



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : **avril 2001**

**LES ROMS ETRANGERS EN BANLIEUE
PARISIENNE
DDASS ET SECTEUR ASSOCIATIF :
QUELLES INTERACTIONS POUR QUEL
ACCES AUX SOINS ?**

Pierre Micheletti

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS	1
INTRODUCTION	2
1 MÉTHODOLOGIE	6
1.1 Questions principales, hypothèses, objectifs.....	6
1.2 Méthodologie.....	7
2 UN SYSTÈME D'ACTEURS COMPLEXE ET HÉTÉROGÈNE	11
2.1 La population Rom.....	11
2.1.1 Origine géographique	11
2.1.2 Données socio-démographiques.....	13
2.1.3 État sanitaire et représentation de la santé	15
2.2 Les associations	22
2.3 La DDASS du Val d'Oise	26
2.4 Les services du Conseil Général	28
2.5 Les municipalités	28
3 UNE DIFFICILE DÉFINITION DES MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS DES ROMS	31
3.1 L'accessibilité aux soins	31
3.1.1 Définition de l'accessibilité aux soins	31
3.1.2 Les résultats de l'étude	33
3.1.3 Synthèse générale concernant l'accessibilité aux soins	46
3.1.4 Analyse des résultats.....	48
3.1.5 Discussion	53
3.2 Les associations comme acteurs économiques sociaux et politiques.....	56
3.2.1 Le poids économique.....	56
3.2.2 Typologie des associations.....	57
3.2.3 Les aspects politiques.....	59
3.2.4 Les aspects législatif et réglementaire de ces évolutions	60
4 LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROPOSITIONS	64
4.1 Les principes	64
4.1.1 Sécuriser les conditions du séjour.....	64
4.1.2 Intervenir sur les facteurs qui déterminent les conditions d'accessibilité aux soins	

4.1.3	Mettre en place d'une coordination départementale et régionale	65
4.2	Prise en charge des Roms, éléments d'aide à la décision	66
4.2.1	Préalables dans un département qui accueille ces populations	66
4.2.2	Mise en place des actions.....	66
4.3	La formation des médecins inspecteurs	68
CONCLUSION.....		70
BIBLIOGRAPHIE		73
LISTE DES ANNEXES		78

LISTE DES ACRONYMES UTILISES

AME : Aide médicale État
AMG : Aide médicale gratuite
AMH : Aide médicale hospitalière
AMV : Aide médicale pour la médecine de ville
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ASAV : Association pour l'accueil des voyageurs
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
B.O.M.E.S : Bulletin officiel du Ministère de l'emploi et de la solidarité
CAF : Caisse d'allocations familiales
CAT : Centre d'aide par le travail
CCAS : Centre communal d'action sociale
CFAS : Code de la famille et de l'aide sociale
CMU : Couverture maladie universelle
COMEDE : Comité médical pour les exilés
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CREDES : Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé
CSS : Centre de sécurité sociale
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGS : Direction générale de la santé
DRASSIF : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Ile de France
ETP : Équivalent temps plein
IGAS : Inspection générales des affaires sociales
J.O : Journal officiel
MDM : Médecins du Monde
MISP : Médecin inspecteur de santé publique
MSA : Mutualité sociale agricole
OFPRA : Office pour l'accueil des réfugiés et des apatrides
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONU : Organisation des nations unies
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PMI : Protection maternelle et infantile
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RER : Réseau express régional
RGS : Rapport global sectoriel
RMI : Revenu minimum d'insertion
SDF : Sans domicile fixe
UNIOPPS : Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

« L'anéantissement de toutes espèces de corporations de citoyens du même état et profession étant l'une des bases fondamentales de la Constitution française, il est défendu de les rétablir de fait, sous quelque prétexte et sous quelque forme que ce soit. »

Loi Le Chapelier, art.1, juin 1791

INTRODUCTION

De 7 à 8,5 millions de Tziganes vivent en Europe. Leur origine indienne fut établie en 1763 par le théologien hongrois Stefan Vali. C'est dans les pays de l'ancien bloc soviétique que leur implantation est la plus importante. L'estimation de leur nombre en France varie de 280 000 à 340 000 personnes (tous groupes « ethniques » confondus, qu'ils aient la nationalité française ou étrangère).

L'un des stéréotypes dont souffre ce peuple est celui d'une itinérance volontaire ; les migrations constantes qu'il a réalisées ont constitué de fait une véritable stratégie de survie.

Les évolutions politiques qu'ont connues certains pays d'Europe de l'Est suite à la chute des régimes communistes, ont entraîné, entre autres conséquences, des flux migratoires vers l'Europe de l'Ouest de population d'origine Tzigane fragilisée par la détérioration économique rapide et la stigmatisation dont elle a fait l'objet. Une partie de cette population a choisi la France comme lieu d'installation ou de transit, et certains groupes séjournent en Ile de France. Pour ces derniers, les conditions de vie sont particulièrement difficiles et ne reflète pas la situation de l'ensemble des Tziganes présents sur le territoire français.

Les installations dans des conditions de grande précarité posent des problèmes de santé publique spécifiques aux départements d'accueil, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de ces populations pour garantir leur propre santé et celle de la population environnante.

La population migrante peut en particulier être vectrice de pathologies infectieuses.

Il convient cependant de manier cette notion de risque infectieux avec une grande prudence pour ne pas réveiller de vieux démons dont a souffert l'image des Roms depuis le Moyen-Âge, accusés d'être porteurs de tous les maux, dont la peste.

Récemment encore, la tenue dans l'Est de la France d'une importante réunion religieuse a entraîné une vive polémique entre élus locaux quant au choix du lieu qui avait été retenu pour cette manifestation. Le Préfet du département de Meurthe et Moselle faisant le

commentaire suivant : «Je suis triste, vraiment triste, de ce que j'ai à vivre pour la deuxième fois ... », rappelant qu'il avait déjà déploré, en 1999, les propos de certains maires au sujet des gens du voyage.¹

Le 18 août 2000, et pour la première fois de son histoire, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a consacré sa session annuelle de la sous-commission des Droits de l'Homme à débattre de la discrimination dont fait l'objet la population Rom², invitant les États à mieux respecter leurs engagements en matière des Droits de l'Homme et, en particulier, à favoriser l'emploi et l'éducation de cette population.

Les services déconcentrés de l'État, le milieu associatif, les collectivités territoriales et les hôpitaux sont des acteurs de première ligne dans la prise en charge des populations Roms par le système de soins. Les lois de décentralisation ont réparti les compétences entre certains de ces acteurs.

