courant de la population au service de la PASS,
- engorgement de la PASS,
- difficulté à concrétiser des orientations vers la médecine libérale,
- faible implication des services de PMI dans l'accueil de ces familles,
- notre consultation médicale peu révélatrice de l'état de santé général des personnes reçues,
- des besoins ressentis par les professionnels de santé interrogés sur l'éducation à la santé,
- un partenariat hospitalier déjà actif mais nécessitant d'être réorienté en terme qualitatif,
- des besoins identifiés chez les femmes Roms lors des entretiens individuels réalisés,
- une équipe motivée pour retrouver du sens dans son action auprès des populations en se rapprochant au mieux des besoins analysés,
- des indicateurs très mauvais en termes de suivi de grossesse et des enfants,
- une synergie possible avec le démarrage du projet de médiation sanitaire sur la santé materno-infantile...⁸

⁸ Cf. Médecins du Monde - Délégation MdM Nantes, *Rapport d'activités et financier 2010*, 2011, pp.80-86, cf. annexe 3

Ces constats ont amené à la révision des orientations de l'action pour mieux répondre aux besoins des personnes en matière de santé, avec une forte réduction de l'offre de soins curatifs au profit d'une orientation vers la promotion de la santé (cf. annexe 4: document de projet Roms). La révision s'est appuyée sur des temps d'étapes progressifs : Fin 2009, le recueil d'informations concernant le contexte a été effectué auprès des partenaires et une quinzaine d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de femmes Roms ; en 2010 la revue des missions Roms de MdM a permis d'approfondir et de structurer l'analyse ce qui a permis d'élaborer les bases du nouveau projet ; en parallèle Médecins du Monde se portait candidat pour participer à une expérimentation de médiation sanitaire auprès de femmes et jeunes enfants roms.

En référence aux orientations définies lors du séminaire Roms de septembre 2009 et en lien avec le projet de médiation sanitaire, le choix a été acté d'orienter le projet vers la protection maternelle et infantile. Ainsi, l'objectif général défini est le suivant : Améliorer la santé des familles roms vivant sur les terrains squattés de l'agglomération nantaise, l'objectif spécifique étant « d'améliorer la santé maternelle et infantile dans la population rom vivant sur les terrains squattés de l'agglomération nantaise, dans le respect de l'autonomie des personnes, de leur culture et en s'appuyant sur les savoirs existants en 3 ans, de janvier 2011 à décembre 2013 » (cf. annexe 4). Cinq objectifs opérationnels ont été déterminés : Développer les aptitudes individuelles et collectives des femmes pour limiter les risques de problèmes de santé pour elles et leurs enfants ; Renforcer la capacité des femmes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, pour elles-mêmes et leurs enfants ; Favoriser l'accueil par les structures de santé ou la médecine libérale des mères et de leurs enfants ; Lutter contre les discriminations et pour un accès aux soins des Roms dans le droit commun ; Identifier les facteurs favorables à une action communautaire dans les 3 ans, en s'appuyant sur les médiatrices et sur l'éducation à la santé.

Si l'on reprend les différentes déclinaisons de l'éducation pour la santé, volet central du nouveau projet Roms, définies dans le guide pratique pour les projets de santé élaboré par Médecins du Monde, la démarche du projet de MdM Nantes est de s'appuyer à la fois sur l'information-éducation-communication (IEC) et la communication pour un changement de comportement (CCC) ou Behaviour Change Communication (BCC). Ces deux déclinaisons sont complémentaires : Le volet IEC vise à un changement de comportement par des actions d'information, d'éducation et de communication menées à un niveau individuel ou de groupe,

et se décline à travers la communication interpersonnelle, en particulier les entretiens individuels, et à travers la communication de groupe, en particulier par des techniques d'animation ; quant au volet CCC/BCC, il permet d'élargir le champ d'action en agissant aussi sur l'environnement « pour créer un milieu favorable au changement de comportements ou au maintien de ces nouveaux comportements, entre autres en sensibilisant les responsables politiques pour le développement de politiques publiques saines et en œuvrant pour la réorganisation des services de santé (promotion des services de prévention et de l'accès aux soins) »⁹, dans une démarche intégrée de promotion de la santé. Le choix a donc été d'intégrer l'éducation pour la santé dans une démarche plus large de promotion de la santé, puisque l'action de prévention menée auprès des personnes (concernant les aptitudes individuelles et collectives pour limiter les risques de problèmes de santé, la capacité à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé), qui est au cœur du projet, n'est toutefois pas suffisante ; il faut aussi prendre en compte les obstacles existant à d'autres niveaux (l'accueil par les structures de santé ou la médecine libérale, les discriminations, les difficultés d'accès aux soins dans le droit commun) et tenter d'agir dessus pour rendre possible un changement de comportement.

En termes de moyens humains, la mise en œuvre opérationnelle s'appuie sur le travail de la coordinatrice générale (environ 1/2 de temps consacré à la mission Rom), de la responsable de mission, d'une équipe de bénévoles (infirmier-e-s, médecins, une bénévole psychologue, un bénévole non médical) et d'une stagiaire (par période de 6 mois). L'Association Santé Migrants Loire-Atlantique (ASAMLA) met à la disposition de MDM une interprète roumaine pour les deux sorties hebdomadaires sur le terrain. En termes de moyens matériels, une unité mobile acquise en 2010 et des médicaments alloués par l'ONG Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI) sont utilisés lors des sorties.

Concrètement, le déroulement de l'action s'organise autour de plusieurs piliers : Les sorties régulières (2 fois par semaine) sur les terrains squattés au cours desquels des entretiens, consultations et orientations sont effectués, dans une démarche actuelle de réduction du versant curatif pour aller plus vers l'éducation pour la santé, tout en s'adaptant aux besoins exprimés ; les sorties occasionnelles dans le cadre de la coordination avec les structures de santé, par exemple en accompagnement du Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) ou du Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP) ; un suivi coordonné avec les

⁹ Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op. cit.*, p. 14

partenaires et des accompagnements ponctuels vers les structures de la santé et du social, sur des problématiques particulières ; le plaidoyer notamment par le biais du collectif nantais Romeurope duquel MdM fait partie ; et le témoignage sur les conditions de vie des Roms, sous des formes diverses.

Le projet de médiation sanitaire auprès des femmes et jeunes enfants roms

« En 2007, la Direction Générale de la Santé prend connaissance d'un rapport de Romeurope national sur l'état de santé de la population Rom migrante résidant en France. Les indicateurs de santé sont particulièrement alarmants : incidence élevée de la tuberculose, suivi de grossesse très faible,... Face à ce constat, la Direction générale de la Santé (DGS) missionne le Collectif Droit de l'Homme Romeurope pour rédiger un rapport d'étude visant la mise en place de médiateurs sanitaires auprès des populations roms migrantes venant des pays de l'Est. Ce rapport est présenté courant 2009, il est décidé de lancer une recherche-action avec une expérimentation sur quatre sites en France »¹⁰. Le projet, coordonné par Romeurope, est soutenu par la DGS et par l'Institut National de Prévention et Education pour la Santé (INPES) qui apporte son concours méthodologique pour l'évaluation. A MdM Nantes, la médiatrice a pris ses fonctions en décembre 2010, période qui coïncidait avec le glissement d'orientation de la mission Roms vers la prévention, en particulier l'éducation pour la santé.

Le projet cible les femmes et jeunes enfants (jusqu'à six ans), se reconnaissant comme appartenant à la minorité rom, sur deux terrains squattés de l'agglomération nantaise. L'objectif du projet au niveau national est d'évaluer, à travers la recherche-action menée par les quatre structures, l'efficacité d'actions de médiation sanitaire en direction de ce public. Au niveau local, l'objectif général est 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 »¹¹, par le développement des connaissances et capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun, la mobilisation des acteurs de santé avec un travail pour une meilleure connaissance de ce public, et la réduction des risques sanitaires liés à l'environnement physique. Ces objectifs opérationnels se superposent donc à ceux du projet

10 Médecins du Monde - Délégation MdM Nantes, *Rapport d'activités et financier 2009, 2010*

11 Coordination nationale du projet de médiation sanitaire, « Programme de médiation santé auprès des femmes et jeunes enfants roms », brochure de présentation à destination des institutions et autres partenaires des médiatrices, 2011.

Roms, en les complétant ; l'action est ciblée sur deux terrains et concerne environ 80 personnes (sur une dizaine de terrains -en décembre 2010- et un total d'environ 800 Roumains d'origine rom vivant sur les terrains squattés de l'agglomération nantaise), mais compte-tenus des liens familiaux et des échanges réguliers qui existent entre les familles résidant sur l'agglomération, les retombées de ce projet devraient pouvoir bénéficier à un plus grand nombre de personnes que celui retenu par le cadre de la recherche, et avoir un impact sur le projet Roms de par les partenariats créés et la facilitation des rapports entre les Roms et les institutions.

Dans ce cadre donné, il semble intéressant d'analyser les paramètres qui aident à la mise en place de la nouvelle mission comme ceux qui la rendent difficile, pour tenter de répondre à la problématique suivante :

Dans quelle mesure est-il pertinent de mettre en place des actions de prévention, en particulier d'éducation pour la santé, auprès d'une population rom roumaine en précarité éloignée de la prévention, et dans un contexte instable ? Sur quelles opportunités faut-il s'appuyer, et quels obstacles sont à prendre en compte, tant au niveau des enjeux liés à la santé, l'accès aux soins et à la prévention de personnes migrantes en précarité, du contexte politique et administratif général et local, qu'au niveau interne à l'équipe de MdM en termes de changement de configuration de l'action ?

Pour tenter d'éclairer cette problématique, une première partie permettra de poser un cadre conceptuel pour explorer les enjeux sociologiques de la santé, l'accès aux soins et à la prévention d'une population précarisée telle que les Roms roumains migrants.

Une seconde partie fera état des éléments du contexte politique national en France qui influent sur la situation des bénéficiaires, et visera à analyser plus particulièrement le contexte de la région nantaise dans lequel s'inscrit l'action de MdM auprès des Roms, ce qui permettra d'illustrer l'approche conceptuelle présentée en première partie par ces difficultés de terrain.

Dans un troisième temps, il s'agira d'explorer les enjeux et difficultés organisationnels propres à Médecins du Monde pour amorcer le changement d'orientation de la mission, et les questionnements qui peuvent surgir autour de ce passage d'une approche curative à un versant préventif.

Le rôle de stagiaire s'inscrivant directement dans les enjeux soulevés dans ce mémoire (cf. annexe 2 : Expérience de stage), ces réflexions seront essentiellement basées sur l'expérience de terrain vécue au sein de la mission Roms de MdM Nantes, des réflexions menées au sein de l'équipe Roms ou dans le cadre de réunions avec différents partenaires de la santé. Quelques lectures autour des concepts de prévention et d'éducation pour la santé auprès de populations précarisées et/ou migrantes, et autour de l'interculturalité, seront explorées et mises en parallèle à l'expérience de terrain pour l'approfondir et la mettre en perspective.

I L'ÉTAT DE SANTÉ, L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES POPULATIONS PRÉCARISÉES : L'EXEMPLE DES ROMS ROUMAINS EN FRANCE

Dans un premier temps, il s'agira de poser un cadre conceptuel en évoquant les déterminants de la santé des populations précarisées telles que les Roms migrants en France, en lien avec la notion d'inégalités sociales de santé, en explorant les critères d'accessibilité aux soins et les difficultés particulières de la prévention auprès du public ciblé.

1) Déterminants de la santé et accessibilité aux soins

Dans cette partie seront explorés les déterminants de la santé sous le prisme des inégalités sociales de santé, puis la situation des Roms en France apportera l'illustration d'une grande précarité qui engendre des problèmes de santé et entrave l'accès aux soins.

a) Les inégalités sociales de santé

De nombreux facteurs influencent l'état de santé d'un individu, liés conjointement à l'environnement physique et l'environnement social : ce sont les déterminants de la santé. Les déterminants de santé peuvent être d'ordre individuel, ou collectif en lien aux déterminants macroscopiques de l'état de santé d'une population¹².

Si l'on se penche sur la dimension macroscopique, « les comparaisons internationales (...) nous apprennent deux types d'enseignement concernant la santé des pays industrialisés. D'une part, ce n'est pas tant la richesse absolue d'un pays qui détermine ses performances en matière de santé, que la distribution de cette richesse au sein de sa population ¹³». D'autre part, « on ne retrouve pas de corrélation entre le niveau des dépenses de santé et les performances sanitaires d'un pays (à niveau de développement comparable) ; c'est l'organisation de son système de soins et de protection sociale qui semble le plus déterminante »¹⁴. Or, les inégalités sont très marquées en Roumanie, d'où vient la totalité des personnes roms rencontrées par la mission Roms de MdM Nantes : le contexte national est marqué par une très faible redistribution des richesses, et un système de soins très peu accessible aux plus démunis. Ces observations macroscopiques attirent ainsi notre attention

12 Lebas J. et Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion, 1998, 299 p., p.60

13 *Ibid.*

14 *Ibid.*

« sur le fait qu'individuellement, la situation économique et la position sociale d'un sujet dans une communauté déterminent son état de santé, d'une part, et ses modalités de recours et d'accès aux soins, d'autre part »¹⁵. Or tant en Roumanie qu'en France la plupart des Roms vit sous le seuil de pauvreté, dans des situations de grande exclusion.

Il existe de nombreux modèles conceptuels décrivant les déterminants de la santé et les modalités de recours et d'accès aux soins ; ils incluent les services de santé, les déterminants du recours à ces services, et vont au-delà en prenant aussi en compte les modes de vie, les facteurs environnementaux (...) ¹⁶. En dehors de ces modèles, toute une série de facteurs sont associés à l'état de santé : « l'estime de soi, la place occupée dans la hiérarchie sociale, la richesse du réseau social construit autour de l'individu (en particulier, mais pas seulement, familial), la satisfaction au travail, le degré de maîtrise ou d'impuissance face à son avenir, la propre perception qu'un individu a de sa santé et de son corps, etc. »¹⁷ Ces facteurs additionnels sont intéressants à prendre en compte dans le cas des Roms migrants en France.

Un premier regard sur les déterminants de la santé et l'accessibilité aux soins amène rapidement à la prise en considération des inégalités sociales de santé. Comme tous les faits économiques et sociaux, ceux relatifs au secteur de la santé sont sujets à des inégalités sociales dont les causes sont multiples : financières, mais aussi culturelles, géographiques, familiales...¹⁸ Les inégalités de santé ne sont en effet pas seulement fonction d'inégalités génétiques ; « nos sociétés présentent une structuration sociale hiérarchisée, à l'origine d'inégalités sociales de santé », par exemple en France on observe que « ces inégalités s'expriment par des différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux, (...) travers[ant] l'ensemble de la population française selon un gradient qui suit la hiérarchie sociale »¹⁹, gradient qui persiste même après avoir pris en compte « l'exposition individuelle aux facteurs de risques comportementaux et professionnels »²⁰. Ainsi les comportements individuels, et en particulier les pratiques à risque tel que le tabac ou l'alcool n'expliqueraient qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes²¹. La traduction directe de ce gradient social en matière de santé est visible à travers l'espérance de vie : un homme de 35 ans appartenant à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » a une

15 *Ibid.*, p.61

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*, p. 62

18 *Ibid.*, p. 48

19 Basset B. (dir.) - Agences régionales de santé, *op. cit.*, p. 14

20 *Ibid.*

21 *Ibid.*

espérance de vie de sept ans supérieure à un ouvrier et de trois ans supérieure à un homme appartenant à la catégorie « artisans, commerçants, chefs d'entreprise » (sur la période 1991-1999)²².

Outre l'état de santé, de manière plus générale en matière d'accès aux soins, il semble que les inégalités socio-économiques se cumulent. L'accessibilité aux soins dépend en effet d'une multitude de déterminants, souvent liés les uns aux autres : des déterminants fonctionnels, géophysiques, culturels, financiers, psycho-sociaux, politiques, administratifs. Ainsi, « les cadres supérieurs et leurs familles sont à la fois ceux qui, en moyenne, ont les revenus les plus hauts, bénéficient le plus souvent d'une couverture complémentaire, ont le niveau d'instruction le plus élevé, habitent à proximité des spécialistes, etc. Inversement, les personnes défavorisées cumulent les handicaps, tant sur le plan économique que social et culturel ».²³ A cela s'ajoutent la question de la couverture maladie, et du renoncement aux soins ou report dans le temps du recours aux soins. Les populations en situation de précarité sont ainsi l'objet d'un effet cumulatif négatif de différents facteurs qui concernent l'individu et son environnement, les uns et les autres étant intimement liés²⁴ : le niveau social, les facteurs comportementaux et liés au mode de vie (consommation de tabac, d'alcool, alimentation déséquilibrée, etc.), la pauvreté de l'environnement social et physique, etc.

La simple prise en compte des différentes catégories socio-économiques au sens strict n'est toutefois pas suffisante, il faut aussi se pencher sur les trajectoires individuelles : « ce sont pour une bonne part des interactions relationnelles qui déterminent, au bout du compte, un continuum de situations sociales et, plus spécifiquement, (...) la précarité d'un individu est une trajectoire biographique, faite d'accumulations de facteurs d'exclusion »²⁵. On est donc confronté à « autre chose que des catégories, mais plutôt à un ensemble de covariables, certaines mesurables de façon classique et objective (le niveau d'études, le chômage, le revenu, la situation familiale, etc.), d'autres plus difficiles à appréhender (le lien social, les comportements, les rapports aux structures de soins, par exemple) »²⁶. La suite de la liste des différents facteurs négatifs concernant l'individu et son environnement font écho à ce constat : différents événements de vie marquants interviennent sur l'état de santé ; le manque de liens sociaux ; le vécu et le ressenti de l'état de pauvreté ; la souffrance psychique (à la fois problème de santé et déterminant car source de vulnérabilité) qui entraîne un épuisement, une

22 *Ibid.*

23 Lebas J. et Chauvin P., *op.cit.*, p. 48

24 Cf. Tessier S. (*et. alii*), *op.cit.*, p. 272

25 Lebas J. et Chauvin P., *op. cit.*, p. 67

26 Lebas J. et Chauvin P., *op. cit.*, pp. 67-68

érosion physique et psychique, la dégradation de l'image de soi, le sentiment de honte, d'injustice, la révolte, l'accablement..., et une vulnérabilité qui intervient à un niveau général sur le processus de vieillissement mais aussi lors de l'induction et/ou du développement des maladies faisant qu'elles présentent des formes plus graves²⁷.