Le présent travail vise à étudier les facteurs limitant l'accessibilité des migrants Tziganes aux soins, à cerner plus particulièrement les interfaces entre les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les associations présentes sur le terrain pour résoudre les difficultés rencontrées, à travers l'analyse de la situation qui prévaut dans le département du Val d'Oise (95).

L'hypothèse de départ est que l'accès aux soins des populations Roms étrangères a des déterminants multiples, mais que la question de l'accessibilité administrative et financière, via l'inscription à l'aide médicale de l'État (AME) revêt une importance primordiale. Pour que cette inscription à l'AME soit possible, la question de la domiciliation doit être résolue. Nous étudierons plus particulièrement les problèmes auxquels se trouvent confrontés les gens du voyage en la matière, et le rôle de médiation qu'a joué le secteur associatif.

Cette problématique est porteuse d'un certain nombre d'enjeux :

- Elle vise à améliorer l'état sanitaire des Roms par une meilleure connaissance des entraves auxquelles ils se trouvent confrontés dans l'accès aux soins ;
- Elle constitue une occasion d'analyser le travail accompli dans le département concerné par les acteurs associatifs, leurs rôles dans le dispositif de soins et comme acteurs sociaux dans le champ de la santé publique ;
- Elle permet de déboucher sur un certain nombre d'enseignements, utilisables par les DDASS sur d'autres aires géographiques, concernant les difficultés spécifiques dans la

¹ Le Monde du 23 juillet 2000.

² le Monde du 21 août 2000

prise en charge des problèmes de santé des migrants Tziganes. Pour les Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), elle permet de dégager des conduites pratiques pour identifier et résoudre les problèmes liés à l'accès aux soins des « gens du voyage », dans le contexte particulier de la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) ;

- Elle s'inscrit dans le contexte de l'adoption à Biarritz, en 2 000, de la Charte Européenne des Droits Fondamentaux dont l'un des enjeux concerne la construction de l'Europe sociale et politique.

«La situation des Roms est emblématique de l'Europe en devenir, souhaitons que les solutions trouvées soient emblématiques de l'Europe que nous souhaitons construire... ».³

Les matériaux utilisés pour la réalisation de ce travail, sont constitués de l'analyse de la bibliographie disponible et principalement de documents internes à l'association Médecins du Monde (rapports d'activité, résultats de deux études quantitatives et qualitatives réalisées début 99), mais également de ceux provenant de l'Association pour l'accueil des voyageurs (Asav) et du Comité médical pour les exilés (Comede). Cette revue de la littérature a été complétée par la participation au colloque européen sur le thème des Roms qui s'est tenu à Paris en octobre 2000 (voir présentation en annexe), et par une série d'entretiens avec des personnes ressources, entretiens dont l'exploitation a consisté en une analyse thématique avec méthode systématique de tri de contenu (la liste des personnes rencontrées figure également en annexe). Nous avons par ailleurs effectué deux déplacements sur des sites occupés par les Roms en périphérie de la ville de Cergy-Pontoise. Il s'est agi dans les deux cas de visites de repérage qui ont donné lieu à des discussions informelles avec des personnes présentes sur le campement.

Nous développerons cette étude en trois parties :

Dans un premier temps les acteurs seront présentés : la population concernée, la DDASS du Val d'Oise (95), les associations, les services municipaux et les intervenants du Conseil général. La population Rom sera par ailleurs décrite dans son contexte de vie, son dénombrement, sa localisation géographique et son état sanitaire.

Dans un deuxième temps, après avoir défini la notion d'accessibilité aux soins, nous étudierons les entraves rencontrées dans l'accès aux soins, le cadre réglementaire, les

³ Propos tenus par M. Casa directeur de cabinet de M. Moscovici, Ministre des Affaires européennes. Colloque sur les Roms, Paris, octobre 2000.

interfaces qui sont intervenues entre DDASS et associations ainsi que les résultats des négociations et des partenariats entre les deux types d'institutions. Cela nous conduira à décrire la place des associations comme acteurs de la politique médico-sociale en France, ainsi que les débats et courants qui traversent ce secteur. Il s'agit là de repères que nous pensons utiles pour les services déconcentrés, compte tenu de la place aujourd'hui occupée par le tiers secteur.

Enfin, dans un troisième temps, à partir des principales informations issues de cette étude, nous dégagerons des recommandations utilisables sur le terrain par les médecins inspecteurs pour la prise en charge des Roms, en insistant sur la nécessité d'une analyse de réalités locales, toujours spécifiques.

« On apprend plus par ce que les gens disent entre eux ou par ce qu'ils sous-entendent qu'en leur posant bien des questions »
Rudyard Kipling

1 METHODOLOGIE

1.1 QUESTIONS PRINCIPALES, HYPOTHESES, OBJECTIFS

Chaque année, plusieurs centaines de Roms séjournent dans les divers départements de l'Île de France dans des conditions de vie déplorables et avec une itinérance perpétuelle d'un département à l'autre.

Le département du Val d'Oise est régulièrement un lieu de séjour de ces populations et, sur le terrain, différents acteurs ont été en lien pour prendre en charge plus spécifiquement leur santé.

Cette population est mal connue à la fois en ce qui concerne les pathologies qu'elle a à affronter, mais aussi les difficultés particulières qu'elle rencontre, compte-tenu de son niveau de précarité. Une partie de cette population est étrangère en situation irrégulière.

Contribuer à apporter des éléments de connaissance sur la situation sanitaire des Tziganes constitue l'**objet** du présent travail.

Les **questions principales** qui seront examinées sont les suivantes :

- ◆ Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les Roms étrangers dans le département du Val d'Oise pour accéder au système de soins ?
- ◆ Quelles sont les interfaces entre services déconcentrés de l'État et secteur associatif pour favoriser l'accès aux soins de ces populations ?

Notre **hypothèse de travail** est double ou plutôt elle est constituée de deux dimensions imbriquées dont nous pensons qu'elles se renforcent :

- ◆ Les entraves à l'accès aux soins des populations Roms ont des déterminants multiples cependant la question de l'accessibilité administrative et financière via l'inscription à l'Aide Médicale de l'État (AME), revêt une importance primordiale.
- ◆ Pour que cette inscription à l'AME soit possible, la question de la domiciliation doit être résolue. Les associations apportent des soutiens et des solutions alternatives qui font d'elles un acteur clef au service de l'accès aux soins des Roms quand d'autres mécanismes sont défaillants.