Les inégalités sociales de santé sont donc à la fois fonction d'une situation socio-économique, mais aussi d'une multitude de facteurs souvent interreliés. La situation globale des Roms roumains en France, que nous allons développer dans les prochaines sous-parties, s'inscrit dans ce cadre théorique.

b) Les Roms roumains en France : illustration d'une grande précarité qui engendre des problèmes de santé et entrave l'accès aux soins

De façon générale, les Roms roumains qui migrent en France sont majoritairement originaires de zones rurales aux perspectives d'emploi très réduites. Le faible niveau d'éducation de ces populations leur offre très peu d'opportunités en termes d'emplois officiels en Roumanie, ce qui bien souvent empêche d'occuper tout emploi ou relaie à des emplois très précaires et payés en-dessous du salaire minimum (qui est d'environ 150 euros par mois). Leur migration est d'abord économique, temporaire ou plus durable selon les parcours. Se superposant aux difficultés économiques rencontrées dans leur pays d'origine, le système de soins précaire et la généralisation des bakchichs y compris dans le domaine de la santé entravent l'accès aux soins des populations les plus pauvres du pays. Les vaccinations sont obligatoires pour accéder à l'école en Roumanie, mais beaucoup n'ont jamais été scolarisés ou seulement sur une courte période.

Une fois arrivés en France, les ressortissants roumains, tout comme les Bulgares, sont sujets aux mesures transitoires en matière de séjour et de travail (détaillées dans la partie II), ce qui accentue l'instabilité et la précarité de leur situation. Une enquête sur les conditions de logement effectuée auprès de 300 Roms reçus en consultation dans 5 grandes agglomérations par Médecins du Monde en 2007 concluait à la répartition suivante : 53 % vivent en caravane (qui généralement ne sont pas en état de rouler) ; 21 % dans des squats aménagés (généralement, il s'agit de l'occupation d'un entrepôt à l'abandon) ; 21 % dans des cabanes (utilisation de matériaux de récupération, tôle ondulée en guise de toits...)²⁸. De fait, les

27 Cf. Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p. 274

28 Médecins du monde, *Rapport 2007 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*, Partie 2, p. 175, téléchargeable sur www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Rapport-2007-de-l-Observatoire-de-l-Acces-aux-soins-de-la-Mission-France-de-Medecins-du-Monde

personnes installées illégalement sur des terrains subissent des expulsions régulières qui accentuent l'instabilité permanente et la précarité des conditions de vie.

Ces conditions de vie, tant dans le pays d'origine qu'en France, ont un impact sur l'état de santé. Le manque d'indicateurs statistiques, qui tient en partie à la prohibition en France de recueils statistiques sur des bases ethniques, ne permet pas de dresser un tableau exhaustif de l'état de santé des Roms roumains vivant en France, mais les données transmises par les acteurs de terrain, en particulier Médecins du Monde, font état d'une situation sanitaire préoccupante. MdM souligne la fréquence des retards d'accès aux soins, entraînant une chronicisation des pathologies aiguës, et plus généralement alerte sur le fait que « la santé des Roms reste une urgence permanente et les indicateurs alarmants établis depuis quelques années restent d'actualité ²⁹ ». Un premier indicateur, l'espérance de vie, est très révélateur de cette réalité : elle serait entre 50 et 60 ans (soit 15 ans de moins que l'espérance de vie moyenne d'Europe de l'Est)³⁰.

Le rapport Romeurope 2009-2010³¹ détaille différents indicateurs de l'état de santé des Roms en France, se basant sur des chiffres de Médecins du Monde, exposés ci-dessous.

La santé materno-infantile est marquée par des grossesses multiples et non suivies, souvent chez de très jeunes femmes voire des adolescentes, et des IVG à répétition. L'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans³² ; seules 8,3% des femmes enceintes rencontrées par MdM en 2007 étaient suivies pour leur grossesse ; seules 10% des femmes utilisent un moyen de contraception ; 43,3% des femmes avaient déjà avorté à seulement 22 ans d'âge moyen. A titre comparatif, le taux d'IVG moyen en France est de 1% chez les 15-17 ans, 2,3% chez les 18-19 ans et 2,7% chez les 20-24 ans³³. De plus, le nombre moyen d'IVG par femme rom rencontrée par MdM est de 1,3, et de 3,3 pour celles ayant déjà subi au moins un IVG³⁴. A noter que le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences

29 Médecins du Monde, "La santé des Roms en France : Une urgence sanitaire ?", 2010 : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Roms/Publications/La-sante-des-Roms-en-France-une-urgence-sanitaire>

30 Médecins du Monde, "Une urgence sanitaire : Médecins du Monde auprès des familles roms", 2010 : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Roms/Publications/Une-urgence-sanitaire-Medecins-du-Monde-aupres-des-familles-Roms>

31 Romeurope, *Rapport Romeurope 2009-2010 sur la situation des Roms migrants en France*, 2010, pp. 134-142 : www.romeurope.org/IMG/pdf/Rapport_Romeurope_2009-2010.pdf

32 Médecins du Monde, *Médecins du Monde auprès des femmes roms*, mars 2008, cité par Romeurope, *op. cit.*, p. 134

33 Données INVS, citées par Romeurope, *op. cit.*, p. 135

34 Médecins du Monde, *Médecins du Monde auprès des femmes roms*, mars 2008, cité par Romeurope, *op. cit.*, p. 134

graves sur la santé des femmes : hémorragies, infections, stérilité et fausses-couches à répétition. Les femmes ont eu en moyenne 4 grossesses dont seule la moitié a abouti à une naissance d'un enfant vivant (risques liés aux grossesses précoces, faible suivi des grossesses, fausses couches et IVG). La mortalité néo-natale précoce s'élève à 19‰ (contre 2,2‰ dans la population française en 1996), et la mortalité infantile à 23,5‰ (contre 4,8‰ dans la population française en 1996)³⁵.

Quant au taux de couverture vaccinal, il est très faible, seuls 13 à 22 % des personnes étant à jour de leurs vaccinations³⁶. Pourtant, l'incidence de la tuberculose est élevée en Roumanie, et le travail des métaux dans de nombreuses communautés les expose à des risques de blessure et de tétanos. Les enfants nés en France sont rarement vaccinés, en raison de la méconnaissance ou des difficultés d'accueil dans les services de PMI. De plus, lorsque des structures de santé ou des associations comme Médecins du Monde se déplacent sur les lieux de vie pour des séances de vaccinations, le risque d'expulsion entre la première injection et les rappels existe, interrompant le processus.

Concernant la tuberculose, souvent perçue comme « maladie de la pauvreté », la Roumanie est un pays à forte endémie avec une incidence de 153 pour 100 000 habitants en 2002³⁷ (contre 8,9 cas pour 100 000 habitants en France en 2007³⁸). Le risque de développer une tuberculose pour les Roms roumains est élevé ; ce risque se prolonge en France du fait des conditions de vie : niveau socio-économique très bas, vie en collectivité, grande densité des sources d'infection,... En effet, « l'augmentation de la prévalence et les difficultés de l'accès aux soins favorisent une évolution prolongée jusqu'au stage contagieux de la maladie, la promiscuité favorisant alors l'apparition de nouveaux cas »³⁹. Selon les chiffres de la mission Banlieue de MdM en 2008, le taux d'incidence de la tuberculose chez les populations Roms en France était de 250/100 000, bien plus important donc que chez la population roumaine dans son ensemble.

Les maladies infectieuses, favorisées ou aggravées par les conditions de vie et d'hygiène dans lesquelles vivent les personnes rencontrées, sont surreprésentées lors des consultations de MdM auprès des Roms en France : dans 36% des cas sont détectées des

35 Médecins du Monde, "Une urgence sanitaire : Médecins du Monde auprès des familles rroms", *op. cit.*

36 Médecins du Monde, *Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms*, cité par Romeurope, *op. cit.*, p.135

37 EuroTB, Institut de veille sanitaire, Surveillance européenne de la tuberculose : description du réseau et résultats récents, 2005, cité par Romeurope, *op. cit.*, p. 135

38 Antoine D. et Che D., « Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007 », dans *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Institut de veille sanitaire, 24 mars 2009, cité par Romeurope, *op. cit.*, p. 137

39 Lebas J. et Chauvin P., *op. cit.*, p. 126

infections des voies respiratoires, dans 25% des cas des infections gastro-intestinales et dans 14% des cas des affections cutanées⁴⁰. A Nantes, ces chiffres sont corroborés par les principaux résultats de consultations (cf. annexe 6 : Principaux résultats des consultations de la mission Roms).

Les problèmes pulmonaires et cardio-vasculaires sont très présents chez les adultes, en lien notamment avec le tabagisme et les variations climatiques (souvent, intérieur des habitats surchauffés/essentiel des activités à l'extérieur même en hiver), comme le souligne le rapport Romeurope 2009-2010. Quarante-six pour cent des diagnostics de consultations de MdM en Île-de-France en 2007 concernaient l'appareil respiratoire et 5.4% des problèmes cardio-vasculaires⁴¹. Les problèmes respiratoires prédominent, s'expliquant par « les conditions de vie des patients : humidité, fumées des réchauds à bois qui servent au chauffage et à la cuisine, mauvaise aération, poussières et saletés ⁴²».

La proportion d'enfants roms atteints de saturnisme est en constante baisse, même si le risque demeure réel en raison des conditions d'existence, liées notamment au traitement de métaux à proximité des habitations.

Les problèmes psychologiques, rarement pris en charge, sont pourtant très présents : exil, difficultés d'existence, stress permanent, sont autant d'entraves au bien-être psychique des personnes.

Les problèmes dentaires sont également très fréquents ; dans un quart des consultations effectuées par Médecins du Monde en France les infections dentaires et gingivales sont concernées⁴³.

Quant aux accidents domestiques, les témoignages des acteurs de terrain signalent régulièrement des blessures « liées à la dangerosité des conditions d'habitation : brûlures du fait de systèmes de chauffage dangereux, plaies, intoxications au gaz, incendies... »⁴⁴.

Enfin, les maladies chroniques comme le diabète semblent très présentes chez les Roms en France : l'équipe de MdM Nantes note que les chiffres de consultations sous-estiment ces maladies ; les personnes étant prises en charge à la PASS, elle ne viennent pas nécessairement rencontrer l'équipe de MdM dans l'unité mobile lors des sorties.

40 Médecins du Monde, *Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms*, cité par Romeurope, *op. cit.*, p.135

41 Médecins du Monde – Délégation Ile-de-France, *rapport 2007 de la Mission Roms*, cité par Romeurope, *op. cit.*, p. 137

42 Romeurope, *op. cit.*, p. 137

43 Médecins du Monde, *Les Roms que l'Europe laisse à la porte – Témoignages des équipes auprès des Roms*, octobre 2007, cité par Romeurope, *op.cit.*, p. 135

44 Romeurope, *op. cit.*, p. 138

Le détail des problèmes de santé majeurs qui touchent les Roms en France montre bien que ceux-ci sont en grande partie liés aux conditions de vie et d'accès aux soins, en France et en Roumanie : tant les pathologies infectieuses, respiratoires, ou psychologiques, que les accidents domestiques ou encore le saturnisme ; d'autres problèmes sont liés aux habitudes de vie, en particulier les pathologies dentaires et les maladies métaboliques. Aussi, la précarité des conditions de vie conduit à reléguer la santé derrière les préoccupations liées à la survie quotidienne, et le fait d'être migrant renforce la précarité. D'autres difficultés, qui seront évoquées plus loin, proviennent en partie d'une certaine inadéquation entre les modalités d'accueil et de fonctionnement des structures de santé, et les besoins et possibilités des personnes roms roumaines en grande précarité.

Après s'être penchés sur l'état de santé des populations roms précaires, et certaines difficultés d'accès aux soins et à la prévention liées à la précarité, nous évoquerons maintenant les difficultés particulières de la prévention, enjeu central du questionnement de départ.

2) Les difficultés particulières de la prévention auprès d'un public précaire

Les inégalités sociales de santé sont visibles au niveau de l'état de santé et de l'accès aux soins, mais aussi au niveau de l'accès à la prévention et de l'adoption de comportements de prévention. Les difficultés liées à la mise en œuvre des différents types de prévention auprès d'une population précaire, puis une réflexion sur les facteurs favorables ou non à l'adoption de comportements préventifs, et sur les difficultés particulières de l'éducation pour la santé, permettront d'éclairer la problématique.

a) Les différents types de prévention, leurs difficultés respectives

La prévention peut revêtir des formes très diverses et être mise en œuvre à différents niveaux. Elle « regroupe l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et, plus largement, de tous les problèmes de santé »⁴⁵. Elle est à la fois du ressort de la collectivité et des individus. Les différents types de prévention ne requièrent pas le même niveau d'implication des individus. La prévention peut aussi intervenir à différents niveaux de la maladie : ici, ce sont surtout la prévention primaire et la prévention secondaire, sur lesquels se base l'action de MdM Nantes auprès des populations roms, qui nous intéressent.

En ce qui concerne la variabilité du niveau d'implication requis par tel ou tel type de

45 Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p. 91

prévention, on peut distinguer différents comportements. Pour donner un exemple parlant, on peut comparer les comportements préventifs traditionnels qui renvoient en général à « un recours à des professionnels et peu d'implication de l'intéressé une fois sa décision prise », tels qu'un examen de dépistage ou une visite chez le dentiste, et d'autres comportements de prévention qui sont au contraire liés à des habitudes impliquant des choix quotidiens définis par les professionnels de la santé comme susceptibles de prévenir la maladie et demandant un investissement permanent de la part de l'individu mais aucun recours au médecin (pas de tabac, activité physique régulière, pas ou peu d'alcool, (...)).

Pour ce qui est de la distinction entre prévention primaire et secondaire, la prévention primaire a « pour objectif de diminuer l'incidence d'une maladie (nouveaux cas) dans une population⁴⁶ », elle intervient donc « avant l'apparition de la maladie et cherche à diminuer l'exposition de la population aux divers facteurs de risque ⁴⁷». Elle recouvre l'hygiène du milieu, l'hygiène individuelle, les vaccinations ou les traitements systématiques. L'action de prévention de MdM Nantes auprès des populations roms relève donc essentiellement de la prévention primaire, qu'il s'agisse du plaidoyer pour l'instauration d'un environnement plus favorable (hygiène du milieu), du soutien aux séances de vaccinations organisées par le CVP, ou de l'action en éducation pour la santé (entre autres, hygiène individuelle : hygiène bucco-dentaire, alimentation, tabagisme, ...). L'éducation pour la santé, volet central du nouveau projet, est l'une des dimensions de la promotion de la santé. En effet la promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa (cf. annexe 3 : Charte d'Ottawa), se décline en plusieurs axes, qui sont l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. L'éducation pour la santé s'inscrit donc principalement dans l'axe de l'acquisition d'aptitudes individuelles, tout en s'appuyant aussi sur un renforcement de l'action communautaire. L'éducation pour la santé « a pour objectif de donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à leur santé, en lui apportant des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires, et s'insère ainsi dans l'axe d'acquisition d'aptitudes individuelles. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté, et encourage la participation communautaire, ce qui relève de l'axe de renforcement de l'action communautaire. L'appropriation des problèmes de santé par la communauté est un facteur clé de la pérennisation des activités promotrices de la santé⁴⁸». Ou encore, l'éducation pour la santé peut se définir

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op. cit.*, p. 4

comme « un processus pédagogique qui vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser »⁴⁹. Cela implique donc de travailler sur la question des représentations, normes, croyances et valeurs qui se situent en amont des comportements. C'est une « action de communication et de construction commune de connaissances »⁵⁰, qui peut être organisée auprès de groupes, ou en individuel, mais qui relève *in fine* du registre individuel dans la mise en œuvre de comportements spécifiques par chaque individu.

La prévention secondaire vise quant à elle à « diminuer la prévalence (nombre total de cas) d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée de son évolution », « elle se situe idéalement au tout début de la maladie déclarée »⁵¹, elle recouvre le dépistage et la prévention de la progression de la maladie. L'équipe Roms de MdM Nantes intervient donc à ce niveau-là dans son action en soutien du Centre Fédératif de Prévention et Dépistage (CFPD) et plus particulièrement du CVP et du CLAT avec qui des séances de dépistage sont effectuées sur les terrains, et en lien avec qui des suivis individuels sont effectués notamment dans le cadre de traitements pour primo-infection tuberculeuse. MdM intervient également en prévention secondaire lors des consultations dans le camion, lorsqu'il s'agit d'amorcer une discussion de type « éducation thérapeutique » ou tout au moins de réexplication du traitement prescrit et des soins pour une personne déjà suivie médicalement, généralement dans le cadre d'une maladie chronique, dans le but de l'aider à acquérir une certaine autonomie de décision face à sa maladie.

Des difficultés interviennent à tous ces niveaux, qu'il s'agisse de prévention primaire, secondaire, de comportements de prévention requérant une forte implication de l'individu ou au contraire reléguant ce dernier au second plan. En prévention primaire, nous évoquerons plus loin les difficultés particulières de l'éducation pour la santé, mais même les vaccinations, qui sont presque devenues une « formalité » et requièrent peu d'implication des individus et aucun changement de comportement, peuvent se heurter à certaines résistances au sein des populations roms rencontrées : l'intérêt n'est pas perçu d'agir en prévention sur des personnes en bonne santé, et les personnes rencontrées estiment souvent que les vaccins « rendent les enfants malades » (en référence aux poussées de fièvre consécutives à la vaccination), etc.

49 Tessier S. (*et. Alii*), *op. cit.*, p. 98

50 Tessier S. (*et. Alii*), *op. cit.*, p.104

51 Tessier S. (*et. Alii*), *op. cit.*, p. 94

D'autres difficultés apparaissent en prévention secondaire. En ce qui concerne les discussions de type « éducation thérapeutique », le manque de temps avec chaque patient et l'absence de régularité de passage sur chaque terrain empêche une véritable action d'éducation thérapeutique du patient. Aussi, inciter au dépistage n'est parfois pas aisé. Non seulement l'intérêt de diagnostiquer une maladie en l'absence de symptômes n'est pas forcément perçu, mais aussi de façon générale le dépistage est associé à un problème de stigmatisation puisque dépister revient à déclarer malade une personne jusque-là considérée comme bien portante, ce qui risque de la mettre en situation d'exclusion. La maladie peut mettre en péril les relations de l'individu avec sa communauté, la peur de la contamination semble très présente chez les Roms, les maladies contagieuses comme la tuberculose étant tenues secrètes pour éviter un rejet par l'ensemble du groupe. Un cas de tuberculose maladie déclaré sur un terrain de l'agglomération nantaise a récemment illustré ce rejet de l'individu malade par le groupe.

Aussi, il existerait des facteurs déterminant les attitudes individuelles dans ce domaine, entre autres le niveau d'information et des connaissances, la représentation sociale de la santé, la perception qu'a l'individu de sa vulnérabilité face à la maladie et de la sévérité de celle-ci ; etc.⁵², qui éloigneraient du dépistage certains publics.

b) L'identification de facteurs favorables ou non à l'adoption de « comportements » de prévention

L'identification des facteurs favorables ou non à l'adoption de comportements de prévention n'est toutefois pas une tâche aisée. Si certains facteurs peuvent être associés aux comportements préventifs, tels qu' « un niveau d'instruction supérieur au minimum, travailler, recevoir des autres une aide supérieure à la moyenne, être persuadé que ce qu'on fait aura des conséquences sur l'avenir »⁵³, une grande part de la variance reste inexpliquée. Pour P. Aïach et D. Cebe, il n'existerait pas « d'explication de type unifactoriel pour rendre compte des divers comportements de prévention »⁵⁴, ce qui rend compliquée l'orientation de l'action vers l'amélioration de l'un ou l'autre des facteurs : « le principal facteur jouant dans le comportement de prévention est-il le niveau d'information, lui-même corrélé au niveau d'instruction, le réseau social de la personne, la façon dont elle « perçoit » sa santé, ou encore

52 Desclaux A. (*et. alii*), « Les facteurs culturels de participation à un programme de dépistage des cancers : la perception des facteurs de risque », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *Comportements et santé : Questions pour la prévention*. Nancy : Presses Universitaires, 1991, p. 44.

53 Etude citée par Aïach et D. Cebe, « Différenciations sociales dans les comportements de prévention », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *op. cit.*, p. 85

54 Aïach et D. Cebe, *op. cit.*, p. 84

le pouvoir qu'elle s'accorde sur celle-ci ?⁵⁵». Des recherches menées aux États-Unis «montrent que le comportement préventif n'est pas unidimensionnel mais multidimensionnel⁵⁶», «l'utilisation d'un service de médecine préventive n'[étant] pas nécessairement associée à l'utilisation d'autres services et lorsqu'on élargit le champ des comportements étudiés en y incluant des pratiques approuvées par le corps médical, mais n'impliquant pas nécessairement de consulter, le tableau se complexifie encore... Il existe probablement plusieurs dimensions dans le comportement préventif, dont la plupart sont indépendantes, et chacun des schémas de comportement a probablement sa propre dynamique⁵⁷». De plus, les résultats montrent qu'il existe «peu d'associations entre comportements de dépistage et de prévention, ce qui confirme l'hypothèse de l'aspect pluridimensionnel des comportements préventifs»⁵⁸.

Cependant, les auteurs précisent que d'autres résultats, au contraire semblent souligner l'hypothèse unidimensionnelle : des groupes particuliers par ex. ne pratiqueraient aucun comportement de prévention. Ceci peut nous amener à évoquer les inégalités sociales qui influencent non seulement l'état de santé et les modalités de recours aux soins mais aussi l'attitude face à la prévention.

En effet, la mise en exergue des relations entre le social et la santé est pertinente aussi au niveau de la prévention, la précarité rendant peu enclin à s'inscrire dans une dynamique de prévention. Malgré la difficulté à isoler les facteurs favorables ou non aux comportements de prévention, le gradient évoqué quant à l'état de santé peut aussi dans une certaine mesure s'appliquer aux comportements de prévention : l'origine sociale, le niveau d'instruction et de qualification professionnels obtenus ainsi que d'autres facteurs socio-professionnels étant souvent évoqués dans la littérature comme étant corrélés aux comportements de prévention. Tout d'abord, les personnes se trouvant le plus dans le besoin sont peu en demande en termes de prévention. Ceci peut s'expliquer en partie par la distance de l'individu avec les valeurs scientifiques de la médecine moderne, qui détermine «l'étendue du champ d'intervention pour lequel la médecine est sollicitée». P. Aïach et D. Cebe constataient alors, dans les années 90, que les agriculteurs avaient par exemple «tendance à restreindre leur recours au traitement de symptômes inquiétants et au soulagement de la douleur, tandis que les cadres élargissent leurs consultations aux domaines de l'hygiène, de l'esthétique et de ce qu'on

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ *Ibid.*, pp. 84-85

appelle aujourd'hui le « confort » »⁵⁹.

Une position déconsidérée dans la société dans laquelle la personne évolue semble aussi influencer sur l'adoption de comportements de prévention. Ainsi, pour les migrants en situation précaire, dont le séjour est rendu difficile, en plus de la rupture occasionnée par la migration, « la vulnérabilité est aussi dans l'image négative, dévalorisée qui lui est renvoyée de lui-même »⁶⁰, or « comment réparer un corps, restaurer un individu sans se préoccuper de l'image qu'il a de lui-même ? Comment espérer son attention face à des incitations de prévention par rapport à des comportements à risque quand il n'a pas la possibilité de se projeter dans le temps ou le désir de vie ?⁶¹ ».

Malgré la difficulté à déterminer les facteurs favorables à l'adoption ou non de comportements de prévention, il semble que les facteurs socio-économiques, socio-culturels et psychologiques jouent un rôle qui mérite d'être pris en compte par les intervenants de la santé lors de la mise en place d'actions de prévention. L'éducation pour la santé, volet important de la prévention, en particulier de la promotion de la santé, et aspect central du nouveau projet de MdM, s'inscrit dans ce cadre tout en présentant des difficultés spécifiques.

c) Les difficultés particulières de l'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé présente des difficultés particulières, d'ordre divers : nous évoquerons ici la discordance entre l'information reçue et le comportement adopté, l'inscription socio-culturelle des comportements de prévention et les freins psycho-sociaux éventuels.

Tout d'abord l'information relative à la santé a ses limites dans l'incitation à l'adoption de comportements de prévention, et les actions d'éducation pour la santé doivent donc se distinguer d'une simple délivrance de messages. Cette discordance peut se constater par la persistance de comportements réputés dangereux (par ex. consommation de tabac), malgré une information de plus en plus complète. A cet égard, J.-P. Brouat souligne le schéma intellectuel implicite parfois observé : « tel comportement, tel mode de vie, ont été repérés comme nocifs du point de vue sanitaire. Il conviendra donc d'informer les personnes concernées de cette nocivité et leur indiquer les comportements (les modes de vie) de substitution... On présuppose que si l'information est bien faite, si elle est éventuellement répétée, on obtiendra les effets escomptés

59 Lebas J. et Chauvin P., *op. cit.*, p. 39

60 Lebas J. et Chauvin P., *op. cit.*, p. 100

61 *Ibid.*

»⁶². Or, l'information est certes importante, mais il faut faire attention à ne pas imaginer qu'il y ait une « relation de quasi-causalité entre l'explication d'une nocivité, sa compréhension par le destinataire et la transformation du comportement et/ou mode de vie correspondant. Cette vision fait l'impasse sur les conditions sociales de la transformation des comportements ⁶³». Il y a donc inefficacité relative de l'information seule, mais aussi de possibles effets néfastes tels que la culpabilisation, la stigmatisation⁶⁴ (ce que l'éducation pour la santé veut éviter). C'est pourquoi l'éducation pour la santé va plus loin que l'information pour la santé, « en cherchant à donner aux individus à la fois les savoirs, les savoir-être et les savoir-faire nécessaires pour pouvoir, s'ils le souhaitent, changer de comportements ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de la communauté ⁶⁵».

« Un comportement est un acte socialisé »⁶⁶ : Loin d'une vision naïve de l'information, d'une vision a-sociale des comportements et des modes de vie, il semble qu'il existe des conditions sociales à la transformation des comportements. Pour l'auteur, un « comportement » est « un acte (ou une séquence d'actes), une manière d'être..., qui s'inscrit, certes, dans une histoire individuelle mais dont la trame de signification est, elle, toujours collective »⁶⁷ ; il préfère donc parler de « pratiques sociales de santé », c'est-à-dire de pratiques ayant affaire de manière volontaire ou non avec la santé, que de « comportements sanitaires ; le terme de comportement ayant l'inconvénient d'isoler son référent de l'environnement social qui le détermine⁶⁸». La mise en parallèle avec la théorie des normes permet quant à elle de rendre compte des contradictions apparentes entre prises de position, discours et mise en œuvre des actes désignés par ces discours⁶⁹, faisant écho au constat précédent sur la discordance entre information et adoption de comportements. L'auteur distingue les normes perceptives (ou l'obligation sociale qui permet par exemple d'identifier le bleu et de dire « c'est du bleu »), les normes cognitives (ce que les membres d'un groupe sont prêts à reconnaître pour vrai, tout ce qui concerne les « croyances » de quelque nature que ce soit), les normes évaluatives (l'ensemble des valeurs partagées par un groupe, à partir desquelles on peut porter un jugement), et les normes comportementales

62 Brouat J.-P., « Les conditions sociales de la transformation des comportements », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *op. cit.*, p.145

63 *Ibid.*, pp.145-146

64 Cf Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p.102

65 Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op. cit.*, p. 9

66 Brouat J.P., *op. cit.*, p. 146

67 *Ibid.*

68 *Ibid.*

69 Cf. *Ibid.*, p. 147

(systèmes de régulation qui concerne tout ce que fait un individu)⁷⁰. L'intérêt de cette théorie est de souligner que « ce qu'on appelle les comportements s'inscrit toujours dans un registre de légitimité qui n'est pas défini par l'individu lui-même, mais par ses groupes d'appartenance⁷¹ ». De plus, chaque ensemble normatif aurait une autonomie relative, ce qui pourrait expliquer notamment que normes évaluatives et normes comportementales puissent apparaître incohérentes d'un champ à l'autre alors que chacun séparément forme un ensemble cohérent (ex. savoir que fumer est mauvais pour la santé mais fumer quand même) : « Viser la transformation des systèmes de légitimité peut donc constituer un but mais ne garantit pas une transformation des comportements, entre l'univers des représentations et celui de l'acte ⁷² ». Parallèlement, on constate que la majeure partie des actions préventives s'appuient sur des modifications de comportement individuel, en faisant appel notamment à l'autonomie du sujet. Mais dans plusieurs cas, la gestion de la modification du comportement ne peut se faire seul (ou concerne d'autres personnes), et l'autonomie ne peut donc pas fonctionner : par exemple, les questions de contraception concernent le couple, ou encore le thème de l'alimentation concerne toute la famille, etc.

Tenter de faire évoluer des comportements peut donc être vu comme « équivalent à rien moins qu'à leur demander d'aller à l'encontre de leurs penchants, de leur histoire, de leur éducation, de leurs valeurs, de secouer leur système relationnel et leurs contraintes matérielles, de reconsidérer leur rapport à l'existence ⁷³ ».

Des freins psycho-sociaux à l'évolution des comportements doivent aussi être pris en compte dans les actions d'éducation pour la santé. On parle de « dissonance cognitive, d'ambivalence quant au désir d'être et de se maintenir en bonne santé, du sens que peuvent revêtir les attitudes « à risques » (...) »⁷⁴. Toujours sur l'intégration de l'information et l'adoption de nouveaux comportements, G. Paicheler nous invite à nous référer à la notion de représentation sociale et aux modalités d'intégration d'informations nouvelles dans des cadres conceptuels pré-existants, « les conceptions préliminaires agissant comme des filtres à travers lesquels l'individu interprète les informations nouvelles ; elles sont des structures

70 Cf. *Ibid.* pp.147-148

71 *Ibid.*, p.148

72 *Ibid.*

73 Bon N, Bon M., « La parole, moyen et limite de la prévention », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *op. cit.*, p. 226

74 Paicheler G., « Connaissances, représentations sociales et comportements : les logiques préventives. Les phénomènes psycho-sociaux liés à l'intégration de l'information et l'adoption de nouveaux comportements », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *Comportements et santé : Questions pour la prévention*. Nancy : Presses Universitaires, 1991, p. 210

« d'accueil » permettant de les décoder et de les coder, de leur donner un sens, de les organiser. La connaissance de ces conceptions permet de mieux adapter la transmission des informations afin de résoudre le problème de l'inertie des conceptions préliminaires, d'éviter les déformations ou la coexistence de registres de connaissances contradictoires ou incompatibles, donc peu opérationnels »⁷⁵. Ainsi, l'intégration d'une nouvelle information n'aura pas forcément d'effets ; pour favoriser son impact il faudra tenter d'adapter la transmission de l'information à l'univers cognitif et sémantique de la personne, ce qui peut s'avérer difficile en particulier lors d'entretiens de prévention sur un temps très court.

Cette approche plutôt générale sur la santé, l'accessibilité aux soins et à la prévention des populations roms roumaines en France, prenant en compte les déterminants de la santé, l'importance des inégalités sociales de santé et les difficultés de la prévention, doit être complétée par l'étude d'autres aspects contextuels à prendre en compte au niveau national et local.

⁷⁵ *Ibid.*, pp. 210-211

II CONTEXTE NATIONAL ET LOCAL : OBSTACLES ET LEVIERS POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES ROMS ROUMAINS EN PRÉCARITÉ

Les déterminants socio-économiques, au centre de la première partie, ne sont bien sûr pas indépendants de toute volonté politique, et il est important de tenir compte des déterminants politiques des questions de santé. Les modalités et l'organisation concrète du système de santé, qui peuvent constituer des opportunités ou des obstacles, représentent aussi un facteur d'influence sur l'accès aux soins et à la prévention. Enfin, l'implication de différents acteurs et le travail en réseau sur les questions de santé présentent des résultats et offrent des perspectives qui méritent d'être mis en avant.

1) Les déterminants politiques des questions de santé

Les politiques sociales, migratoires, et les obstacles administratifs qui en découlent, ont un impact direct sur les conditions de vie des personnes et sur les questions de santé. L'étude du contexte politique et législatif national, des raisons et conséquences prévisibles de la réforme de l'AME, et l'étude du contexte politique dans la région nantaise, permettront d'identifier d'autres entraves à la santé, l'accès aux soins et la prévention pour les Roms roumains.

a) Contexte politique et législatif national concernant les Roms

Certains facteurs qui influencent plus ou moins directement les questions de santé pour les Roms roumains sont liés au contexte général de durcissement des politiques migratoires et aux réformes associées, aux mesures transitoires en vigueur depuis 2007⁷⁶, ou encore aux discours politiques qui véhiculent des représentations négatives à l'égard des Roms et influent sur l'action des pouvoirs publics.

Les mesures transitoires qui concernent l'accès des ressortissants roumains et bulgares au marché de l'emploi en France est un des nœuds du problème, car il limite de façon

76 Cf. Questions D'étrangers, le blog des experts de Migration Conseil, « Droits et devoirs administratifs des Roms : conséquences du régime transitoire roumain et bulgare » : <http://www.questionsdetrangers.com/droits-et-devoirs-administratifs-des-roumains-et-des-bulgares-en-france-et-consequences-du-regime-transitoire/>

Cf. Service-Public.fr, le site officiel de l'administration française, « Quelles sont les mesures transitoires appliquées en matière de séjour et de travail aux citoyens bulgares et roumains ? » : <http://vosdroits.service-public.fr/F805.xhtml>

drastique les possibilités des familles de subvenir à leurs besoins par une activité salariée. En effet, une fois arrivés en France, les ressortissants roumains et bulgares sont sujets depuis le 1er janvier 2007 aux mesures transitoires en matière de séjour et de travail ; leur droit à la libre circulation n'est pas total et des mesures restrictives en matière d'accès au marché français du travail leur sont imposées. Depuis le 1er juillet 2008, ces restrictions ont été suspendues pour les citoyens des nouveaux pays membres de l'Union, mais ont été maintenues pour les Bulgares et les Roumains jusqu'à fin 2013. Pour ces derniers, une demande d'autorisation de travail doit donc être effectuée par le futur employeur. Hormis pour 150 métiers « en tension » (voir infra), l'employeur devra prouver qu'il est en pénurie de main-d'œuvre. La demande d'autorisation de travail est ensuite examinée par l'unité territoriale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE). Celle-ci vérifiera que le poste et la rémunération prévus correspondent aux qualifications et expériences professionnelles de la personne. Si cette autorisation de travail est délivrée (dans certains départements, après un délai de plusieurs mois qui décourage souvent les employeurs), l'employeur devra s'acquitter d'une taxe auprès de l'Office Français de l'Immigration et l'Intégration (OFII), allant de 70 euros à plusieurs centaines d'euros selon le type et la durée du contrat. Depuis janvier 2008, les ressortissants bulgares et roumains peuvent toutefois accéder, selon une procédure d'autorisation de travail facilitée, à 150 métiers dits "en tension", répartis dans 17 domaines professionnels connaissant des difficultés de recrutement. Pour ces 150 métiers, la situation de l'emploi, qui est le critère le plus difficile à remplir pour l'obtention de l'autorisation de travail, n'est plus opposable. Mais dans les faits l'accès au marché de l'emploi reste toutefois très difficile du fait de ces mesures restrictives qui sont très dissuasives, mais aussi du manque de qualification, du problème de la langue ou des préjugés véhiculés sur les Roms.

Ces difficultés majeures à exercer une fonction salariée renforcent la précarité en privant les familles des moyens financiers qu'apporte un emploi, face au faible montant des aides sociales auxquelles elles sont éventuellement éligibles. Pour la majorité des familles les ressources financières sont quasi inexistantes, seules les familles présentes avant 2007 sur le territoire et ayant des droits ouverts à la CAF avant cette date perçoivent des allocations familiales pour leurs enfants ; pour les familles arrivées après, la seule aide possible est l'aide sociale à l'enfance du Conseil Général, dont les montants et les modalités d'attribution varient d'une région à l'autre.

De plus, l'occupation d'un emploi est l'un des critères à remplir pour pouvoir séjourner plus de trois mois en France. En effet au-delà de trois mois de présence, le droit au séjour est subordonné à la condition de détenir un emploi, d'être étudiant ou encore de disposer d'une assurance maladie et de ressources suffisantes. Tout ressortissant roumain ou bulgare ne remplissant pas les conditions drastiques de ce droit au séjour est alors en pratique expulsable à tout moment, ce qui accentue le phénomène d'allers-retours entre la France et la Roumanie. Et sans emploi, l'accès au logement est quasiment impossible et les modes d'installation sont donc en général illégaux : caravanes ou abris de fortune sur des terrains squattés, occupation de bâtiments désaffectés,... Les personnes sont donc sujettes aux expulsions itératives de leurs lieux de vie, qui peuvent être accompagnées d'Obligations de Quitter le Territoire Français (OQTF) et donc d'expulsions effectives vers la Roumanie. Or, le rapport Romeurope souligne, comme obstacles à la prise en charge médicale, les conditions de vie et les ruptures de soins liés à l'instabilité et les expulsions multiples, et le rapport de l'observatoire de Médecins du Monde de 2006 relevait que 67.6 % des patients vus dans le cadre des veilles sanitaires avaient un retard de recours aux soins. Ceci peut s'expliquer en partie par l'éloignement possible des structures de santé, l'installation dans des lieux de vie reculés et inhospitaliers qui complique l'intervention des soignants, la rupture que cause l'expulsion dans les démarches ne relevant pas de la survie. Les expulsions obligent aussi à trouver un nouveau terrain « sans les petites installations obtenues après de longues négociations, comme le ramassage des ordures ou l'accès à l'eau potable ⁷⁷», et les reconduites à la frontière de personnes malades sont un fait courant. Cette instabilité influe donc fortement sur l'état de santé, l'accès aux soins et à la prévention.