Pour tenter d'apporter des réponses à ces questions nous nous sommes fixés deux **objectifs** :

- ◆ Etudier les déterminants de l'accès aux soins des Tziganes dans le département du Val d'Oise
- ◆ Analyser le jeu des différents acteurs présents sur le terrain.

1.2 METHODOLOGIE

Pour répondre aux objectifs trois types de techniques qualitatives ont été utilisées : une **recherche bibliographique**, l'**observation d'un colloque européen** sur la santé des Roms qui s'est tenu à Paris en octobre 2000 à l'initiative de Médecins du Monde, des **entretiens** avec des personnes ressources, acteurs de terrain.

Recherche bibliographique et documentaire

Cette recherche a porté sur les éléments suivants :

- les Roms, leur histoire, les données socio-démographiques, leurs problèmes de santé ;
- la notion d'accessibilité aux soins ;
- la place du secteur associatif comme acteur social, et dans le champ plus particulier du secteur médico-social ;
- les textes ayant trait à la loi cadre contre les exclusions, à la couverture maladie universelle (CMU), aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ainsi que les documents relatifs aux premières évaluations qui sont faites de ces dispositifs ;
- le programme du PRAPS Ile de France ;
- les textes de loi relatifs au séjour des étrangers en France ;

Observation du colloque européen sur les Roms à Paris en octobre 2000

Les 19 et 20 octobre 2000, s'est tenu un colloque dont le titre général était : « Roms, Sintès, Kalés Tziganes en Europe, Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse ».

Cette manifestation était réalisée à l'initiative de Médecins du Monde, soutenue par la Commission Européenne et le Ministère français de l'Emploi et de la Solidarité.

Le colloque s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large mis en œuvre par Médecins du Monde, le projet RomEurope.

Ce projet part du constat qu'un grand nombre des conditions minimales décrites dans la charte d'Ottawa (OMS 1986) pour améliorer la protection de la santé des Roms ne sont pas

réunies, et prévoit le développement d'actions de terrain auprès des Roms. Il a permis la constitution d'un collectif avec plusieurs organisations internationales de défense des Droits de l'homme.

Les objectifs de ce collectif «visent à élaborer une stratégie d'action pour améliorer les conditions d'existence des Roms, à dénoncer systématiquement les abus et discriminations dont cette minorité est victime, à intervenir toutes les fois que nécessaire auprès des responsables politiques et institutionnels et éventuellement en justice».

Lors de ce colloque plusieurs intervenants se sont succédés, ces interventions étant suivies de tables rondes puis de débats avec la salle, autour des six thèmes suivants :

- ◆ La migration
- ◆ La situation juridique
- ◆ Les conditions d'existence
- ◆ L'accès aux soins
- ◆ L'habitat et l'environnement
- ◆ La santé de la mère et de l'enfant.

Ces sessions ont fait l'objet de prise de notes, et l'exploitation des informations recueillies sur le thème de l'accès aux soins a été faite à l'aide de la grille d'analyse utilisée par ailleurs pour traiter les éléments extraits des entretiens en tête-à-tête, qui font l'objet du développement suivant.

Les entretiens avec des acteurs de terrain

Constitution de l'échantillon

Dans le contexte particulier de la banlieue nord-ouest de Paris, la question de l'accès aux soins a été étudiée à travers une série d'entretiens réalisés auprès d'acteurs intervenants sur ce thème.

Les personnes retenues l'ont été soit du fait de leur implication dans la problématique de la prise en charge des Roms dans le département du Val d'Oise, soit parce qu'ils ont été identifiés comme personnes ressources travaillant sur la thématique de la précarité dans le département des Yvelines qui correspondait à notre lieu de stage au moment des entretiens. Un total de 12 personnes a pu être rencontré.

Toutes sont des personnes impliquées dans l'élaboration ou la mise en œuvre du PRAPS en Ile de France.

Les modalités de réalisation des entretiens

Les rendez-vous ont tous été pris par téléphone. À chaque premier contact téléphonique, l'objet et les objectifs de l'entretien ont été précisés, de même que le contexte lié à la rédaction d'un mémoire dans le cadre des études de médecin inspecteur de santé publique (MISP) à l'École Nationale de la Santé Publique.

Toutes les personnes contactées directement au téléphone ont accepté la rencontre et l'entretien. Ces entretiens ont duré de 30 à 90 minutes et ont été réalisés en face à face sur le lieu de travail des personnes rencontrées selon un guide d'entretien qui figure également en annexe. Les rendez-vous ont eu lieu entre juin et septembre 2000.

Les interviews réalisées ont fait l'objet d'une prise de notes manuscrite réalisée en temps réel pendant les rencontres.

Le climat de ces entretiens a toujours été franc et courtois, aucune des personnes ressources n'a exprimé de réserve particulière quant à la diffusion de ses propos. En début de rencontre, il avait cependant été précisé que les auditions ne feraient pas l'objet d'une restitution nominative, mais d'une analyse synthétique.

Méthode d'analyse du corpus d'entretiens

L'exploitation des entretiens a consisté en une analyse systématique après une réorganisation thématique de leur contenu autour des 3 questions clef du guide d'entretien, les contenus de ces réponses étant eux-mêmes regroupés autour des principaux arguments évoqués dans les réponses.

Une grille d'analyse a été établie en confrontant le guide d'entretien au contenu des différents discours.

À partir des différents thèmes de cette grille, chaque entretien a été dépouillé et codé.

Tous les fragments de discours correspondant à chaque thème ont été regroupés, permettant une analyse descriptive transversale.

Les résultats ainsi obtenus ont été confrontés aux questions sous-tendant cette étude.

Les 3 questions clef portaient sur les causes principales des entraves à l'accès aux soins des Roms, sur le rôle des associations à l'égard de cette population et sur les avancées résultant de la synergie ou de la confrontation entre les acteurs institutionnels et associatifs.

Remarques concernant le choix méthodologique

Une des limites de ce travail porte sur la diversification des personnes rencontrées. En effet ni les services de la Préfecture, ni les acteurs des CCAS n'ont pu faire partie des personnes

rencontrées. Parmi ces dernières sont représentées les DDASS, le Conseil général, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le secteur hospitalier et le secteur associatif.

L'échantillon de personnes rencontrées comporte des personnes fortement impliquées vis à vis du problème de l'accès aux soins des populations Tziganes étrangères, comme acteurs de « terrain » engagés dans le champ de la lutte contre la précarité. La dimension « politique » n'est pas retranscrite, du fait de l'absence d'entretiens avec des élus du département concerné.