Ces expulsions itératives de terrains illégaux, qui accentuent l'instabilité permanente et la précarité des conditions de vie, sont en partie le résultat d'un objectif politique national clairement affiché, entre autres, en juillet 2010 dans le « discours de Grenoble », en termes de démantèlement de campements illicites et de reconduites à la frontière. Ce discours a été suivi d'effets puisque, selon les propos du ministère de l'Intérieur en février 2011 dans une interview au quotidien Le Parisien, « à ce jour, 70% des 741 campements illicites recensés au 31 juillet sur le territoire ont été évacués, dont 118 des 190 d'Ile-de-France », « et 3.741 personnes ont été raccompagnées, de façon contrainte ou volontaire, dans leur pays d'origine ». Ces mesures relèvent de l'affichage politique, puisque malgré le démantèlement des campements et les reconduites à la frontière, le nombre de Roms en France reste stable, les conséquences étant

⁷⁷ Romeurope, *op. cit.*, p. 141

surtout une précarisation croissante de leurs conditions de vie. Ce discours a aussi eu pour conséquence de justifier des lois comme la Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure, appelée « Loppsi 2 », dont l'article 32 ter A favorisait les expulsions locatives et l'évacuation des campements. Les squatteurs pouvaient être expulsés sous 48h sur décision du préfet et sans passer par le juge⁷⁸. Cet article était passé dans la version votée par le Parlement, avant d'être retiré en mars par le Conseil constitutionnel.

Cette stigmatisation transparait également dans l'action des pouvoirs publics comme en témoigne une étude de terrain menée au sein d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), qui montre que les CPAM en charge de l'instruction des dossiers de CMU et AME appliquent parfois les textes en les durcissant en raison de préjugés persistants à l'égard des Roms⁷⁹.

L'un des aspects à remettre en cause est peut-être cette catégorisation habituellement pensée des « Roms » comme entité ethnique définissable dans son ensemble, qui confine la pensée. Pour Martin Olivera, les stéréotypes persistants, nourris de la « rhétorique de la "question rom" [qui n'a fait que] revalider la catégorie stigmatisable et sa pertinence symbolique ⁸⁰», ne sont pas « une interprétation erronée de la réalité qu'il suffirait de corriger, ils se nourrissent d'une posture a priori, en même temps qu'ils la renforcent, en vase clos ⁸¹». Ces représentations orientent les choix politiques et les pratiques des pouvoirs publics, entravent l'intégration et accroissent la précarité. Elles poussent à adopter des réponses sécuritaires, à l'exclusion de toute autre réponse, et empêchent toute identification, créant une distanciation qui peut désinhiber les comportements hostiles.

78 Site Internet de l'Assemblée Nationale, « Projet de loi modifié par le Sénat, d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure », 2010 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2780.asp>

79 Médecins du Monde, "La santé des Roms en France : Une urgence sanitaire ?", *op. cit.*

80 Olivera M. « Dénoncer l'anti-tsiganisme sans s'attaquer à ses racines ? », dans *Le Monde*, 10 août 2011 : http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/08/10/denoncer-l-anti-tsiganisme-sans-s-attaquer-a-ses-racines_1397684_3232.html

81 *Ibid.*

b) La réforme de l'AME : un recul pour l'accès au système de santé des étrangers en situation irrégulière

D'autres mesures politiques concernant plus généralement les étrangers en France touchent les ressortissants roumains, en particulier la réforme de l'AME appliquée à partir du 1er mars 2011. Malgré les recommandations nombreuses et répétées des professionnels de santé, des associations, et des conclusions du rapport de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) remis au gouvernement le 24 novembre 2010, et mis sous silence jusqu'au 30 décembre 2010, l'instauration d'un droit d'entrée pour l'AME a été instauré. Malgré le motif affiché de cette réforme (une augmentation de 13,3 % des dépenses de l'AME observée en 2009⁸²), celle-ci est essentiellement politique et sans fondement économique, puisque sa viabilité économique a justement été contestée par les différentes recommandations susmentionnées : selon le rapport IGAS-IGF cette augmentation ne s'explique pas « par une croissance massive du nombre de bénéficiaires ni par une augmentation des fraudes et des abus »⁸³ et le rapport recommande de ne pas instaurer de droits d'entrée ni d'accord préalable à tous les soins hospitaliers coûteux, la mise en place de ces mesures risquant d'entraîner un « 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 » et des « risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires »⁸⁴.

En application de la réforme, chaque personne majeure doit désormais s'acquitter annuellement d'un timbre fiscal d'une valeur de 30 euros pour bénéficier de soins gratuits. Par ailleurs, des décrets doivent venir préciser les autres mesures adoptées concernant la réduction du panier de soins et l'accord préalable de la caisse. Si elle était mise en place, cette dernière procédure « obligerait les médecins à attendre l'accord de la CPAM pour engager des soins lourds pour les bénéficiaires de l'AME, multipliant les démarches administratives et entraînant irrémédiablement des retards pour ces soins »⁸⁵. Même sans l'application de ces

82 La documentation Française, « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat », 2010 : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685

83 Cordier A. (Inspecteur général des finances) et Salas F. (Inspecteur des affaires sociales), *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat*, Rapport, 2010, p. 10 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000685/0000.pdf>

84 Cordier A. (Inspecteur général des finances) et Salas F. (Inspecteur des affaires sociales), *op. cit.*, pp. 17-18

85 Médecins du Monde – Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, *Réforme de l'Aide Médicale d'Etat : les conséquences sur l'organisation du système de soins* (document d'analyse) mai 2011 : www.smg-pratiques.info/IMG/ODSE_consequences_reformes_AME_hopitaux_mai_2011.pdf

deux décrets, l'instauration du droit d'entrée risque de pousser les personnes à « laisser leur situation médicale s'aggraver au point de consulter *in fine* aux urgences »⁸⁶. De plus, pour les personnes éligibles à l'AME qui ne se sont pas acquittés des trente euros, l'hôpital ne sera pas payé au titre de l'AME et sera contraint de facturer le patient, ce qui pourra entraîner des cumuls de factures impayées (complicant les démarches pour une éventuelle régularisation dans le futur) ; et ce n'est que dans un nombre restreint de cas l'hôpital aura la possibilité de faire appel au Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV)⁸⁷.

A Nantes, la mise en place du recueil de données par plusieurs structures, dont MdM, en simultané, ne permet pas encore de tirer de conclusions quant aux conséquences de la réforme. Une enquête menée par MdM sur les terrains vise à évaluer l'impact de ces 30 euros sur le budget des familles, et voir comment elles comptent se débrouiller si cette somme pose un problème pour leur budget. La mise en place de cette enquête, menée sur plusieurs villes, est encore trop récente pour que l'on puisse en tirer des conclusions chiffrées mais l'on constate localement de nombreux cas de personnes (dont certaines atteintes de pathologies nécessitant un suivi) qui, dans l'impossibilité de régler cette somme, renoncent à la couverture maladie.

Ces obstacles persistants, qu'il s'agisse d'obstacles législatifs et administratifs, de l'image renvoyée aux personnes, de l'absence de possibilité de se projeter dans le temps, ou encore des représentations nourries et véhiculées qui ont un impact sur l'action publique, influent de façon négative sur la situation sanitaire des personnes, leur accès aux soins et à la prévention.

c) Un durcissement du contexte politique dans l'agglomération nantaise

L'analyse de la situation locale permettra d'illustrer les difficultés qui viennent d'être mentionnées.

En parallèle d'un durcissement des politiques migratoires et des objectifs politiques de démantèlement de campements illicites, on assiste sur l'agglomération nantaise à un durcissement de la politique d'accueil⁸⁸ et à une multiplication des expulsions (cf. annexe 7 : Lieux de vie des Roumains d'origine Roms de janvier 2011 à juillet 2011 sur l'agglomération nantaise). Depuis 2005, la ville de Nantes puis la communauté urbaine en 2007 a mis en

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Cf. *Ibid.*

⁸⁸ Cf. Médecins du Monde - Délégation MdM Nantes, *Rapport d'activités et financier 2010, 2011*, pp. 74-78

place des sites d'accueil temporaires, pour accueillir une soixantaine de familles avec pour objectif l'intégration par le logement et le travail. Malgré la mise en place d'un accompagnement social, les freins à l'intégration sont importants, qu'ils découlent notamment du cadre législatif (mesures transitoires, etc.) ou de l'absence d'aides sociales pour certaines familles. Au printemps 2009, la politique se durcit. Aucune nouvelle famille ne peut accéder au dispositif, l'un des trois terrains administrés est fermé et les familles présentes sur les terrains squattés doivent quitter les lieux.

Suite aux nombreuses expulsions qui ont suivi, des groupes se sont installés sur plusieurs communes de l'agglomération nantaise. Certains maires se sont montrés prêts à envisager un accueil de quelques familles. Il existe encore un terrain sur la commune de Nantes où vivent une vingtaine de familles - le terrain devait être fermé à l'été 2011 après qu'une solution ait été trouvée pour chaque famille, mais ce n'est pas le cas - et environ 30 familles ont intégré des logements dans le parc locatif social ; une dizaine de familles vivent en mobil-homes sur un terrain aménagé par la commune de Sainte-Luce, voisine de Nantes, et un projet d'accueil de 5 familles en mobil-homes a pu être mis en place sur la commune d'Indre. A l'été 2011, les expulsions itératives ont donné lieu à de nouvelles stratégies de la part des familles et des collectifs qui les soutiennent, avec une installation par petits groupes sur différentes communes, parfois éloignées de Nantes ; cet accueil a été fait, sur certaines communes, avec l'accord préalable de la mairie, et certaines mairies se sont engagées à ne pas demander l'expulsion et ont mis à disposition des équipements de base. D'autres communes avaient envisagé un accueil qui n'a pas perduré : la commune de Saint-Herblain avait mis à disposition en décembre 2010 un site provisoire avec un équipement de base (toilettes, eau, électricité), s'engageant à trouver une solution de relogement aux familles, mais a finalement ordonné l'expulsion en juin 2011 sans qu'aucune solution n'ait été trouvée ; la mairie d'Orvault avait fourni les mêmes équipements pour un groupe installé sur un terrain, propriété de Nantes Métropole puis, après avoir retenu une famille pour s'installer en logement, ne s'est plus opposée à l'application de la mesure d'expulsion.

Les conséquences des expulsions sont nombreuses. L'accès aux services de santé et aux services sociaux est rendu difficile par l'éloignement, chaque expulsion repoussant les groupes toujours plus loin à la périphérie de l'agglomération, surtout à l'été 2011 où quatre terrains sur une vingtaine de terrains squattés se retrouvent en dehors des limites de Nantes Métropole. La multiplication des terrains, passés sur l'agglomération nantaise d'une dizaine à une vingtaine entre le début de l'année et l'été (cf. annexe 7 : Lieux de vie des Roumains d'origine Roms de

janvier 2011 à juillet 2011), complique le suivi par l'équipe de MdM qui ne peut plus assurer un suivi régulier partout, ou par les bénévoles des différents collectifs de soutien, même si de nouveaux collectifs se créent parfois sur les communes. La précarité s'accroît à chaque expulsion, avec la dégradation de l'état des caravanes dans les déplacements successifs, le stress généré, la recherche de nouveaux terrains sur lesquels tout est à réorganiser (ramassage des ordures, borne incendie la plus proche pour aller chercher l'eau, branchements électriques, etc.). Chaque expulsion entraîne une désorganisation du suivi sanitaire, avec des rendez-vous manqués, des ordonnances ou des médicaments perdus dans le stress du départ, des urgences nouvelles qui prennent le pas sur les suivis médicaux, les repères spatio-temporels qui peuvent être difficiles à prendre dès l'arrivée sur un nouveau terrain. Ce témoignage de la mission Roms de MdM Nantes en fait état : « Depuis quelques jours, nous nous mobilisons, avec l'équipe de la PASS et de la pédiatrie, pour qu'une petite fille puisse recevoir son traitement à temps. La situation sanitaire de cette enfant de 3 ans est alarmante. Hospitalisée d'abord pour tuberculose, le service de pédiatrie lui a diagnostiqué une maladie métabolique grave pouvant conduire à la mort de l'enfant. Actuellement, elle est en état de dénutrition sévère. Consciente de la gravité de la situation, la mère a pourtant retiré la petite de l'hôpital contre avis médical le 11 juin car sa famille avait reçu un commandement à quitter les lieux pour le 12 juin, elle craignait de perdre leur piste. Cette situation illustre bien à quel point ce sentiment d'insécurité profonde des familles Roms provoque des ruptures de soins qui peuvent avoir de graves conséquences »⁸⁹. A l'été 2011, la situation d'un groupe suivi par l'équipe Roms et la médiatrice sanitaire atteste aussi des difficultés créées par les expulsions successives. Ce groupe a connu 4 expulsions successives en moins de 2 mois, avec des procédures non respectées et des difficultés particulières : documents ordonnant l'expulsion non remis ou partiellement remis, procédures en urgence, accroissant l'incertitude et laissant très peu de temps pour s'organiser ; pressions d'un propriétaire avec menace de procéder lui-même à une expulsion par la force, avec des bulldozers (à l'image de l'expulsion qui a eu lieu en mars 2011 par les employés d'un supermarché de Nantes, dont les suites judiciaires sont encore inconnues) ; coupure de l'accès à l'eau (borne incendie) par la police municipale, accès qui n'a pas été rétabli jusqu'à l'expulsion malgré la promesse du maire adjoint, etc. La précarisation de la situation de ces familles est visible, sur un terrain où il y a de nombreux enfants, et plusieurs personnes atteintes de pathologies chroniques. L'état des caravanes s'est délabré, des rendez-vous médicaux ont été perdus, les familles sont épuisées.

Le bref récapitulatif de la situation du groupe amène à évoquer les nouvelles modalités

89 Médecins du Monde, "Une urgence sanitaire : Médecins du Monde auprès des familles roms", *op. cit.*

d'expulsion qui semblent se dégager à l'été 2011. On note un phénomène nouveau avec plusieurs procédures en urgence, laissant 48 heures aux familles pour quitter les terrains. Alors que l'article 32 ter A de la Loppsi 2, qui favorisait les expulsions locatives et l'évacuation des campements et permettait l'expulsion des squatteurs sous 48h sur décision du préfet et sans passer par le juge, a été annulé par le Conseil constitutionnel, cette procédure en urgence revient de fait à son application. Aussi, l'accompagnement de familles au-delà des limites de Nantes Métropole par des motards de la gendarmerie nationale après leur expulsion semble être un fait nouveau qui témoigne d'une volonté forte d'éloignement de ces personnes. Relevant de cette volonté également, les sanctions croissantes contre les moyens de subsistance n'entrant pas dans un cadre légal, comme en atteste le collectif nantais Romeurope, revêt des formes frappantes. Ainsi, par exemple, plusieurs cas similaires ont été connus au début de l'été : des personnes ont été suivies par les forces de police à la sortie des déchetteries où elles récupèrent la ferraille, puis arrêtées au moment où elles se rendaient chez le ferrailleur pour revendre le matériel récupéré. Ces personnes ont été accusées de « dissimulation de travail », jugées et des OQTF leur ont été remises. D'autres, qui ont récupéré des matériaux après l'heure de fermeture de la déchetterie, ont pu être accusées de vol en déchetterie.

En ce qui concerne les aides financières, les aides sociales se sont considérablement réduites ces dernières années. Actuellement, sur le département, les familles arrivées 1^{er} juillet 2009 bénéficient d'un versement mensuel de l'aide à la subsistance (équivalent de l'aide sociale à l'enfance) d'un montant de 145 euros pour un enfant, 213 euros pour deux enfants, 229 euros pour trois enfants (puis 10 euros supplémentaires par enfant). Ces montants avaient été revus à la baisse et pour les familles arrivées après cette date, le Conseil Général octroie un seul versement de l'allocation d'aide à la subsistance sur dossier présenté par les travailleurs sociaux, puis les familles se trouvent privées de toute aide financière.

Quant à la réforme de l'AME, elle est accompagnée localement d'une décision du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes de maintenir la facturation pour les personnes éligibles à l'AME qui n'ont pas effectué les démarches (ou n'ont pas payé les 30 euros) lorsqu'elles se rendent en consultation à la PASS ou sont réorientées vers les services spécialisés. La PASS continue de recevoir les personnes dans cette situation, mais ces dernières recevront des factures qui pourront être importantes, ce qui pourrait entraver une intégration future si l'hôpital donnait suite à ces impayés.

Cependant, des opportunités politiques existent et méritent d'être soulignées. La

multiplication au cours des derniers mois de collectifs de riverains indignés par la situation des familles, qui s'organisent pour apporter un soutien et sollicitent leurs élus, et l'implication de certaines communes, constituent un levier important pour contrer la tendance majoritaire et travailler localement à des solutions acceptables. Ces collectifs locaux sont venus grossir les rangs du collectif Romeurope agglomération nantaise et, malgré la confusion qui peut se créer dans un groupe qui croît rapidement, le partage d'expériences et la multiplication des forces vives peuvent donner plus de poids aux combats du collectif. La table ronde demandée depuis deux ans par le collectif a eu lieu en janvier ; il a été difficile d'en tirer un bilan concret. L'invitation du collectif au Conseil communautaire en juin n'a pas permis plus d'avancées. En marge de la réunion, une délégation du collectif à laquelle participait Mdm a été reçue entre autres par un élu (et député) et le directeur adjoint à la santé et solidarités. Il est ressorti de cette rencontre qu'une politique d'accueil des Roms ne peut pas être une politique affichée, contrairement à la coopération franco-roumaine et l'aide au retour, point sur lequel Nantes Métropole s'implique avec les associations *Une famille, un toit* et *Acta-Roms*. Le coût impliqué par le terrain de Metro, le terrain conventionné de la ville de Nantes, depuis sa création (4 millions d'euros) a été mis en avant pour justifier le fait que la ville de Nantes ne semble pas prête à fournir d'efforts supplémentaires. Point plus positif, malgré l'absence d'avancées sur la question des expulsions de terrains occupés illégalement, une rencontre en préfecture en juillet a quant à elle permis de mettre en avant les différentes réussites nées d'une bonne collaboration entre des familles, un collectif d'habitants et une mairie, montrant que des avancées sont possibles pour faire sortir des petits groupes d'habitants de la précarité, à travers l'exemple de communes volontaristes.

2) L'accès au droit commun et au système de santé pour les Roms roumains : modalités d'accès et organisation locale

Cette partie sera consacrée à une réflexion sur l'accès aux services de santé à partir de l'expérience de terrain vécue. Les difficultés d'accès au droit commun seront soulevées, puis les obstacles et opportunités liés au fonctionnement et à l'accueil dans les structures de santé locales seront abordés (à partir d'une vision subjective), et les opportunités du travail en réseau autour des questions de santé seront enfin mises en avant.

a) Un difficile accès au droit commun

Seules quelques familles vivant sur les terrains squattés sont suivies par des médecins libéraux, et l'accès aux services de santé se fait donc essentiellement par la PASS. Plusieurs entraves existent pour un suivi par des médecins libéraux : la barrière de la langue, le refus ou la mauvaise volonté de certains médecins généralistes de recevoir des personnes bénéficiaires de l'AME ou des personnes roms, etc. Concernant ce dernier point, Mdm Nantes en relève régulièrement des exemples : un médecin généraliste qui s'était montré ouvert au départ pour recevoir des familles roms a finalement considéré qu'il en recevait trop ; ou encore un collectif local appelait l'équipe après avoir connu plusieurs refus de la part de médecins libéraux pour suivre les familles roms nouvellement arrivées sur la commune, et des expériences humiliantes chez un médecin libéral et un dentiste. Des appels de collectifs de soutien nous laissent penser que certains médecins ne connaissent pas la procédure de prise en charge des personnes bénéficiaires de l'AME (même procédure que pour les bénéficiaires de la CMU) ou font acte de mauvaise volonté. Et lorsqu'un suivi est établi, l'instabilité des terrains peut aussi à tout moment rendre difficile son maintien à cause de la distance. Ainsi, le terrain où il semble que le plus de personnes soient reçues chez un médecin libéral est le terrain squatté le plus ancien de l'agglomération, un terrain qui n'a pas connu d'expulsions depuis plusieurs années.

En ce qui concerne l'accès aux services de PMI, les familles roms vivant sur les terrains squattés ne sont pas reçues dans les centres médico-sociaux des quartiers où elles sont installées et les services refusent de se déplacer sur les terrains. Une consultation dédiée aux seules populations Roms a été mise en place à la permanence Chaptal, « guichet unique » pour les Roms concernant l'instruction des demandes d'aides du Conseil Général, la

scolarisation et toute autre question sociale, créé en 2008 par l'association Saint Yves – Saint Benoît Labre à la demande du Conseil Général. Les familles y sont renvoyées lorsqu'elles se présentent à la PMI de leur secteur. Si elles souhaitent faire suivre leurs enfants en PMI, les familles doivent donc se rendre à cette permanence, mise en place une matinée toutes les 2 semaines, dans les locaux de l'association au centre de Nantes. Cette centralisation concerne également toute question sociale, et les assistants de services sociaux ont eu ordre du Conseil Général de renvoyer les familles vers cette permanence. Ainsi, cas frappant, en juillet 2011, une famille qui avait rendez-vous avec l'assistance sociale de leur commune (à plus de 30 km de Nantes), a reçu un appel de l'assistante sociale pour annuler le rendez-vous, en raison de consignes reçues pour renvoyer vers la permanence Chaptal. Qu'il s'agisse des questions sociales ou sanitaires, la création de cette permanence, qui visait à faciliter l'accès des personnes roms au droit commun, semble finalement, par les directives qui ont suivi sa création, entraver cet accès. Malgré le travail considérable des travailleurs sociaux, ce guichet unique devient de plus en plus problématique dans un contexte d'éloignement progressif des terrains, mais il pose également problème en termes éthique puisque les personnes y sont renvoyées en fonction de leur origine. Le non remplacement pendant une période de plusieurs mois d'un travailleur social sur les deux, la fermeture annuelle pendant 3 semaines et les directives qu'ont reçues les assistants de services sociaux de secteur pour ne pas prendre en charge les familles roms posent un réel problème dans l'accès au droit commun.

L'instauration d'une permanence spécifique pour le suivi social des familles roms et le suivi médical de leurs jeunes enfants est en partie liée à des représentations, à une posture évoquées précédemment à propos du contexte politique et législatif national. Y font écho les propos de Philippe Rodier, responsable de la mission Roms de MdM à Marseille, sur la discrimination positive à l'égard des Roms, qu'il juge contre-productive : « en marquant une frontière entre les Roms et les autres, elle entretient l'idée d'une singularité fondatrice qui imposerait dans tous les domaines de la vie de la cité, une approche particulière. Nous ne partageons pas cette perception d'une communauté rom étrange, qui interdirait toute intégration. A un problème perçu comme communautaire et afférant à un groupe humain singulier, nos décideurs ont tendance à opposer des réponses collectives, là où les réponses pertinentes ne sauraient être qu'individuelles »⁹⁰.

90 Rodier P. (Responsable de la mission Roms de Médecins du Monde à Marseille), « Les Roms sont d'abord des migrants européens », dans *Le Monde*, 11 août 2011 : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/08/11/roms-la-politique-securitaire-entre-chimere-et-realisme-une-voie-sans-issue_1558281_3232.html

b) Opportunités et obstacles liés au fonctionnement et à l'accueil dans les structures

Il est bien sûr impossible de dresser une liste exhaustive des obstacles et opportunités repérées localement pour l'accès aux soins et à la prévention. Cependant un bref état des lieux subjectif, à partir de l'expérience de terrain vécue pendant le stage, permettra de mieux saisir les enjeux liés au fonctionnement et à l'accueil dans les structures, et aux difficultés qui peuvent survenir à chaque étape du parcours de santé.

Le rapport Romeurope souligne plusieurs types d'obstacles pour l'accès aux soins, entre autres des obstacles liés aux structures de santé. La sous-utilisation des services d'interprétariat en est un. En effet, la barrière de la langue est une difficulté importante qui entrave le parcours de soins, le rapport soulignant qu'il est nécessaire de lever cette barrière « aussi bien pour une compréhension optimale entre le patient et l'équipe soignante que pour assurer la confidentialité de l'entretien », et qu'il est « encore trop rare que les structures médicales concernées par l'accueil de patients roms roumains ou bulgares recourent à un interprétariat professionnel ou à défaut prennent l'habitude de contacter Inter Service Migrants (ISM)⁹¹ ». Localement, le CHU de Nantes dispose d'un budget pour l'interprétariat et peut donc faire appel à l'ASAMLA ou ISM par téléphone, ce qui n'est pas le cas dans d'autres villes et constitue une opportunité importante pour permettre aux personnes de bien comprendre leur suivi, se l'approprier, et d'émettre leur « consentement éclairé ». Cependant l'interprétariat n'est pas systématique, et l'on peut constater une méconnaissance de cette possibilité par certains agents dans certains services, ou encore parfois un manque de volonté dès lors que l'appel à l'interprétariat complique la prise de rendez-vous (sans doute couplé à des directives liées à des contraintes budgétaires). En effet, il n'est parfois pas aisé de faire coïncider la possibilité d'un rendez-vous avec la disponibilité d'un interprète et cette démarche requière une étape supplémentaire. A titre d'exemple, estimant qu'il était trop compliqué de faire coïncider le rendez-vous avec la disponibilité d'un interprète en langue roumaine, un agent de l'Hôpital Mère-Enfant faisait annuler le rendez-vous prévu avec l'anesthésiste pour une femme enceinte suivie par l'équipe de MdM, expliquant que la personne rencontrerait l'anesthésiste au moment de l'accouchement.

91 Romeurope, *op. cit.*, p. 141

Contrairement à d'autres PASS, la PASS de Nantes assure son rôle et assure une prise en charge des populations démunies tous les après-midi de la semaine. Cependant le problème de l'engorgement de ce dispositif se fait ressentir et des personnes renoncent à s'y rendre, de peur d'y passer l'après-midi sans être reçues. D'autre part, l'éloignement et l'absence de transports en commun commencent à poser problème pour certaines familles. A ces problèmes s'ajoutent les difficultés, pour des patients éligibles à l'AME mais qui n'auraient pas d'AME à jour, à obtenir un rendez-vous dans certains services spécialisés normalement accessibles directement, sans être passés par la PASS et avoir entamé les démarches pour l'AME. C'est le cas par exemple à l'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS) où les femmes qui n'ont pas une AME à jour devront repasser par la PASS, ce qui complique la démarche, compte-tenu en plus des problèmes d'engorgement susmentionnés.

Malgré cette complication, l'UGOMPS est une structure sur laquelle MdM s'appuie beaucoup lorsqu'il s'agit des suivis de grossesse, l'un des axes principaux de la mission Roms orientée vers la santé maternelle et infantile. La structure est composée d'un personnel engagé en faveur des femmes démunies, deux des sage-femmes ayant d'ailleurs manifesté leur vif intérêt pour s'associer à l'équipe de MdM lors des sorties sur les terrains. La présence d'une psychologue dans la structure permet aussi d'orienter des femmes en souffrance, indépendamment de tout suivi gynécologique-obstétrique. Malgré cela, d'autres obstacles au suivi de grossesse à l'UGOMPS peuvent apparaître de par le fonctionnement de la structure. L'absence de créneaux sans rendez-vous, qui faciliteraient la venue de femmes qui jusqu'à présent n'accèdent pas aux services de l'UGOMPS de par la difficulté à honorer les rendez-vous (qui peut s'expliquer entre autres par les conditions de vie difficiles, cf. partie III), a été envisagé, puis la direction de l'hôpital a écarté cette possibilité. De plus, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous (environ un mois) peut constituer un obstacle. Si l'équipe de MdM, par exemple, arrive à amener une femme enceinte vers un suivi grossesse, le délai d'attente pourra mettre à bas d'une part le travail de prévention réalisé et d'autre part la volonté naissante de la future mère.

D'autres structures accessibles directement, comme le Centre Simone Veil (IVG, planification et éducation familiale) et le Centre de Soins Dentaires (CSD), offrent des opportunités importantes pour permettre l'accès aux soins et à la prévention sur des axes prioritaires pour la mission Roms de MdM, même si elles semblent encore malgré tout assez peu fréquentées des personnes rencontrées par l'équipe. Le Centre Simone Veil propose des

créneaux sans rendez-vous pour faciliter une première prise de contact avec un public qui a des difficultés diverses à se rendre au centre. Malgré l'absence d'interprétariat, ces créneaux peuvent faciliter l'accès et s'il faut attendre trois ou quatre semaines pour obtenir un rendez-vous pour une contraception, la visite sans rendez-vous permet d'obtenir gratuitement une contraception en attendant la rencontre avec le médecin. La structure peut aussi faire appel à l'interprétariat et l'un des médecins est roumanophone. Quant au CSD, les personnes y sont reçues sans délai en cas d'urgence. Les étudiants qui y exercent ont l'habitude de recevoir un public précaire. La présence d'une assistante sociale sur place facilite les démarches, notamment les recherches de financements associatifs en cas de fabrication d'une prothèse dentaire, dont le coût n'entre pas dans le panier de soins de l'AME.

Dans les structures de santé, une autre source d'incompréhension qui peut entraver la prise en charge est liée au manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes et les déterminants des comportements en matière de santé : « les absences aux rendez-vous, le manque de ponctualité, la difficulté à respecter les horaires de permanence sont très mal acceptés »⁹², « le fait habituel de se rendre en groupe aux consultations dérange, voire inquiète », « le manque d'hygiène est souvent considéré sans indulgence » et « l'irrégularité du suivi médical ou l'absence de carnet de vaccination bousculent les pratiques ». Ces aspects sont régulièrement soulevés par les structures de santé partenaires de MdM, et l'on constate que la posture de certains personnels s'en trouve altérée. Parfois, il s'agit de préjugés dès l'accueil, comme le constatait la médiatrice sanitaire de MdM lors de bilans de santé organisés par la CPAM à destination de plusieurs femmes suivies : l'absence de domiciliation autre qu'associative semblait poser problème, l'accueil du groupe était visiblement différent par rapport à l'accueil des personnes reçues le même jour, l'interprétariat n'était pas bien accepté par les soignants, etc.

En ce qui concerne l'ouverture des droits, des obstacles similaires peuvent survenir. Au guichet AME de la CPAM de Nantes, des erreurs d'interprétation des textes ont été relevés : demandes de pièces abusives, méconnaissance du document prouvant l'éligibilité de la personne à l'AME et montrant qu'elle ne s'est pas acquittée des 30 euros, à remettre à la personne, qui pourra lui servir en cas de financement de son AME par une association, etc. Toutefois, il ne semble pas y avoir de difficultés majeures pour l'ouverture des droits à l'AME à Nantes, et l'obtention immédiate de la carte à la fin du rendez-vous est un fait unique à souligner par rapport aux délais qui peuvent être très longs dans d'autres départements.

92 Cette citation et les suivantes : Romeurope, *op. cit.*, p. 141

c) Le travail en réseau autour des questions de santé

L'implication de différents acteurs autour des questions de santé et leur mise en lien offrent une opportunité non négligeable pour faciliter l'accès aux soins et à la prévention de publics précaires ou migrants en général, et des Roms en particulier. Il peut s'agir de travailler sur des outils pour une meilleure compréhension du système de santé, de la mise en place d'actions conjointes auprès du public, de réflexion commune pour améliorer l'accueil ou « l'aller-vers », d'inter-formations ou encore de dispositifs associatifs pour alléger le coût de certaines prestations de santé hors panier de soins AME.

Pour lever la barrière de la mauvaise connaissance du système de santé, plusieurs initiatives ont été amorcées localement par l'action conjointe de plusieurs structures. Des groupes de travail se sont créés autour de l'élaboration d'outils explicatifs du système de santé français en plusieurs langues. L'un de ces groupes, auquel participent MdM, la PASS et le service prévention de la CPAM, cible une population migrante ou française n'ayant pas ou peu de connaissances sur le système de soins français. Cet outil très visuel vise à fournir un support aux différents intervenants pour expliquer le fonctionnement du système de santé : les démarches à effectuer pour ouvrir ses droits, les interlocuteurs et lieux vers lesquels se tourner pour du curatif ou du préventif en fonction de sa situation en France, en insistant sur le rôle central du médecin traitant, les prestations couvertes par les différentes couvertures maladie, les modalités de paiement et remboursement, etc.

Un travail d'information sur les modalités d'accueil dans les structures de santé est aussi essentiel pour permettre aux personnes d'aller vers les structures dans les meilleures conditions. Pour ce faire, l'équipe de MdM échange avec et rencontre régulièrement les structures de santé pour s'informer des modalités d'accueil et pouvoir ainsi mieux orienter les personnes rencontrées, et réfléchir ensemble pour améliorer l'accueil ou « l'aller-vers ». Par exemple, une réflexion commune entre l'UGOMPS, MdM et la permanence sociale pour l'accueil des familles roms avait permis de défendre le bien-fondé de créneaux sans rendez-vous à l'UGOMPS pour faciliter une première venue pour des femmes qui ont des difficultés à se rendre en rendez-vous. Pour des raisons internes au CHU, l'idée n'a pas pu être concrétisée mais elle est portée par plusieurs sage-femmes, qui montrent un intérêt pour l'action de MdM auprès des Roms. Une sortie commune avait d'ailleurs permis de jeter des ponts entre nos actions et d'augurer une coopération future, sous une forme qui reste à préciser. De même, une rencontre entre MdM et le Centre Simone Veil a fait émerger l'idée

d'une inter-formation entre l'équipe Roms et le personnel du centre, pour permettre à l'équipe de mieux orienter les personnes rencontrées, et au personnel du centre d'avoir une meilleure connaissance du public.

La coopération entre MdM et le CFPD se manifeste par l'organisation d'actions communes sur les terrains. Il s'agit de sorties avec le CLAT, le CVP et le Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) au cours desquelles un travail de sensibilisation, d'information, de vaccinations et/ou dépistage est effectué. Après quelques tâtonnements quant aux rôles respectifs de MdM et du CFPD sur les sorties, il semble qu'une coopération satisfaisante ait été trouvée avec un rôle de sensibilisation et d'information de MdM en amont des sorties et au lancement de l'action, l'équipe de MdM étant en mesure de faire le lien entre le personnel du CFPD et les personnes des terrains qu'elle rencontre régulièrement. Outre les sorties communes, une bonne coopération entre le CLAT et MdM permet de reprendre contact avec des personnes perdues de vue par le CLAT, d'échanger sur des situations particulières voire de mettre en place des accompagnements individuels.

Concernant l'accès aux droits mais aussi la prévention, la coopération avec la CPAM de Loire-Atlantique a pu être approfondie dans le cadre de l'action de la médiatrice sanitaire, qu'il s'agisse du service AME pour faciliter l'ouverture des droits et faire remonter les blocages administratifs, ou du service prévention. En particulier, le travail commun de la médiatrice sanitaire et de notre interlocutrice au service prévention a permis de mettre sur pied une journée consacrée à des bilans de santé au centre de santé de St-Nazaire pour un groupe de femmes qui en avaient formulé le souhait après que le projet ait été proposé sur les terrains d'intervention de la médiatrice. Ces bilans ont été l'occasion d'aborder de nombreux thèmes liés à la santé et de faire émerger des demandes en prévention de la part des femmes. Ainsi, à la suite de ces bilans, une rencontre avec une spécialiste du sevrage tabagique a eu lieu sur l'un des terrains et a pu toucher un groupe élargi de personnes par rapport aux demandes de départ. Aussi, un « goûter-prévention » a été organisé sur ce même terrain, à la demande des femmes qui souhaitaient aborder le thème de l'alimentation à l'attention de leurs jeunes enfants. Ces actions ont été réussies grâce à la conjonction de divers facteurs : une proximité de la médiatrice avec les femmes concernées, des demandes qui ont émergé des femmes, l'intervention de professionnels de santé qualifiés.

MdM est aussi en lien avec les différents collectifs de riverains qui se sont créés autour

des familles roms implantées sur plusieurs communes, ce qui permet d'avoir une meilleure vision de la situation générale des terrains et des informations sur d'éventuels problèmes de santé. De par leur connaissance des personnes, les bénévoles des collectifs nous font remonter des informations qui servent notre action, et MdM peut apporter aux bénévoles des informations pour les aider à mieux orienter les personnes dans les différentes structures de santé. On peut imaginer, sur le modèle des interventions qui ont pu être réalisées avec la médiatrice sanitaire, que là où une grande proximité existe entre des bénévoles d'un collectif et les personnes d'un terrain, des demandes en prévention pourraient être relayées à MdM et permettre ainsi l'organisation d'actions structurées et pertinentes.

Le contexte politique et administratif explique pour partie une situation sanitaire déplorable et des difficultés d'accès aux services de santé, même si des leviers existent au niveau local. Plus spécifiquement, le fonctionnement et les modalités d'accueil dans les structures de santé influent directement sur l'accès aux soins et à la prévention, tout comme le travail en réseau de différents acteurs.

En partant des éléments de contexte identifiés tout au long des deux premières parties, qu'il s'agisse des liens entre précarité et santé, de la situation des Roms localement, ou encore des difficultés et opportunités dans l'accès aux services de santé, il est maintenant possible de se pencher sur les enjeux internes à l'équipe de MdM quant à ce passage du curatif au préventif. Il s'agira ici de renverser la perspective pour s'interroger de l'intérieur sur la mise en place d'un tel projet, ancré dans la réalité d'une intervention de terrain.