La technique utilisée pour rendre compte de ces interviews a été la prise de note manuscrite, laquelle a entraîné lors de l'analyse une perte de substance et parfois une simplification des propos de nos interlocuteurs.

« La connaissance pertinente n'est pas celle qui est fondée sur une sophistication mais sur l'aptitude à mettre en contexte le savoir »
Edgar Morin

2 UN SYSTEME D'ACTEURS COMPLEXE ET HETEROGENE

2.1 LA POPULATION ROM

2.1.1 Origine géographique

L'histoire de ce peuple, telle que l'on peut la reconstituer aujourd'hui, débute avec la migration vers l'ouest d'une population préalablement localisée dans le nord de l'Inde (23)(31). Cette population traverse le Bosphore aux environs de l'an 1000, pour se localiser majoritairement à partir du 14^{ème} siècle dans la région géographique qui deviendra la Roumanie : Transsylvanie, Moldavie et Valachie.

Deux contingents pousseront ultérieurement plus loin leur mouvement migratoire, l'un vers le sud-ouest et l'autre vers le nord-ouest. Ils formeront, probablement par vagues successives, deux sous-groupes de Tziganes (11) : les Gitans ou Kalés, qui seront marqués par la culture hispanique, et les Manouches ou Sinti, sous-groupe germanisé dont on retrouve les représentants en Allemagne et dans le nord de la France.

Toutefois, la plus grande partie du flux humain initial restera dans les régions moldo-valaque et en Transsylvanie, formant un troisième sous-groupe actuellement largement majoritaire dans le monde, que l'on pourrait appeler « Tziganes d'Europe de l'Est ».

Le devenir des Tziganes de l'Est a été radicalement différent de celui des deux autres sous-groupes. Après une période de relative tolérance, les Roms est-européens ont été rapidement considérés comme de la main d'œuvre bon marché, voire des esclaves. Il faut attendre 1856 pour voir aboli l'article du code civil moldave spécifiant que tout Rom pénétrant sur le territoire doit être capturé et réduit en esclavage (11).

A l'Ouest, la littérature médiévale fait état, à compter du 14^{ème} siècle, de « Zigains et gens de Petite Egypte », initialement regardés comme d'étonnants intrus, puis rapidement rejetés.

En France, Louis XII interdit les Tziganes de séjour en les bannissant, dès 1504.

En Allemagne, le Reichstag les déclare à partir de 1496 « traîtres aux pays chrétiens, espions à la solde des Turcs, porteurs de la peste » (28). Les Tziganes parviennent toutefois à subsister à la marge de la société, gardant leur liberté de mouvement, jusqu'à la barbarie nazie et l'extermination dont ils ont été les victimes.

A l'Est, notamment en Roumanie, les bouleversements politiques successifs, porteurs d'une volonté d'intégration à un système totalitaire, se conjuguent aux séquelles sociales de l'esclavage pour aboutir à ce qui fût la situation des Tziganes sous le régime de Nicolae Ceausescu : véritables ghettos, racisme atteignant selon les dires de Claire Auzias « un niveau inconcevable en Europe de l'Ouest », contrastent avec le fait que bon nombre de Tziganes ont un emploi, notamment dans les usines d'État, et peuvent accéder au dispositif de soins (3).

Lors de la chute des régimes communistes, notamment du régime roumain en 1989, le statut des Tziganes change une fois encore : il leur devient impossible de quitter le pays, alors qu'ils sont parmi les premières victimes des licenciements, que le racisme à leur rencontre s'amplifie.

Une nouvelle vague migratoire débute alors vers l'Ouest, qui aboutit entre autres destinations, à l'arrivée en région parisienne de petits groupes de Tziganes dont il est essentiellement question dans le travail qui suit.

Enfin, plus récemment, le conflit du Kosovo a entraîné le déplacement d'une grande partie des Roms qui résidaient dans cette région depuis des siècles puisqu'on estime que sur les 150 000 Roms qui peuplaient cette province en 1998, seuls 4 000 y séjournent encore aujourd'hui. L'Autriche, l'Allemagne, l'Italie et la France constituent les principaux pays d'accueil de l'Union européenne.⁴

Bien que dispersé géographiquement ce groupe humain présente des caractéristiques linguistiques (12), culturelles (18) et génétiques (20) communes.

L'ensemble des Roms parlait à l'origine le romani, issu d'un des dialectes du vieil indien, dont la forme savante était le sanskrit.

Aujourd'hui les Gitans ou Kalés (Roms de la péninsule Ibérique) sont essentiellement hispanophones et lusophones. Ceux d'entre eux qui vivent en France sont en outre

⁴ A. Reyniers, Université de Louvain, Propos recueillis lors du colloque RomEurope, Paris, oct. 2000.

francophones. En revanche l'ensemble des Roms d'Europe de l'Est, et surtout des Balkans, parle la langue romani ainsi que la ou les langues de leurs pays respectifs. Quant aux Sintès qui se sont installés surtout dans les pays germanophones, leur parler s'est fortement enrichi d'éléments allemand et alsacien. L'existence de ces barrières linguistiques a favorisé une certaine distance entre les groupes de langue romani et ceux d'Europe occidentale, et cela jusque dans leur dénomination puisque parmi ces derniers, seuls les intellectuels se reconnaissent sous le nom de « Rom » (33).

2.1.2 Données socio-démographiques

On ne devrait pas employer le terme « Tziganes » pour désigner ce peuple qui se nomme « Rom » dans sa propre langue. Le mot « Tzigane » provient en effet d'un contresens historique : il dérive de « a-tsiganoi », secte perse supposée Rom, mais qui ne l'était pas (4). Toutefois cette désignation reste la plus courante en France.

Nombre

Les Roms/Tziganes constituent au niveau européen une minorité de 7 à 8 millions de personnes. Les plus nombreux sont situés dans les pays d'Europe centrale et dans les Balkans. Ils sont environ 1 700 000 à 1 800 000 dans l' Union européenne et on estime leur nombre entre 280 000 et 340 000 en France (29).

Les recensements concernant les Tziganes et Gens du voyage ont toujours fourni des résultats imprécis. Les chiffres officiels ne donnent qu'un ordre de grandeur. En effet les recensements se font sur une base déclarative, ce qui écarte d'emblée les personnes qui ne se déclarent pas « Tziganes ». Par ailleurs, les mouvements migratoires des années 1990 et, plus récemment, ceux liés à la guerre du Kosovo, rendent les chiffres encore plus approximatifs (statistiques difficiles, modification rapide de la densité). Les chiffres avancés ne sont donc qu'indicatifs, d'autant plus que la forte poussée démographique est un facteur supplémentaire qui contribue à augmenter le nombre total de Roms/Tziganes.

En ce qui concerne le nomadisme, il tend à se réduire. En Europe, les Roms sont aujourd'hui majoritairement sédentaires ou semi sédentaires. Tous se déplacent pour des événements sociaux ou religieux (34).

En 1990, certains auteurs avancent des chiffres de 200 000 Roms en France, qui se répartissent de la façon suivante : 70000 itinérants, 60 000 semi-sédentaires et 100 000 sédentaires (46).

Localisation

Durant les années 1998 et 1999 une population Rom dont le nombre total varie de 500 à 1300 personnes, occupe 18 camps différents dans deux départements : 7 camps en Seine-Saint-Denis sur les communes de Le Bourget, Bobigny, La Courneuve, Dugny, St Denis, St Ouen ; 11 dans le Val d'Oise dans les communes de Herblaye, Boissy-l'Aillerie, Méry sur Oise, Montigny les Cormeilles, Pierrelaye, Bessancourt, Cergy le Haut, Puiseux-Pontoise.

Nationalité

La proportion de personnes ayant la nationalité française varie considérablement selon les lieux, dans une étude menée en 1999 par Médecins du Monde (MDM) (19) en région parisienne, à Marseille, Montpellier et Toulouse. Le pourcentage d'étrangers varie de 2% (Marseille) à 98% en région parisienne (Hauts de Seine et Val d'Oise).

Les informations qui suivent sont issues de cette recherche menée par MDM. A Gennevilliers 99% des Roms ont la nationalité roumaine.

Parmi les Roms étrangers présents en Ile-de-France, 49% des étrangers sont en situation régulière lors de l'enquête. Parmi ces derniers, 3% possède un titre de séjour définitif.

La religion

Différentes religions sont représentées dans le groupe étudié en Ile de France : Orthodoxes (76%), Catholiques (7%), Evangélistes (1%), Pentecôtistes (13%).

3% des personnes consultées se déclarant athées.⁵

Déplacements

56% des personnes déclarent avoir quitté le pays d'origine depuis 1 à 2 ans, 31% depuis plus de 5 ans.

Les personnes rencontrées ont une stabilité moyenne de 6 mois sur le site.

Parmi les pays où elles ont préalablement séjourné on trouve l'Allemagne dans 72% des cas, l'Espagne dans 9% des cas et la Pologne dans 6% des cas.

Situation familiale

Chez les plus de 15 ans, 94% vivent ou ont vécu en couple, et le nombre moyen d'enfants par famille est de 3.

9% déclarent avoir un lien de parenté avec leur conjoint.

⁵ A.Gilg Soit Ilg, *op. cit.*, p. 20.

Langues

En banlieue parisienne, 97% des personnes parlent le Romani et 43% parlent en plus une autre langue.

Scolarisation

Parmi les personnes interrogées, 77% déclarent être allées à l'école, et ce jusqu'à un âge moyen de 11 ans. 57% savent lire et 56% savent écrire.

9% des enfants présents dans le camp sont scolarisés.

Revenus

3% des personnes rencontrées déclarent des revenus provenant d'un travail déclaré, 9 % déclare percevoir des allocations. le reste des revenus est constitué de « petits boulots » et de la mendicité.

La médiane des revenus moyen par personne est de 600 francs avec une étendue de 0 à 5250 francs.

2.1.3 État sanitaire et représentation de la santé

Contexte de vie

Partout, dans les camps visités, l'habitat est extrêmement dégradé. Les personnes vivent dans des caravanes très endommagées. Dans la plupart des cas, les familles se procurent dès leur arrivée et par le biais de réseaux déjà existants du fait de la présence antérieure de membres de la famille, des caravanes à prix extrêmement bas.

Ces dernières sont totalement sous-équipées et exposées aux intempéries, se détériorant rapidement. L'espace y est très réduit et est occupé, la plupart du temps, par au moins 3 à 5 personnes.

Sur tous les sites parcourus, ces habitations sont situées sur des terrains ne disposant pas d'installation sanitaire. Il s'agit généralement de « no man's land » situés à la périphérie des villes ou dissimulés dans leurs interstices. L'absence d'eau courante, de système d'évacuation, d'électricité et de sanitaires (douches, latrines) est une constante. Parfois, un terrain dispose d'une arrivée d'eau pour l'ensemble des occupants, mais il n'est pas rare que

les personnes aient à se déplacer à plus de 1000 mètres pour accéder à un robinet et remplir ainsi quotidiennement des jerricans à l'hygiène peu rassurante.

La totalité des Tziganes rencontrés met l'accent sur les difficultés à vivre dans de tels habitats. Les discours, parfois véhéments, dénoncent fortement ces conditions de logement. Un terrain peut rarement faire l'objet d'une installation durable de la part des habitants. En effet, les expulsions fréquentes amènent les personnes à déménager constamment, et les forcent à rechercher régulièrement des lieux où elles pourront s'installer pour quelque temps.

« Qu'ils soient étrangers ou nationaux, les Roms/Tziganes d'Europe vivent dans des conditions inadmissibles pour les pays de l'Union européenne. L'ensemble des conditions minimales pour améliorer la protection de la santé n'est pas réuni pour de nombreux groupes :

- La discrimination , l'ostracisme et le racisme sont généralisés ;
- Les conditions de logement sont déplorables, caravanes délabrées ou constructions précaires sans aucun équipement sanitaire ;
- Ils sont relégués dans des lieux à l'écart des autres populations, d'où ils sont expulsés régulièrement, sans qu'une solution décente d'habitat ne leur soit proposée ;
- Les étrangers n'ont pas accès au travail, les nationaux sont victimes de la disparition de leurs métiers traditionnels ; pour certains groupes les ressources sont à peine suffisantes pour assurer la nourriture ;
- de nombreux enfants ne sont pas scolarisés ou de façon très irrégulière et pour une durée limitée ;
- la formation professionnelle n'est pas assurée.

Combinés, l'ensemble de ces facteurs produit des situations de détresse et, pour les étrangers sans papiers, prend l'aspect de véritables drames. Ils sont confrontés en permanence à un rejet exacerbé et souvent considéré comme juste par ses instigateurs. Dans une stratégie de survie, ils développent de véritables psychoses obsessionnelles. ».⁶

Age et sexes des consultants

Une étude réalisée en 1997 auprès de la population Tzigane fréquentant la consultation organisée par Médecins du Monde, donne les résultats suivants :

- ♦ parmi les consultants 49% sont des hommes
- ♦ 75% des patients ont moins de 36 ans

⁶ Michèle Mézard, responsable de mission, Médecins du Monde.