III LE PASSAGE DU CURATIF AU PRÉVENTIF : ENJEUX INTERNES DE LA NOUVELLE ORIENTATION DE LA MISSION ROMS DE MÉDECINS DU MONDE À NANTES

La révision du projet a été mûrement réfléchie, pour mieux correspondre aux besoins identifiés et redonner un sens à la mission, sans se superposer à l'existant. Sa mise en place se heurte à des difficultés propres à la mise en place de projets de prévention, en particulier d'éducation pour la santé, auprès de publics précaires, et à un contexte qui ne semble plus si favorable. L'équipe est aussi confrontée à un bouleversement des rôles de chacun et des modalités d'intervention, et de nombreux questionnements émergent. Une première partie sera consacrée aux difficultés et ouvertures identifiées pour ce nouveau projet au niveau de l'équipe dans sa confrontation au terrain ; une seconde partie visera à lancer des pistes de réflexion et s'interroger sur la pertinence de prendre en compte d'éventuelles spécificités culturelles dans la mise en œuvre des actions de prévention de la mission.

1) Une évolution de l'intervention dans un contexte complexe : difficultés et ouvertures pour ce nouveau projet

Les difficultés inhérentes à la mise en place d'actions de prévention auprès d'un public précaire, dans un contexte instable, seront abordées dans un premier temps. Puis, les enjeux d'une reconfiguration des modalités d'intervention, impliquant un bouleversement des rôles et requérant la mise en pratique d'autres compétences et qualités, seront analysées. Enfin, la nécessité d'une proximité entre l'équipe et les personnes rencontrées, ainsi que les perspectives offertes par la médiation sanitaire dans ce sens, seront soulignées.

a) Les difficultés d'une transition vers plus de préventif dans un contexte instable et auprès d'une population en grande précarité peu tournée vers la prévention

La prévention et en particulier l'éducation pour la santé, volet central du nouveau projet Roms, a été justifiée au départ par l'évolution favorable du contexte général et de l'accès aux soins, qui ouvrait une fenêtre d'opportunité pour aborder la santé en amont de la maladie. Depuis 2005, une politique locale favorable à l'égard des Roms roumains semblait se mettre en place, mais le revirement évoqué précédemment remet en cause cette orientation.

Les expulsions successives, la réduction des aides et le manque de perspectives d'intégration entraînent une précarisation croissante, qui influe sur l'état de santé mais aussi sur l'accès aux soins, et *a fortiori* entrave l'adoption de comportements de prévention. Avant et après chaque expulsion, les personnes rencontrées sont préoccupées par la mise en œuvre de moyens de survie, la recherche puis l'installation sur un nouveau terrain, les nouveaux repères à prendre, et sont donc souvent « indisponibles » pour aborder des questions de santé qui ne les empêchent pas, dans l'instant, d'être opérationnelles. L'instabilité subie empêche de se projeter ne serait-ce que dans un futur proche ; par exemple, des habitants d'un terrain confiaient à l'équipe lors de sa première visite sur le nouveau lieu qu'en l'absence d'informations sur la durée prévue du terrain, il leur était difficile d'envisager la construction d'installations pour améliorer leur quotidien, comme des tables en bois ou des bancs. La prévention ne semble possible que si certaines conditions sont remplies ; or bien souvent des préoccupations plus urgentes prennent le dessus. Dans ces situations incertaines, l'impossibilité de se projeter dans l'avenir se répercute sur le rapport à la santé et il semble difficile d'envisager des actions de prévention, qui nécessitent une projection dans la durée. Le risque serait d'être en décalage trop important avec la réalité vécue des personnes, et donc d'être à la fois inefficaces, et de perdre en crédibilité.

De plus, la multiplication récente des terrains, comme stratégie pour favoriser l'acceptation par les communes et les riverains, empêche aussi un passage aussi régulier qu'auparavant sur tous les terrains, alors que les actions de prévention nécessitent justement de travailler sur la durée et de façon régulière, avec l'instauration d'une proximité entre l'équipe et les personnes. Pour remédier à cet obstacle, le choix a été fait de ne pas effectuer dans un premier temps de sorties sur certains nouveaux terrains bien encadrés par des collectifs de soutien locaux, mais ce choix pourra être remis en cause selon les évolutions du contexte.

Concernant l'accès aux soins, la récente réforme de l'AME, les obstacles persistants dans le parcours de soins, l'éloignement géographique progressif des terrains par rapport au centre de Nantes et les difficultés à entrer dans le droit commun (médecins généralistes, PMI de secteur) poussent à revoir l'optimisme qui avait influé au départ sur le changement d'orientation de la mission.

Outre les freins liés à l'instabilité du contexte, les obstacles liés à la situation de précarité du public visé sont importants et font écho aux constats sur les inégalités sociales de

santé qui influent à la fois sur l'état de santé, l'accès aux soins et à la prévention ; ils sont le résultat de l'effet cumulatif de plusieurs facteurs négatifs liés à l'environnement physique et à l'environnement social. Si l'état de santé des populations roms permet de prendre conscience de l'importance de la prévention pour influencer sur les pathologies liées aux habitudes de vie, et inciter au dépistage et à la vaccination, l'inscription socioculturelle des comportements et les freins psycho-sociaux nous rappellent la difficulté à mettre en œuvre de telles actions auprès de populations en précarité.

La précarité relègue les questions de santé bien derrière les préoccupations du quotidien. Avec la précarisation de leurs conditions de vie, les personnes « subissent » de plus en plus et il est plus difficile de les valoriser dans un rôle d'acteurs responsables ayant prise sur leur destin et leur santé, que de les voir comme des « objets de soins ». De plus, les personnes qui ont le plus besoin d'informations, d'aide, de soins, sont celles qui demandent le moins... Or, « dans le contexte de la prévention, l'appel à la subjectivité du patient est indispensable » et il est très difficile d' « obtenir de lui qu'il change ses comportements nuisibles pour sa santé dès lors qu'il n'en a pas d'abord éprouvé, dans sa subjectivité, la nécessité ⁹³ ». Mais où trouver des demandes chez ceux qui sont dans le besoin, comment les faire émerger pour les accompagner ?

Les soignants devront alors tenter de trouver un point d'équilibre entre les besoins ressentis par les personnes visées par le projet, et les besoins identifiés par l'équipe qui a aussi une vision sur le long terme. Or, les personnes rencontrées ont pris l'habitude de nos visites et s'attendent souvent à une offre de soins, à la délivrance de médicaments, sans toujours comprendre l'utilité d'un déplacement sans médicaments. Le risque est alors le rejet de la nouvelle orientation par la population ciblée, si le changement est trop brutal ou que l'action n'est plus en adéquation avec la demande et les besoins ressentis par les personnes visées. Il faut alors ne pas perdre de vue ses objectifs, fondés sur des constats qui gardent leur pertinence, tout en répondant aux demandes « urgentes ». Le point d'équilibre n'est pas simple à atteindre et la précarisation des terrains remet souvent en cause cette nouvelle orientation du projet, trop éloignée de la réalité des personnes. L'équipe est alors à l'écoute, et priorise les besoins ressentis par les personnes rencontrées.

Cependant, il est possible de créer des ponts entre les besoins exprimés par les personnes lors de la venue de l'équipe, et les besoins identifiés par l'équipe en termes de prévention. En effet, la venue des personnes dans l'unité mobile est le plus souvent motivée

93 Bon N, Bon M., *op. cit.*, p. 222

par une demande de consultation médicale et de délivrance de médicaments, mais la rencontre occasionnée est aussi l'occasion d'aborder des sujets de prévention en périphérie de ou dans le cadre de la consultation (suivi de grossesse, hygiène bucco-dentaire, etc.). Ceci est plus ou moins possible en fonction notamment du niveau de précarité des terrains et des personnes, mais la contraception, par exemple, reste une préoccupation pour de nombreuses femmes, même sur des terrains très instables. La rencontre entre un besoin identifié par l'équipe et un besoin ressenti par le public n'est donc pas impossible sur les terrains précaires, mais les ambitions doivent rester humbles. C'est pourquoi la décision a été prise en équipe de mettre en place des actions de prévention structurées et préparées à l'avance seulement sur des terrains stables, entourés d'un collectif et en lien à des demandes exprimées.

b) Une reconfiguration des modalités d'intervention qui bouleverse les rôles et requière la mise en pratique d'autres compétences et qualités

Le virage amorcé par la mission impose une réorientation du rôle de chacun sur les sorties. Le médecin n'a plus une place aussi centrale qu'auparavant, puisque les infirmier-e-s n'ont plus vocation à remplir les dossiers socio-médicaux des patients avant leur entrée en salle de consultation, mais retrouvent un rôle clé dans la relation à l'autre, en particulier par les entretiens individuels ou les animations de groupe. Dans la pratique, les animations de groupe restent l'exception et sont réservées à des activités ludiques autour de l'hygiène bucco-dentaire à destination des enfants, ou à d'autres activités dans le cadre d'un événement bien précis (en partenariat avec un professionnel extérieur, par exemple), car elles ne semblent pas être en adéquation avec les demandes individuelles.

De plus il reste difficile, pour l'instant, de changer réellement l'ancienne configuration des sorties qui tournait autour de la consultation médicale, pour mettre en place le volet éducation pour la santé. Les entretiens individuels menés par les infirmier-e-s, au cours desquels des thèmes de prévention sont régulièrement abordés, ont souvent lieu en périphérie des consultations médicales, qui rythment les sorties. La consultation médicale reste un lieu propice aux entretiens de prévention, mais le rôle de l'infirmier-e autour de cette action n'est pas toujours facile à trouver. Cette difficulté à changer la configuration des sorties est peut-être renforcée par la multiplication des sorties avec médecin, en raison de l'intégration d'un stagiaire en dernière année d'internat de médecine, qui permet toutefois de renforcer l'équipe tout en gardant une orientation «prévention». La présence régulière d'un médecin entraîne une organisation des sorties selon le schéma classique de la consultation, car celle-ci est plus

cadrée et facile à mettre en place qu'une action d'éducation pour la santé sans curatif, et parce qu'elle permet aussi de répondre aux demandes premières des personnes, majoritairement d'ordre médical. Il est donc assez naturel de « retomber » dans ce schéma dès lors qu'un médecin est présent. Prenant en compte cet état de fait, l'équipe tente de concilier consultation médicale par le médecin et entretiens de prévention menés par les infirmier-e-s. Mais cela s'avère difficile car ces derniers remplissent en amont des consultations les dossiers des patients, et orientent souvent pour des questions pratiques (comment faire renouveler son AME, comment obtenir une domiciliation, etc.), ce qui prend du temps. A cela s'ajoutent la présence de l'interprète auprès du médecin, l'objectif des personnes qui est généralement de « voir le médecin », la difficulté à improviser un entretien de prévention, qui plus est sur un temps très court.

Les tâtonnements de l'équipe pour que chacun trouve sa place sont aussi dus au roulement permanent des bénévoles. En effet chaque bénévole effectue des sorties en fonction de ses disponibilités, souvent une à deux maximum par mois, et les équipes sont rarement les mêmes d'une sortie sur l'autre. Il faut donc, à chaque fois, se réadapter à une nouvelle configuration, et les besoins et demandes des personnes rencontrées diffèrent également d'une sortie à l'autre. De plus, il arrive que des sorties soient effectuées conjointement avec la médiatrice sanitaire de MdM ou des professionnels de santé extérieurs à l'équipe. Il faut alors veiller à ce que l'action soit commune, et que les bénévoles de l'équipe ne soient pas relégués derrière ces autres intervenants. Il est important que chacun ait une place, car la sortie n'en sera que plus efficace mais aussi parce qu'il est important de garder la motivation des bénévoles sur le long terme. Ces difficultés sont toutefois à relativiser, car de nombreuses sorties se déroulent de manière satisfaisante pour tous les bénévoles, tout en répondant aux besoins ressentis par les personnes et aux objectifs de MdM.

Le nouveau projet requière aussi la mise en œuvre d'autres compétences et qualités de la part des bénévoles. Loin d'agir en marge de la consultation médicale, les soignants jouent un rôle central dans les entretiens individuels ou « motivationnels », qui requièrent des qualités d'écoute pour décrypter les demandes et partir des « normes, croyances et savoirs dans le domaine de la santé » qui guident le consultant, puisque « c'est à partir d'eux que peut s'articuler un éventuel changement qui ne soit pas une normalisation »⁹⁴. La maîtrise des outils à notre disposition (modèles de démonstration, images, jeux, textes explicatifs) et de

94 *Ibid.*, p. 226

techniques de communication comme le counselling peuvent aussi s'avérer utiles. Une connaissance de techniques d'animation pourrait aussi aider les bénévoles notamment pour animer des séances collectives, ce qui est pour l'instant peu mis en place. Les méthodes de l'éducation pour la santé « procèdent autant de la pédagogie pour adultes (éducation populaire) que de la psychologie d'intervention et de la communication ⁹⁵ ». Plusieurs approches coexistent en éducation pour la santé. Dans le cadre d'un projet planifié, il est possible de réfléchir en amont sur l'approche à adopter, en fonction du thème abordé, des objectifs, du positionnement de l'intervenant ou de l'équipe, etc. Ce n'est pas le cas sur une sortie, où le soignant « prend ce qui vient », doit s'adapter constamment en faisant preuve de réactivité. Trois principales approches peuvent être distinguées : « l'approche injonctive ou persuasive, qui a pour objectif la modification systématique des comportements des individus et des groupes ; les approches informative et responsabilisante, qui recherchent la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ; l'approche participative, qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé ⁹⁶ ». La plupart des entretiens de prévention que l'équipe mène lors des sorties sont spontanés et une improvisation est toujours nécessaire. L'analyse des éléments clés du contexte dans lequel s'inscrit le sujet traité, et le choix de l'approche en réfléchissant à de nombreux aspects, devront alors être très rapide : par exemple, « le thème traité présente-t-il un enjeu de santé purement individuel ou un enjeu de santé publique ? (...) Lorsqu'un risque pour autrui existe, cela justifie-t-il une approche injonctive, ou bien faut-il privilégier une approche responsabilisante, informative, participative ? (...) » ; ou encore « A qui s'adresse-t-on ? S'adresse-t-on à des personnes malades ou non malades ? En effet, choisira-t-on la même approche pour éduquer des non-malades aux principes nutritionnels limitant le risque de diabète ou pour éduquer des patients diabétiques aux principes nutritionnels qui leur sont recommandés du fait de leur état de santé (...) ? Une personne non malade, chez qui la modification d'un comportement n'aura pas d'effet immédiat visible sur sa santé, est-elle réceptive aux mêmes approches qu'une personne malade, chez qui la modification d'un comportement peut avoir des impacts rapides importants ? Et qu'en est-il d'une personne atteinte d'une maladie mais qui ne se sent pas malade (...) ? »⁹⁷, etc. De même, comme évoqué précédemment, dans plusieurs cas, la gestion de la modification du comportement ne peut se faire seul ou bien concerne d'autres personnes de l'entourage proche, et l'autonomie

95 Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p. 100

96 Bury J., *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988, cité par Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op.cit.*, p. 9

97 Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op. cit.*, p. 10

sur laquelle l'on s'appuie généralement ne peut donc pas fonctionner. Cette difficulté dans certains cas à faire appel à l'autonomie, au sujet, l'inscription dans un cadre collectif de légitimité, doivent aussi être jaugées par les intervenants. Ces derniers doivent alors être réactifs, capables d'improviser en s'adaptant à chaque nouvelle situation, faire preuve d'une perception fine et de qualités d'écoute. Ainsi, on comprend que la réussite d'une action d'éducation pour la santé dépend d'une multitude de facteurs. Elle est aussi « la rencontre entre différents éléments et l'action mutuelle et conjointe des éléments » : « un espace-temps qui met en présence un émetteur, un matériel et des cibles ⁹⁸ ». Si l'un des éléments n'est pas maîtrisé, par exemple si le matériel ou le message n'est pas approprié, que le moment est mal choisi pour sa diffusion, ou que l'émetteur est inadapté, il met en péril les autres éléments. Une perspicacité constante est indispensable pour rééquilibrer en permanence cette équation.

En dehors des qualités et compétences, une posture particulière est nécessaire pour aborder les questions de prévention. Cette posture peut ne pas être si simple pour des professionnels de santé qui ont reçu une formation « dans l'optique de la médecine curative individuelle, confirmée par le public client qui, lui-même, utilise ce cadre de référence », dans un contexte où « l'organisation du système de santé, particulièrement en France, est basée sur la maladie et non sur la santé, l'apparition de la pathologie étant le facteur déclenchant et justificateur du recours au système ⁹⁹ ».

Il est toutefois rassurant de constater que malgré tous ces éléments à prendre compte qui semblent être autant de difficultés à la mise en place du projet, les sorties « prévention » se déroulent de manière très satisfaisante lorsque le cadre est favorable et que la dynamique est insufflée. Les qualités d'écoute des intervenants et l'instauration d'un climat de confiance semblent alors primer sur le reste. Loin d'être une alchimie savante, la réussite de l'action semble résider dans cette posture, et les liens tissés petit à petit au gré des sorties. D'où l'importance de la proximité avec le public...

c) Une proximité à construire, un travail de long terme : les perspectives offertes par la médiation sanitaire

Sauf lorsque la douleur ou la pathologie empêche le bon fonctionnement des activités quotidiennes, la santé ne semble pas être une priorité chez les personnes rencontrées, celle-ci étant reléguée derrière des préoccupations plus « urgentes », de survie. MdM étant bien

98 *Ibid.*, p. 13

99 Tessier S. (*et. alii*), *op. cit.*, p. 95

identifiée par les personnes rencontrées comme une association médicale, peu nous demandent assistance sur d'autres aspects, surtout lorsque l'équipe reçoit les personnes dans l'unité mobile, symbole du médical. De nombreuses personnes n'arriveront pas jusqu'au camion, parce que des démarches plus pressantes prendront le dessus sur les questions de santé. C'est alors qu'une approche globale peut s'avérer utile pour toucher à la santé auprès de personnes particulièrement démunies, ce qui n'est souvent pas possible dans le cadre des sorties hebdomadaires. En revanche, il peut en être autrement sur les terrains d'intervention de la médiatrice sanitaire : Puisqu'elle intervient le plus souvent seule et jamais avec l'unité mobile qui oriente les demandes, qu'elle est dans une certaine proximité avec les personnes et qu'elle maîtrise le roumain et le français, elle est constamment sollicitée pour toutes sortes de demandes qui permettent aux familles d'avancer sur des problèmes administratifs sur lesquels elles butent, des questions d'ordre social. Libérés de ces problèmes, la santé peut alors plus facilement réapparaître au premier plan.

De plus, la confiance établie avec la médiatrice rend plus propice une action d'éducation pour la santé avec l'équipe de bénévoles. Ainsi, lors d'interventions communes avec la médiatrice sanitaire, les entretiens ou consultations débordent vite du cadre médical et le risque est alors de ne pas tenir les horaires et d'être dans l'incapacité de répondre aux demandes d'autres personnes, mais la prise en compte globale des conditions d'existence de la personne, et la proximité avec la médiatrice sanitaire, permettent d'aller plus loin dans la relation entre l'équipe et la personne accompagnée, et d'aller plus loin dans le suivi médical. Par exemple, des entretiens auprès de femmes enceintes, menés conjointement par un ou plusieurs bénévole(s) de l'équipe et la médiatrice sanitaire, ont permis à la fois à la médiatrice d'amorcer l'accompagnement de ces suivis en s'appuyant sur une expertise médicale, et à l'équipe de mieux saisir les différentes problématiques qui sont celles de ces femmes, et qui ont une influence sur le suivi de grossesse, pour tenter avec les femmes et la médiatrice de trouver des solutions appropriées : par exemple, un accompagnement systématique de la médiatrice pour le suivi d'une jeune fille dont la belle-mère s'oppose à la grossesse et en complique le déroulement et le suivi. Si l'éducation pour la santé se réfère à « un espace-temps qui met en présence un émetteur, un matériel et des cibles », auquel il faut « ajouter toute l'épaisseur de la relation qui les unit ¹⁰⁰ », la médiatrice joue alors un rôle clé car elle a déjà « épaissi » cette relation.

Les liens entre l'équipe de bénévoles et la médiatrice sanitaire permettent de renforcer

100 Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *op. cit.*, p. 13

les compétences et connaissances mutuelles, et de développer ensemble des idées. Ces liens peuvent se concrétiser par des sorties communes, pour permettre à la médiatrice d'avoir un appui médical (par exemple, décrypter les résultats reçus à la suite de bilans de santé effectués à la CPAM), et permettre aux bénévoles de l'équipe de mener une action de prévention satisfaisante, qui pourra être suivie d'effets grâce aux accompagnements et au suivi mis en place par la médiatrice. Lorsque le contexte est propice, l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention planifiées peut aussi avoir lieu.

Sans cette relation établie et cette durée dans l'action, facilitées par l'action de la médiatrice, mais possible également sur des terrains visités régulièrement par la même équipe, il faudra rester humble sur les objectifs en termes de prévention. Il sera difficile de viser à un changement de comportements individuels ou collectifs : « A quelques exceptions près et pour des gestes très simples, une action d'éducation pour la santé ou d'information isolée et de courte durée ne peut pas faire évoluer des comportements »¹⁰¹. Or, les passages sur chaque terrain ne peuvent être fréquents en raison du nombre de terrains, l'équipe est rarement la même d'une sortie sur l'autre ce qui rend plus difficile l'établissement d'un lien privilégié. De plus l'équipe doit garder à l'esprit sa mission de veille sanitaire qui nécessite un passage sur les terrains les moins favorisés, sur lesquels il est plus difficile de mettre en œuvre le projet d'éducation pour la santé. Se concentrer sur les deux terrains d'intervention de la médiatrice faciliterait la mise en œuvre d'actions de prévention et pourrait être plus gratifiant pour l'équipe, mais une telle démarche ne serait pas satisfaisante aux vues des différents objectifs de la mission. Cependant, même dans le cas d'actions conjointes avec la médiatrice, il convient de garder à l'esprit que les comportements sont ancrés dans une histoire, une situation sociale et économique.

Ces enjeux très concrets sont au cœur des sorties sur les terrains, et des réflexions sur le projet. D'autres questionnements les accompagnent, liés à l'interculturel. Entendre l'autre à travers sa différence, dans le cadre de l'action auprès des Roms roumains, est-ce seulement prendre en compte sa situation de précarité, ou est-ce aussi considérer sa différence de culture ?

101 Danzon M., Dressen C., « L'approche de l'éducation pour la santé », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *op. cit.*, p. 171

2) Y a-t-il des spécificités culturelles à prendre en compte dans la mise en œuvre des actions de prévention auprès des Roms roumains en précarité ?

Ce questionnement paraît légitime aux vues des enjeux du nouveau projet, qui nécessite une proximité plus grande, qui touche aux modes de vie, aux comportements. Et si l'on considère l'éducation pour la santé comme une rencontre entre plusieurs savoirs et non comme un savoir normatif à transmettre, une meilleure connaissance et prise en compte de ces savoirs, et des représentations, s'impose peut-être. Loin d'apporter des réponses, il s'agit ici d'ouvrir des pistes de réflexion pour mettre en perspective les représentations et les pratiques professionnelles dans l'action auprès de personnes d'origine rom.

a) Une nécessaire connaissance de l'autre

La question de la prise en compte d'éléments culturels mérite de se poser, puisque ce n'est qu'à partir des normes, croyances et savoirs (dans le domaine de la santé) de l'individu ou de la communauté à qui s'adresse l'action d'éducation pour la santé, que peut s'articuler un éventuel changement de comportement qui soit autre chose qu'une normalisation, et ces normes, croyances et savoirs sont potentiellement liés à la culture d'origine ou d'appartenance des individus (un comportement est un « acte socialisé »). Il semble donc important de connaître et de prendre en compte, dans les actions de prévention comme dans le soin, certains aspects liés à la culture et au mode de vie des familles roms rencontrées, sans pour autant généraliser aux Roms en général, catégorie qui n'est pas si évidente. Ignorer ces données reviendrait à tenter de plaquer un modèle sans tenir compte des personnes, de leurs contraintes, de leurs attentes. Or, placer la personne au centre des actions de soin et de prévention répond non seulement à des critères éthiques mais conditionne aussi, dans une certaine mesure, l'efficacité de l'action.

Sans chercher à être exhaustifs, quelques exemples peuvent être donnés. Par exemple, avant d'envisager une action autour des questions de fécondité/contraception, il semble important de prendre en compte, entre autres, la tradition des mariages communautaires précoces et l'absence de contraception chez la jeune femme n'ayant pas encore eu d'enfant, ce qui implique souvent une première grossesse chez de très jeunes filles (l'âge moyen serait de 17 ans, comme mentionné plus haut).

Autre exemple, le jeune enfant est généralement très lié à sa mère, et ses désirs sont très

écoutés ce qui occasionne bien souvent des pratiques de grignotage tout au long de la journée et la consommation courante de boissons sucrées. Une connaissance des conditions de vie facilite la compréhension de certaines habitudes contraires à ce que préconisent les professionnels de santé, comme la consommation fréquente de sodas : outre les raisons évoquées ci-dessus, l'absence d'eau potable sur les terrains impliquent souvent l'achat d'eau en bouteille, qui n'est pas tellement moins chère qu'un soda premier prix.

Le fait que les jeunes enfants soient toujours avec la mère crée aussi des contraintes importantes pour cette dernière qui aura souvent des difficultés à se rendre dans les structures de santé dans lesquelles elle peut être orientée, *a fortiori* pour une hospitalisation.

La prise en compte de telles données, qui ne sont pas spécifiques aux Roms et peuvent être observées auprès d'autres publics, peut éviter au soignant ou à l'accompagnant de se positionner en totale contradiction avec l'univers cognitif de la personne, son système relationnel, son rapport à l'existence.

b) Des pratiques préventives singulières, spécifiques aux Roms roumains ?

Il ne s'agit pas ici de faire un état des pratiques préventives des personnes d'origine rom rencontrées par l'équipe de MdM et encore moins des Roms roumains en général - ce qui nierait la grande diversité qui existe -, car une telle approche nécessiterait une connaissance de l'intérieur. En effet, il semble difficile de manière générale de savoir s'il existe dans une population donnée des pratiques préventives ou curatives ne relevant pas du bio-médical et dans quelle mesure elles seraient utilisées, puisque le discernement entre le type de médecine que représentent les professionnels de santé « classiques », et une médecine qui serait d'un autre type, amène les personnes à formuler des demandes adaptées au registre dans lequel les soignants se situent. Ainsi, s'il existe peut-être des pratiques spécifiques à des communautés roms, elles sont en tous cas difficilement identifiables et connaissables. Cependant, malgré la difficulté à en tirer des conclusions, quelques lectures et observations peuvent permettre de lancer des pistes de réflexion, qu'il conviendrait bien entendu d'approfondir pour une meilleure connaissance et compréhension.

Certaines pratiques préventives de « bon sens » sont facilement observables chez les Roms vivant en situation précaire en France : par exemple, la volonté de se prémunir des maladies contagieuses en évitant le contact avec les personnes malades semble aussi très importante (par exemple, savoir « qui » a la tuberculose pour l'éviter à tout prix) ; ou encore

les pratiques d'hygiène courantes peuvent aussi être considérées comme des pratiques préventives (nettoyage de la caravane plusieurs fois par jour, balayage méticuleux du terrain, etc.).

Malgré cela, mis à part la pratique de moyens de contraception qui commence à se démocratiser chez les femmes déjà mères (souvent, pose d'implant ou stérilet), les pratiques préventives relevant de la science sont peu utilisées : suivi de grossesse, dépistage, vaccination, attention portée à une alimentation équilibrée, hygiène bucco-dentaire, etc.

Mais la prévention ne peut-elle pas s'exprimer par des modalités différentes, notamment par des pratiques qui se fondent sur la croyance, la culture ? En effet, « la prévention repose sur les fondements anthropologiques universels : le malheur, la maladie, la mort semblent être partout l'objet d'une anticipation. L'anthropologie permet de faire apparaître comment, dans les différentes cultures, ils sont prévus, maîtrisés, conjurés (coutumes, rituels, prescription) mais aussi éventuellement niés, refoulés ou recherchés par les individus ¹⁰² ». Ainsi, « la volonté de conserver la santé et de se prémunir contre la maladie et/ou plus généralement contre le malheur (dont la maladie n'est qu'un avatar) est ce qui organise, voire ce qui structure ainsi un grand nombre de pratiques, qu'elles relèvent directement du domaine religieux (telles que sacrifices, prières, etc.) ou qu'elles soient motivées par l'adhésion des sujets à des systèmes symboliques profanes »¹⁰³. Ainsi certaines pratiques liées à une représentation de la maladie mettent en avant la notion de responsabilité, « les sujets ayant une part de responsabilité dans la maladie que leurs conduites peuvent contribuer à prévenir, même si ces conduites ne sont pas orientées vers l'entretien du corps ¹⁰⁴ », et « d'autres pratiques de protection n'engagent pas nécessairement la responsabilité de l'individu malade, et peuvent faire intervenir le corps du sujet à protéger¹⁰⁵ », par exemple le maraboutage. Ce type de techniques n'est pas « sans analogie avec la prise d'une protection immunitaire par des patients occidentaux (...) [et] (...) porter une amulette confectionnée par un marabout obéit à une logique qui entretient un rapport d'homologie certain avec celle qui conduit à se faire vacciner contre la grippe. Dans chacun des cas, le comportement de prévention s'articule avec la reconnaissance de l'efficacité d'un objet ou d'une substance donnés »¹⁰⁶. Si l'on considère ce dernier type de pratiques, elles

102 Fainzaing S., « réflexions anthropologiques sur la notion de prévention », dans Bon N., Deschamps J.-P. et Aiach P., *op. cit.*, p. 13

103 *Ibid.*, p. 19

104 *Ibid.*

105 *Ibid.*

106 *Ibid.*, p. 25

peuvent être observées chez des populations roms roumaines : c'est le cas par exemple du port d'un objet rouge (souvent, un ruban ou bracelet au poignet) chez les jeunes enfants, pour les protéger des maux de tête occasionnés après avoir été regardés avec trop d'insistance (avec admiration, ou d'un mauvais œil). Une simple observation sans connaissance de la culture roumaine pourrait faire penser à une « pratique rom », alors que cette croyance est assez répandue en Roumanie. Également, on constate que des remèdes populaires peuvent être utilisés dans certaines circonstances, notamment à but contraceptif. La médiatrice sanitaire de MdM rapporte ainsi que des femmes ont fait mention de lavements au vinaigre ou au sel après les rapports afin de se prémunir d'une grossesse possible. Encore une fois ces méthodes « naturelles », dont on ne connaît d'ailleurs pas l'étendue de l'utilisation chez les personnes roms rencontrées, ont été prisées en Roumanie jusqu'à la récente légalisation des contraceptifs et sans doute ailleurs dans le monde. Ces méthodes ne sont donc pas spécifiques aux Roms même s'il semble que l'utilisation actuelle par certaines femmes roms roumaines soit en décalage temporel avec leur utilisation par la population roumaine dans son ensemble.

Cette appropriation de coutumes et pratiques locales avec un décalage temporel est d'ailleurs décrite par Martin Olivera dans son travail sur les Gabori, des Roms de Transylvanie : ces derniers semblent afficher une authenticité ancestrale à travers le port de costumes « traditionnels » (pour les hommes, pantalon, veste et gilet noir, ample chemise, grande moustache, chapeau noir ; pour les femmes, jupe et tablier très plissé, chemisier et foulard aux couleurs vives), qui dérivent en fait directement des traditions vestimentaires locales, notamment des vêtements hongrois autrefois portés aux jours de fête¹⁰⁷. Plus généralement, l'enracinement dans des terroirs généralement ruraux a entraîné des échanges soutenus avec les paysans locaux, et « de nombreuses traditions jugées aujourd'hui comme authentiquement tsiganes sont en réalité d'anciennes coutumes valaques ou hongroises, tombées en désuétude chez les paysans mais toujours pratiquées par les Roms ¹⁰⁸».

Pour en revenir aux pratiques préventives, le fait qu'elles ne soient pas « authentiquement » roms, tout comme nombre de pratiques et coutumes généralement perçues à tort comme telles, ne signifie pas qu'il ne faut pas les prendre en compte dans le rapport à l'autre et la mise en œuvre de projets de prévention, mais nous invite à relativiser

107 Olivera M., « Ethique et gestes de la chance : la baxt des Gabori de Transylvanie », dans *Etudes Tiganes* n°31-32, 3e et 4e trimestre 2007, pp.148-149

108 Knaff C., *Façons de vivre, façons de se soigner : Etude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les Roms Caramidari*. Mémoire, diplôme de cadre de santé et Master 1 Recherche en éducation et formation. Ile-de-France : Institut de formation des cadres de santé – île-de-France, Université internationale Paris-Ouest nanterre/la Défense, 2008-2010. 88 p. p.29

l'approche culturaliste, restrictive, vers laquelle on pourrait tendre. Il semble alors plus pertinent de se pencher sur la prévention en Roumanie en général.

c) La prévention en Roumanie

Il peut être intéressant de se pencher sur l'état de la prévention dans le pays d'origine, celui-ci pouvant être un facteur explicatif de l'éloignement des populations roms roumaines migrantes par rapport à l'offre de prévention en France, et à l'adoption de comportements de prévention. En Roumanie, le système de santé est tout d'abord sous-financé. A partir des données disponibles de 2000 à 2005, il a été établi que les dépenses totales consacrées à la santé en Roumanie sont passées de 4,1% à 4,4% du PIB, ce qui représente une proportion bien inférieure à celle de la plupart des pays de l'Union européenne¹⁰⁹. Mais, autre aspect important, ce système est aussi essentiellement axé sur le traitement plutôt que sur la prévention. Les réformes de la santé pendant les années 2000 ont tenté de donner plus d'importance à la prévention, mais les résultats ne sont pas encore palpables et « l'accent mis sur le traitement, notamment sur les soins tertiaires [hospitaliers], plutôt que sur la prévention et le dépistage précoce au niveau des soins de santé primaires, se reflète aussi dans les dépenses de l'État consacrées à la santé qui privilégient les hôpitaux au détriment des soins de santé primaires »¹¹⁰. Ce faible niveau de prévention dans le pays d'origine induit l'absence de réflexe, une fois en France, d'aller vers les structures de soins à titre préventif, ceci s'ajoutant au biais général dans le recours aux soins provenant de la connaissance du système de santé roumain et de l'accès limité aux soins en Roumanie. La demande auprès des professionnels de santé est donc souvent réduite à la délivrance de médicaments¹¹¹, elle est souvent hospitalo-centrique (suivant le schéma roumain) et orientée vers une prise en charge dans l'urgence de problèmes de santé aigus.

La faible pratique des mesures de prévention parmi les Roms en France peut donc s'expliquer par l'état et l'orientation du système de santé dans le pays d'origine, un accès aux soins et à la prévention des populations les plus démunies quasi inexistant (bakchichs impossibles à payer), mais aussi entre autres par le faible niveau socio-économique en Roumanie, et le faible niveau de scolarisation général. Des habitudes de vie affectant la santé

109 Cf. Balanescu V., « Mieux vaut prévenir que guérir, affirment les médecins roumains », dans *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Volume 89, N° 4, avril 2011, pp. 241-316 : <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-030411/fr/index.html>

110 *Ibid.*

111 Cf. Romeurope, *op. cit.*, p. 135

peuvent alors s'installer : alimentation à horaires irréguliers, consommation excessive d'aliments gras et de boissons sucrées, hygiène dentaire insuffisante, coucher tardif des enfants,...¹¹². Sur le site du ministère de la santé roumain, le « Guide de nutrition » en ligne souligne que la période de transition socio-économique qui a suivi la chute du communisme a amené une baisse du niveau de vie ayant pour conséquence l'aggravation des déséquilibres nutritionnels, surtout parmi les groupes les plus défavorisés. On peut aussi mentionner que la Roumanie a l'un des niveaux les plus élevés de maladies cardio-vasculaires parmi les 53 pays de la région européenne de l'OMS, ceci semblant s'expliquer en partie par l'insuffisance des efforts nationaux de prévention de ces pathologies, les plus défavorisés ayant de plus un accès limité à l'information et étant de ce fait peu sensibilisés au problème, ce à quoi s'ajoutent le prix des fruits et légumes, qui coûtent plus cher que les graisses, et le fait que les pauvres fument davantage et sont plus exposés au stress¹¹³. Ce problème particulier, souvent rencontré chez les populations roms roumaines en France, ne relève donc pas d'habitudes alimentaires proprement roms, mais semble lié aux conditions socio-économiques et à l'état de la prévention dans le pays d'origine.

Aussi, dû à des raisons historiques, le recours aux méthodes contraceptives en Roumanie n'est pas massivement utilisé : notamment, « l'interdiction de la contraception et de l'avortement durant la période communiste explique en partie les difficultés que rencontrent aujourd'hui les femmes roumaines en matière de contrôle des naissances. Ainsi, par manque d'informations, seule une minorité de femmes est suivie au cours de sa grossesse. La situation d'extrême dénuement économique et socio-éducatif dans laquelle se trouvent ces femmes renforce leur méconnaissance des moyens contraceptifs. Un manque d'information qui les conduit souvent à recourir à l'IVG. »¹¹⁴ Ces constats, qui peuvent être établis par les professionnels de santé en contact de Roms roumaines en France, valent donc encore une fois pour la population roumaine en général, et sont plutôt fonction du niveau économique et socio-éducatif, très faible parmi les Roms de Roumanie.