- ♦ la classe d'âge de plus grand effectif est celle des moins de 1 an
- ♦ le patient le plus vieux est âgé de 68 ans.

Motifs de consultation

Tous les problèmes de santé ne font pas l'objet d'un recours systématique aux soins. Certains problèmes, considérés comme bénins (égratignures, petites blessures, grippe, rhume, maux de tête), sont généralement laissés de côté. S'ils persistent, voire s'aggravent, c'est alors que les personnes disent se déplacer au centre de santé le plus proche.

Par contre, dès qu'il s'agit de problèmes jugés graves (douleur forte, fractures, crise d'asthme), le recours aux soins est déclaré être nettement plus rapide.⁷

Par ailleurs, une attention particulière est accordée à tout ce qui tourne autour de la maternité (13).

Finalement, les personnes parlent de santé surtout quand il s'agit des femmes et des nouveau-nés (47).

La douleur ainsi que le risque d'une évolution médicale négative pour les enfants développent des inquiétudes qui favorisent une prise de conscience sur leur état de santé.

L'état de santé apparaît précieux quand il menace le potentiel des personnes en termes de capacité à exercer leur activité professionnelle ou à déstabiliser l'équilibre déjà précaire de la cellule familiale. Tout semble être suspendu à ces aspects cruciaux. Ainsi, la décision de consulter est-elle repoussée pour ces raisons entre-autres, jusqu'au moment où la gêne occasionnée s'avère trop importante voire handicapante.⁸

Santé ressentie

Quand la question lui est posée, 51% de la population déclare présenter des problèmes de santé.

Les pathologies les plus fréquemment citées, comme antécédent ou problème actuel, sont :

les maladies ostéo-articulaires (54% des hommes, 18% des femmes) ;

les maladies gastriques (36% des hommes, 18% des femmes) ;

les maladies broncho-pulmonaires (7% des hommes, 7% des femmes) ;

les affections neuropsychiques (11% des hommes, 50% des femmes) ;

les problèmes ORL (11% des hommes et 21% des femmes) ;

⁷ H. Picard, *op. cit.*, p. 45.

⁸ F. Lamara, *op. cit.*, p. 41.

les problèmes gynéco-obstétricaux (18% des femmes) ;
les maladies cardio-vasculaires (21% des femmes).

Les Roms dénoncent très fortement leurs conditions de vie, et le stress qu'elles génèrent, comme étant à l'origine de leurs problèmes de santé. Ils accusent, d'une part, les facteurs de risques liés à l'environnement (absence d'eau potable, de latrines, exposition aux intempéries, présence de rats sur les lieux de vie, pollution atmosphérique et acoustique, proximité des décharges, des autoroutes, des voies de chemin de fer,...), et d'autre part, l'angoisse permanente des contrôles et expulsions policières. Ils relient très fortement ces multiples facteurs à l'occurrence de pathologies telles que les ulcères et les gastrites, les infections dermatologiques et parasitaires (comme la gâle), les accidents domestiques (brûlures, fractures...), les problèmes psychologiques et, en particulier, les syndromes dépressifs. Les Roms ne pensent pas pouvoir agir sur ces facteurs et perçoivent les accidents qui en découlent comme inéluctables, se sentant ainsi vivement victimes d'injustices.⁹

Mode de consommation de soins et représentations

18% des personnes interrogées déclarent avoir une couverture sociale. Parmi ceux qui n'en ont pas, 11% déclarent avoir initié des démarches pour l'obtenir.

Ainsi, bien que la santé soit considérée comme importante, elle n'est pas prioritaire dans les préoccupations quotidiennes des Roms en situation de précarité. Les problèmes liés à la survie quotidienne accaparent en priorité leur attention.

La santé n'est une préoccupation que lorsque surviennent une douleur et/ou une incapacité à mener les activités domestiques et économiques usuelles, essentielles à la survie. Elle devient alors un problème supplémentaire qui se surajoute à d'autres, dans une situation globale très difficile et qui doit dès lors être réglée dans l'urgence.

Les Roms en situation de précarité consultent principalement les urgences hospitalières et les associations éventuellement présentes sur le terrain. Ils demandent une résolution rapide de leurs problèmes de santé. La demande de médicaments est très forte. La disparition des symptômes de la maladie, et, plus particulièrement, de la douleur, est souvent perçue comme une guérison et le traitement est alors interrompu.

L'automédication est fréquente (74% des personnes interrogées).

⁹ M. Mézard, *Contexte santé*, *op.cit.*

Il existe également des pratiques paramédicales au sein de certaines communautés. Celles-ci peuvent être « modernes », telle l'absorption de Coca Cola pour soigner les problèmes gastriques..., ou anciennes, chasse des mauvais esprits du corps afin de guérir certaines affections. Il ne semble pas y avoir de frein à l'accès aux soins lié à de telles pratiques, ni de spécificités particulières dans ces pratiques.

Par ailleurs, il existe une proportion importante de personnes exposées à un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire comme l'obésité (15% de la population vue lors de l'enquête MDM souffre d'obésité sévère (avec un BMI>30), le tabagisme (68% des hommes et 57% des femmes fument depuis l'âge de 14 ans en moyenne) et l'usage d'alcool ou de drogues. Ces facteurs ne sont généralement pas perçus par les Roms comme pouvant nuire à la santé. Ainsi l'« embonpoint » peut être considéré comme un signe extérieur de richesse et de bonne santé ; de même, fumer est parfois perçu comme une attitude de prestige, d'indépendance.

Selon la même étude réalisée par MDM la toxicomanie fait exception : elle est perçue comme un fléau et les personnes en nient souvent l'existence au sein de leur propre environnement. Elle existe principalement dans les régions où l'implantation des Roms est ancienne. Les toxicomanes sont essentiellement des hommes jeunes. Les substances sont généralement inhalées et non injectées.

Les pathologies lourdes peuvent être appréhendées avec fatalisme. Le « mauvais œil », le « destin » sont souvent incriminés lors de maladies cardiaques, par exemple, ou lors du décès d'un enfant. Dans ce domaine non plus il ne semble pas exister de spécificité. Il faut aussi prendre en compte le fait que les Roms sont généralement très croyants et qu'ils s'en remettent volontiers à Dieu dans les circonstances graves.

La seule particularité réelle est le grand regroupement familial que suscite une hospitalisation pour une maladie supposée d'une certaine gravité. Toute la famille élargie se retrouve auprès du malade, dont la chambre est envahie et « gardée » 24 heures sur 24. Ce comportement entretient chez les professionnels hospitaliers l'idée qu'il s'agit vraiment d'une population « à part ».

Attentes et demandes¹⁰

Dans l'enquête réalisée par Médecins du Monde en 1999, aucun besoin ou attente spécifique n'est exprimé dans les entretiens en matière de santé. Par contre, sur la question des attentes un préalable prédomine : « d'abord exister », et ce, par une reconnaissance à travers l'obtention du « document sésame », le permis de séjour, qui régulariserait leur présence sur le territoire. Une fois franchit ce premier barrage, préalable à tous les autres, les personnes développent des discours où s'articulent des attentes précises dans un contexte pensé comme normal et logique : biens de première nécessité, conditions de vie décentes qui passent en premier lieu par un logement. Viennent ensuite des attentes qui concernent la recherche d'un travail et la scolarisation des enfants.

Dans le cas où l'obtention d'un logement classique serait impossible, les personnes consultées demandent alors une adaptation des terrains d'accueil en les métamorphosant complètement : cimenter les sols, installer l'eau courante, les sanitaires (latrines et douches), l'électricité... À cela, doit s'ajouter l'organisation du ramassage des ordures ménagères.

Principales pathologies rencontrées lors des consultations ambulatoires

L'enquête réalisée par Médecins du Monde début 1999 auprès de la population fréquentant la consultation de cette association (sur le site de Gennevilliers) souligne la fréquence des pathologies suivantes :

◆ Population générale

- surcharge pondérale estimée par le BMI ou body mass index, supérieur à 27 chez les 18 ans et plus : présente chez 20% des hommes et 21% des femmes vus en consultation
- hypertension mesurée par la pression artérielle (systolique > 160 mmHg ou pression artérielle diastolique > 90 mmHg), présente chez 19% des hommes et 3% des femmes
- handicap (présence de malformation, déficience motrice, surdité partielle ou totale, cécité partielle ou totale) chez 8% des consultants
- troubles psychologiques (2 sexes confondus) : anxiété, tristesse chez 52% des personnes
- problèmes dentaires (au moins une dent cariée, ou un abcès, ou ayant perdu une ou plusieurs dents) chez 45% des personnes, deux sexes confondus.

◆ Santé maternelle

- âge moyen de la première grossesse : 18 ans (population générale France 29 ans)
- nombre moyen de grossesses : 6,2 par femme
- nombre moyen d'enfants par femme : 4, (1,7 en France)

¹⁰ F. Lamara, *op. cit.*, p. 42.

- proportion de femmes ayant accouché au moins une fois d'un enfant mort-né : 9,4% (en France mortalité néonatale précoce 10,2 pour mille)
- proportion de femmes ayant accouché au moins une fois d'un enfant handicapé : 6,7% (1,4% en France)
- accès à la contraception 3% des femmes ont ou ont déjà eu recours à un moyen contraceptif.

♦ Santé des enfants

Selon Médecins du Monde la mortalité infantile dans la population étudiée est de 30 pour 1000 (4,8 pour 1000 dans la population générale française en 1998).

La couverture vaccinale, des vaccins obligatoires, est quasiment nulle ou incomplète dans le meilleur des cas .

Les pratiques alimentaires sont souvent déséquilibrées avec en particulier de grandes consommations de sucres lents et rapides .

♦ Pronostic vital et invalidité

Dans son étude, Médecins du Monde a essayé de refléter de façon synthétique la santé de la population Rom étrangère à partir de deux indices construits par le CREDES, que constituent le pronostic vital et l'invalidité (43).

Le pronostic vital est établi à partir de l'observation faite au cours des entretiens médicaux, et ne prend pas en compte l'environnement dans lequel la personne évolue. Il peut varier de « aucun indice mettant en jeu le pronostic vital », à « pronostic sûrement mauvais ».

L'invalidité traduit la gêne ou l'incapacité à réaliser les tâches quotidiennes, et prend donc directement en compte l'environnement. Elle s'échelonne entre « pas de gêne » et « grabataire, alitement permanent ».

À âge égal, la proportion de personnes ayant un risque vital ou un handicap réduisant significativement l'activité est proportionnellement plus élevée dans l'échantillon de la population Rom fréquentant les consultations de Médecins du Monde, que dans la population générale française.

Comparaison avec les pathologies de la précarité

L'analyse des informations collectées par Médecins du Monde sur ses sites de consultation ne permet pas de conclure à des différences importantes entre les pathologies constatées

auprès des Roms et celles « usuellement » rencontrées parmi les populations les plus précaires en particulier celles que l'on retrouve dans l'étude PRÉCAR réalisée en 1999 (9). Une exception est cependant à noter pour les pathologies dentaires dont la prévalence est de 73% dans la consultation de Médecins du Monde et de 56% dans l'étude PRÉCAR.

Les besoins en matière de santé identifiés par les professionnels de Médecins du Monde

Ils concernent essentiellement les conditions de vie et l'accès à la prévention et aux soins.

Conditions de vie :

- possibilité de résider de façon plus prolongée sur un même site
- amélioration de la viabilisation des terrains d'accueil
- accès à l'éducation.

Accès à la prévention et aux soins :

- accès à la connaissance des méthodes contraceptives
- accès à la délivrance des méthodes contraceptives
- accès à l'amélioration des conditions de vie pendant la grossesse
- accès à la connaissance du bon déroulement d'une grossesse
- suivi des grossesses dans le système de droit commun
- accès des jeunes enfants à la prévention, aux garderies et aux crèches
- accès de la population Rom à la connaissance et à la compréhension du fonctionnement des institutions de santé susceptibles d'être consultées selon la nature des problèmes de santé rencontrés.

Nous nous sommes attachés dans le chapitre qui précède à décrire la population qui « consomme » des soins auprès des acteurs de santé présents dans le département du Val d'Oise, son état de santé, ses attentes et ses besoins en la matière.

Il s'agit maintenant devant une population qui possède certaines caractéristiques, d'analyser ce qui peut pénaliser son recours au système de santé pour faire face à des situations qui peuvent devenir dramatiques à la lumière des conditions de vie très péjoratives qui sont les siennes.

2.2 LES ASSOCIATIONS

Dans le champ sanitaire et social, diverses associations interviennent en soutien de la prise en charge de la population Rom. Elles occupent dans le dispositif, des places différentes et

complémentaires. Leurs domaines de compétences, leurs tailles, ainsi que leurs rapports aux pouvoirs publics sont également de natures différentes.