112 *Ibid.*, p. 142

113 Cf. Balanescu V., *Ibid.*

114 Romeurope, *op. cit.*, p. 135

d) Les limites de l'approche culturaliste

Outre les points soulevés ci-dessus, qui nous invitent à relativiser l'importance de la culture rom dans les comportements préventifs et à revaloriser les données socio-économiques et les données sur l'état et l'orientation du système de santé en Roumanie, les limites de l'approche culturaliste, qui essentialise la différence et stigmatise les personnes, peuvent être évoquées.

La culture d'origine, rom mais aussi roumaine, n'explique pas toutes les représentations des individus face à la santé. Didier Fassin souligne dans un article paru dans *Hommes et Migrations* que « dans bien des cas, les spécificités présumées relèvent en fait, pour peu qu'on cherche à les comprendre, (...), de rationalités dans lesquelles il est facile de se reconnaître soi-même »¹¹⁵. Il reproche au culturalisme d'éluider les conditions matérielles, les statuts juridiques, les contraintes de l'existence, comme explications aux pratiques : « or, être en permanence en quête de ressources financières, ne pas avoir de titre de séjour, subir des discriminations au quotidien, sont des éléments qui peuvent souvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence ¹¹⁶ ». Il conclut sur l'importance de revaloriser le primat accordé aux conditions socio-économiques pour expliquer tant l'état sanitaire, que les pratiques en matière de prévention ou de recours thérapeutique. Quand les préoccupations liées aux conditions d'existence prennent le pas sur la santé, que des contraintes extérieures surviennent, avec des urgences autres que médicales, la santé se trouve reléguée au second plan. Et la véritable préoccupation se manifesterait seulement quand les symptômes empêcheraient le déroulement normal de l'existence.

C'est par cet angle que l'on pourrait expliquer les comportements souvent observés parmi les Roms roumains en France : l'incompréhension face à l'intérêt de la vaccination ou du dépistage par lequel des maladies sont détectées par des examens mais ne s'éprouvent pas directement ; les arrêts prématurés de traitement lorsque les symptômes disparaissent ; l'établissement de son propre diagnostic et l'automédication (méthode plus rapide et moins contraignante que d'aller consulter) ; le rejet de l'hospitalisation ou les départs contre avis médical (l'hospitalisation privant des moyens de subsistance, de s'occuper des enfants, accomplir les tâches quotidiennes, et étant compliquée à respecter si une expulsion risque de

115 Fassin D., « Repenser les enjeux de la santé autour de l'immigration », dans *Hommes & Migrations*, « Santé. Le traitement de la différence. », n°1225, mai-juin 2000, pp. 8-9.

116 *Ibid.*

survenir, etc.). Ces constats et d'autres, comme l'irrégularité dans la prise des traitements ou les rendez-vous médicaux manqués peuvent s'expliquer encore une fois par les conditions de vie, mais aussi par le faible niveau socio-éducatif dû en partie au faible niveau de scolarisation, qui rend plus difficile la compréhension de l'intérêt des traitements, du suivi, des dépistages ou soins prescrits.

Adopter une telle posture permet de sortir de l'enfermement créé par la catégorisation, qui justifie souvent un traitement différencié sur la base d'une entité ethnique pourtant pas si évidente, ni pertinente : « la simultanéité des facteurs culturels, migratoires, précarité et pauvreté, ne doivent pas être enfermés dans un seul concept, qu'est le concept de culture ¹¹⁷».

117 Intervention de Stéphane Tessier, Association Regards, Journées de la prévention 2008 de l'INPES, Session 7, « La médiation interculturelle en santé », cité par *Areas, Asav, Siche* Comité d'aide médicale Médecins du Monde, « Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ? » dans *Etudes Tsiganes* n°41-42, « Expériences européennes », 3e et 4e trimestre 2011 dans *Etudes Tsiganes* n°41-42, « Expériences européennes », 2011, p. 81

CONCLUSION

Les besoins identifiés en matière de santé chez les personnes roms roumaines vivant en France dans des conditions précaires montrent l'importance de la mise en place d'actions de prévention, et notamment d'éducation pour la santé. En effet, les pratiques préventives sont peu prisées, qu'il s'agisse de la vaccination, du dépistage ou du suivi de grossesse, mais aussi des pratiques requérant un changement de comportement et d'habitudes quotidiennes, face à des constats alarmants en particulier concernant les pathologies dentaires et les maladies métaboliques. Si les besoins en prévention sont clairement identifiés, la mise en place d'actions de prévention, en particulier d'actions d'éducation pour la santé, se heurte à plusieurs difficultés qui confinent sa réalisation à la présence de plusieurs paramètres.

Un rappel de l'importance des inégalités sociales de santé tant au niveau de l'état de santé que de l'accès aux soins et à la prévention a permis de mettre en avant le cumul négatif de différents facteurs liés à l'individu et son environnement chez les personnes précaires, les chiffres et constats sur l'état de santé des populations roms roumaines en France venant s'inscrire directement dans ce cadre théorique. La mise en avant du rôle des inégalités sociales dans l'adoption de comportements préventifs, malgré son aspect pluridimensionnel, y fait écho. Les obstacles liés aux différents types de prévention, et en particulier ceux de l'éducation pour la santé, inhérents entre autres à la discordance entre l'information reçue et le comportement adopté, l'inscription socio-culturelle des comportements de prévention et les freins psycho-sociaux éventuels, mettent en lumière les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels dans la mise en œuvre d'actions de prévention auprès de populations précaires.

Cette précarité et cet état sanitaire déplorable s'expliquent en partie par un contexte politique défavorable au niveau national et local. Outre les obstacles législatifs et administratifs compliquant le droit au séjour, au travail et l'accès au système de santé, le climat général hostile et ses conséquences sur les politiques publiques et les attitudes des services publics accentuent la précarisation des personnes. Ces obstacles sont visibles au niveau local avec un durcissement des politiques d'accueil, une diminution considérable des aides sociales et des expulsions itératives. On peut alors s'interroger sur la pertinence de la mise en place d'actions de prévention, en particulier d'éducation pour la santé, dans un tel contexte. Cependant, il existe au niveau local des leviers sur lesquels MdM peut s'appuyer

pour mener plus sereinement des actions d'éducation pour la santé, notamment sur les communes où se rencontrent un petit groupe de familles roms, des élus volontaires et un collectif de soutien, autour de la volonté d'une stabilisation relative et d'une sortie de la précarité. Il semble que ce cadre soit plus propice à des actions structurées et potentiellement suivies d'effets. Aux vues des difficultés évoquées au long de ce travail, on peut même penser qu'« inscrire les immigrés dans une démarche de soins et de prévention passe par la question de la régularité et de la stabilité de leurs droits au séjour et au travail »¹¹⁸.

Il faut ajouter que d'autres éléments du contexte local servent la mise en place de ce projet, qui s'appuie sur les structures partenaires, dans le cadre des orientations vers ces dernières ou encore d'actions communes. La coopération entre plusieurs structures, le travail en réseau, l'échange d'informations permettent d'œuvrer pour un meilleur accès des personnes en précarité et des personnes roms aux services de santé.

En dehors du cadre précis des terrains assez stables et bien entourés, il est aussi possible d'aboutir à des actions suivies d'effets. La création d'un lien plus approfondi avec les bénéficiaires, certes difficile à instaurer, permet de véritablement « cheminer » avec la personne à partir de l'état de ses connaissances, de ses moyens et de sa volonté au changement, avec l'objectif d'aider à construire, de guider. La relation de confiance, établie au niveau du groupe et de l'individu, semble primordiale. Elle peut être grandement facilitée par des interventions communes avec la médiatrice sanitaire sur ses terrains d'intervention, mais aussi par une bonne identification des bénévoles de l'équipe, qui doivent faire preuve de qualités d'écoute avant tout, de décryptage des demandes, de finesse dans l'analyse.

La question de la pertinence de la prise en compte d'aspects culturels dans la mise en œuvre d'actions de prévention, en particulier d'éducation à la santé, tournées vers les comportements individuels et collectifs, se pose alors. Si le changement de comportement visé est *in fine* individuel, les comportements sont des « pratiques sociales de santé », des « actes socialisés », imbriqués dans des systèmes de légitimité collectifs, qu'il faut peut-être mieux comprendre. Ces questionnements soulevés ont permis de réfléchir aux représentations et aux pratiques. Si la prise en compte de certaines données liées à la culture rom semble utile, il est important de replacer les observations dans le contexte du système de santé en Roumanie, où les classes les plus pauvres n'ont que peu voire pas accès aux soins et *a fortiori* à la prévention, dans un pays où cette dernière est de plus en plus peu développée. Il semble aussi important de garder à l'esprit que nombre de comportements et pratiques peuvent

118 Lebas J. et Chauvin P., *op. cit.*, p. 100

s'expliquer avant tout par le primat socio-économique et socio-culturel. On revient alors à l'importance des théories évoquées au départ autour de la santé des personnes en précarité. Une prise en compte des représentations, normes, croyances, valeurs du groupe et de l'individu reste importante, mais il faut aussi s'abstenir de présumer de la différence de l'autre : la primauté des qualités d'écoute semble là encore être primordiale. C'est sans doute avant tout à partir de cette écoute que l'intervenant apprend à connaître son interlocuteur, à adapter le message à son univers cognitif, pour le guider dans les meilleures conditions.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Bon N., Deschamps J.-P. et Aïach P., *Comportements et santé : Questions pour la prévention*. Nancy : Presses Universitaires, 1991, 250 p.

En particulier, les chapitres suivants:

- Fainzaing S., « réflexions anthropologiques sur la notion de prévention », pp. 12-28
 - Desclaux A. (et. alii), « Les facteurs culturels de participation à un programme de dépistage des cancers : la perception des facteurs de risque », pp. 43-47
 - Aïach et D. Cebe, « Différenciations sociales dans les comportements de prévention », pp. 75-101
 - Brouat J.-P., « Les conditions sociales de la transformation des comportements », pp. 145-149
 - Paicheler G., « Connaissances, représentations sociales et comportements : les logiques préventives. Les phénomènes psycho-sociaux liés à l'intégration de l'information et l'adoption de nouveaux comportements », pp. 210-214
 - Bon N., Bon M., « La parole, moyen et limite de la prévention », pp. 221-227
 - Danzon M., Dressen C., « L'approche de l'éducation pour la santé », pp. 170-177
- Lebas J. et Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion, 1998, 299 p.
 - Tessier S. (et. alii), *Santé publique, santé communautaire*, 2e éd., Paris : Editions Maloine, 2004, 352 p.

Rapports et documents d'analyse

- Basset B. (dir.) - Agences régionales de santé, *Les inégalités sociales de santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008, 208 p. : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf
- Cordier A. (Inspecteur général des finances) et Salas F. (Inspecteur des affaires sociales), *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat*, Rapport, 2010 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000685/0000.pdf>
- Médecins du Monde – Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, *Réforme de l'Aide Médicale d'Etat : les conséquences sur l'organisation du système de soins* (document d'analyse), mai 2011 : www.smg-pratiques.info/IMG/ODSE_consequences_reformes_AME_hopitaux_mai_2011.pdf
- Médecins du monde, *Rapport 2007 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*, Partie 2, téléchargeable sur www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Rapport-2007-de-l-Observatoire-de-l-Acces-aux-soins-de-la-Mission-France-de-Medecins-du-Monde
- Romeurope, *Rapport Romeurope 2009-2010 sur la situation des Roms migrants en France*, 2010, 153 p. : www.romeurope.org/IMG/pdf/Rapport_Romeurope_2009-2010.pdf

Mémoire

- Knaff C., *Façons de vivre, façons de se soigner : Etude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les Roms Caramidari*. Mémoire, diplôme de cadre de santé et Master 1 Recherche en éducation et formation. Ile-de-France : Institut de formation des cadres de santé – île-de-France, Université internationale Paris-Ouest Nanterre/la Défense, 2008-2010. 88 p.

Guide

- Médecins du Monde - Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer, *Education pour la santé : Guide pratique pour les projets de santé*, 2010, 107 p. : www.mdm-scd.org/media/01/00/662164303.pdf

Rapports d'activités de Médecins du Monde – Délégation de Nantes

- Médecins du Monde - Délégation Mdm Nantes, *Rapport d'activités et financier 2009*
- Médecins du Monde - Délégation Mdm Nantes, *Rapport d'activités 2010*

Revue spécialisée et bulletins d'information

- Areas, Asav, Sichem, Comité d'aide médicale, Médecins du Monde, « Quelle médiation pour améliorer l'accès aux soins des Roms migrants en France ? » dans *Etudes Tsiganes* n°41-42, « Expériences européennes », 3e et 4e trimestre 2011, pp.72-89.
- Balanescu V., « Mieux vaut prévenir que guérir, affirment les médecins roumains », dans *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Volume 89, N° 4, avril 2011, pp. 241-316 : <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-030411/fr/index.html>
- Fassin D., « Repenser les enjeux de la santé autour de l'immigration », dans *Hommes & Migrations*, « Santé. Le traitement de la différence. », n°1225, mai-juin 2000, pp. 8-9.
- Olivera M., « Ethique et gestes de la chance : la *baxt* des Gabori de Transylvanie », dans *Etudes Tsiganes* n°31-32, 3e et 4e trimestre 2007, pp.142-159

Site Internet de Médecins du Monde

- Médecins du Monde, "La santé des Roms en France : Une urgence sanitaire ?", 2010 : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Rroms/Publications/La-sante-des-Roms-en-France-une-urgence-sanitaire>

Médecins du Monde, "Une urgence sanitaire : Médecins du Monde auprès des familles rroms", 2010 : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Rroms/Publications/Une-urgence-sanitaire-Medecins-du-Monde-aupres-des-familles-Rroms>

Autres sites Internet

- Assemblée Nationale, « Projet de loi modifié par le Sénat, d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure », 2010 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2780.asp>
- Service-Public.fr, le site officiel de l'administration française, « Quelles sont les mesures transitoires appliquées en matière de séjour et de travail aux citoyens bulgares et roumains ? » : <http://vosdroits.service-public.fr/F805.xhtml>
- Questions D'étrangers, le blog des experts de Migration Conseil, « Droits et devoirs administratifs des Roms : conséquences du régime transitoire roumain et bulgare » : <http://www.questionsdetrangers.com/droits-et-devoirs-administratifs-des-roumains-et-des-bulgares-en-france-et-consequences-du-regime-transitoire/>

Presse généraliste

- Olivera M. « Dénoncer l'anti-tsiganisme sans s'attaquer à ses racines ? », dans *Le Monde*, 10 août 2011 : http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/08/10/denoncer-l-anti-tsiganisme-sans-s-attaquer-a-ses-racines_1397684_3232.html
- Rodier P. (Responsable de la mission Roms de Médecins du Monde à Marseille), « Les Roms sont d'abord des migrants européens », dans *Le Monde*, 11 août 2011 : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/08/11/roms-la-politique-securitaire-entre-chimere-et-realisme-une-voie-sans-issue_1558281_3232.html

Brochure

- Coordination nationale du projet de médiation sanitaire, « Programme de médiation santé auprès des femmes et jeunes enfants roms », brochure de présentation à destination des institutions et autres partenaires des médiatrices, 2011.

TABLES DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Médecins du Monde – Délégation des Pays de la Loire – Nantes

ANNEXE 2 : Expérience de stage

ANNEXE 3 : Charte d'Ottawa

ANNEXE 4 : Document de projet Roms, Médecins du Monde

ANNEXE 5 : Document de projet de médiation sanitaire, Médecins du Monde Nantes

ANNEXE 6 : Principaux résultats des consultations de la mission Roms, Médecins du Monde
Nantes

ANNEXE 7 : Lieux de vie des Roumains d'origine Roms de janvier 2011 à juillet 2011 sur
l'agglomération nantaise

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	3
Remerciements.....	4
Table des abréviations.....	5
Lexique.....	6
INTRODUCTION.....	8
I L'ÉTAT DE SANTÉ, L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES POPULATIONS PRÉCARISÉES : L'EXEMPLE DES ROMS ROUMAINS EN FRANCE.....	15
1) Déterminants de la santé et accessibilité aux soins.....	15
a) Les inégalités sociales de santé.....	15
b) Les Roms roumains en France : illustration d'une grande précarité qui engendre des problèmes de santé et entrave l'accès aux soins.....	18
2) Les difficultés particulières de la prévention auprès d'un public précaire.....	22
a) Les différents types de prévention, leurs difficultés respectives.....	22
b) L'identification de facteurs favorables ou non à l'adoption de « comportements » de prévention.....	25
c) Les difficultés particulières de l'éducation pour la santé.....	27
II CONTEXTE NATIONAL ET LOCAL : OBSTACLES ET LEVIERS POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES ROMS ROUMAINS EN PRÉCARITÉ.....	31
1) Les déterminants politiques des questions de santé.....	31
a) Contexte politique et législatif national concernant les Roms.....	31
b) La réforme de l'AME : un recul pour l'accès au système de santé des étrangers en situation irrégulière	35
c) Un durcissement du contexte politique dans l'agglomération nantaise.....	36
2) L'accès au droit commun et au système de santé pour les Roms roumains : modalités d'accès et organisation locale	41
a) Un difficile accès au droit commun	41
b) Opportunités et obstacles liés au fonctionnement et à l'accueil dans les structures.....	43
c) Le travail en réseau autour des questions de santé	46

III LE PASSAGE DU CURATIF AU PRÉVENTIF : ENJEUX INTERNES DE LA NOUVELLE ORIENTATION DE LA MISSION ROMS DE MÉDECINS DU MONDE À NANTES.....	49
1) Une évolution de l'intervention dans un contexte complexe : difficultés et ouvertures pour ce nouveau projet.....	49
a) Les difficultés d'une transition vers plus de préventif dans un contexte instable et auprès d'une population en grande précarité peu tournée vers la prévention.....	49
b) Une reconfiguration des modalités d'intervention qui bouleverse les rôles et requière la mise en pratique d'autres compétences et qualités.....	52
c) Une proximité à construire, un travail de long terme : les perspectives offertes par la médiation sanitaire	55
2) Y a-t-il des spécificités culturelles à prendre en compte dans la mise en œuvre des actions de prévention auprès des Roms roumains en précarité ?.....	58
a) Une nécessaire connaissance de l'autre.....	58
b) Des pratiques préventives singulières, spécifiques aux Roms roumains ?	59
c) La prévention en Roumanie.....	62
d) Les limites de l'approche culturaliste	64
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	69
TABLES DES ANNEXES.....	72
Annexe 1 : Médecins du Monde - Délégation des Pays de la Loire, Nantes.....	73
Annexe 2 : Expérience de stage.....	74
Annexe 3 : Charte d'Ottawa	76
Annexe 4 : Document de projet Roms, Médecins du Monde.....	80
Annexe 5 : Document de projet de médiation sanitaire, Médecins du Monde Nantes.....	86
Annexe 6 : Principaux résultats des consultations de la mission Roms, Médecins du Monde Nantes.....	91
Annexe 7 : Lieux de vie des Roumains d'origine Roms de janvier 2011 à juillet 2011 sur l'agglomération nantaise (hors terrains conventionnés et appartements).....	92