Médecins du Monde (MDM)

C'est la seule association intervenant dans le champ de la santé des Roms dans les départements des Hauts de Seine et du Val d'Oise.

L'arrivée massive de Tziganes roumains en région parisienne débute avec la chute de N. Ceausescu en 1989. Initialement, ce sont quelque 300 personnes, essentiellement originaires de Timisoara, qui se regroupent sur le territoire de Nanterre, près du pont de Bezons, dans des conditions matérielles déplorables : absence de point d'eau, de sanitaires, et grande promiscuité.

Les services sociaux de Nanterre tentent, en décembre 1989, de les orienter vers des zones rurales en Haute-Loire et dans les Cévennes. L'opération, relativement onéreuse, est un échec : ceux qui étaient partis durant l'hiver sont pour la plupart de retour à Nanterre l'été suivant, et l'afflux migratoire en provenance de Roumanie persiste.

En 1992, ce sont probablement près de 700 personnes qui vivent sur des terrains vagues, entre R.E.R (Réseau Express Régional) et voies express, à quelques kilomètres à peine du quartier d'affaires de la Défense.

En avril 1992, la DDASS des Hauts de Seine, alertée elle même par les structures de soins du secteur quant à la situation sanitaire des Tziganes, interpelle la mission banlieue de Médecins du Monde, implantée dans le département depuis 1991.

Cette dernière met en place une équipe mobile qui se rend périodiquement dans les campements, amorçant ainsi le suivi médical de cette population déplacée que l'on appelle à l'époque « les Tziganes du pont de Bezons ».

Fin 1993, les Tziganes sont expulsés des quatre terrains qu'ils occupaient sur le territoire de Nanterre, et se dispersent. Certains s'orientent vers Argenteuil, d'autres vers Montmorency, et seront perdus de vue. Une grande partie de la population initiale se regroupe toutefois sur le territoire de la commune de Gennevilliers. Ils vont y rester jusqu' en avril 1994. Durant ces quelques mois, le suivi médical sera facilité par la proximité de la mission banlieue, elle même basée à Gennevilliers.

Approximativement à la même époque, la DDASS des Hauts-de-Seine met en place un dispositif original, acceptant de prendre en charge les dépenses de médicaments des

Tziganes, à la condition que ceux-ci se présentent dans une pharmacie munis d'une ordonnance spéciale remise par Médecins du Monde, le « bon vert ».

Par la suite, le rythme des expulsions s'accélère notablement, les Tziganes restant rarement plus de 2 à 4 semaines sur un même emplacement. La population se fragmente en plusieurs groupes de moins d'une centaine de personnes, dont la trajectoire oscille au rythme des expulsions successives entre de nombreuses communes des Hauts-de-Seine, du Val d'Oise et de Seine-Saint-Denis.

Le suivi médical des équipes de MDM se poursuit. Une à deux fois par semaine une équipe composée de médecins et d'une traductrice Roumain-Français se rend sur les campements dans une camionnette dont la partie arrière est équipée d'une table d'examen et de petit matériel médical.

Par ailleurs, la DDASS ne pouvant plus, pour des raisons budgétaires, honorer les « bons verts », les médicaments sont achetés par MDM et remis aux Tziganes au moment de la consultation, à l'exception des produits rarement utilisés, pour lesquels une ordonnance est délivrée. Dans ce dernier cas, la Mission Banlieue peut prendre en charge les frais de médicaments à la condition que l'ordonnance soit retirée dans une pharmacie de Gennevilliers à laquelle MDM est lié par convention (45).

Les activités développées auprès de la population Rom comprennent les consultations, l'aide à l'ouverture des droits, les orientations vers les établissements de santé, les vaccinations et le dépistage de la tuberculose.

En 1999, 65 sorties terrain sont réalisées par les équipes mobiles sur 9 sites différents. 596 consultations sont délivrées, aboutissant dans 127 cas à des orientations vers des structures de soins. 146 vaccinations sont pratiquées.

Fin 1997, MDM France, en partenariat avec les délégations internationales de son réseau européen en Espagne et en Grèce, initie le projet « Romeurope ». Fin 1998, des organisations en Allemagne, en Italie et au Portugal rejoignent le réseau.

Ce programme est un projet de recherche/action d'une durée de deux ans (1999 et 2000), soutenu financièrement par la Commission Européenne et le Ministère français de l'Emploi et de la Solidarité.

Il a trois objectifs principaux :

1. Identifier les principaux facteurs intervenant dans l'état de santé des Roms en situation de grande exclusion, qu'il s'agisse de facteurs politiques, culturels, socio-économiques ou strictement sanitaires, y compris ceux qui pourraient être liés au système de santé et aux conditions de vie dans leur pays d'origine.
2. Elaborer des programmes de promotion de la santé (sur la base des principaux déterminants identifiés) répondant aux besoins des populations concernées, en adéquation avec les systèmes de santé des pays membres et leurs objectifs de santé publique.
3. Sensibiliser l'ensemble des pays membres de l'Union Européenne et les pays d'origine à la mise en place de programmes de promotion de la santé des populations Roms (36).

Au préalable MDM a réalisé, entre novembre 1998 et mars 1999, une étude quantitative sur la démographie et les problèmes de santé de ces populations ainsi qu'une étude qualitative de type éthno-sociologique afin de connaître les besoins, les attentes, le niveau de désocialisation, les perceptions du système de santé et de l'environnement sociétal, les blocages à l'accès aux soins et les craintes induites par un rejet systématique (24).

L'Association Pour l'Accueil des Voyageurs (ASAV)

Il s'agit d'une association créée, en 1989, à l'initiative du Directeur de la DDASS des Hauts de Seine et du sous-préfet chargé de la politique de la ville. Elle a par ailleurs partagé les locaux de la DDASS jusqu'en 1998. Son siège social actuel se trouve à Nanterre.

Cette association a essentiellement une action dans le domaine social au profit des populations Tziganes, qu'elles soient françaises ou étrangères. Elle est une des rares associations d'Ile-de-France s'occupant des Roms étrangers.

Son financement provient pour une très large part de la DDASS des Hauts-de-Seine. En pratique, et du fait de la mouvance perpétuelle de la population Rom, l'Asav agit au profit des Roms dans différents départements de la région parisienne, dont le val d'Oise.

L'Asav est liée par convention avec Médecins du Monde, afin de développer des actions complémentaires. Un salarié, traducteur et travailleur social, travaille à mi-temps pour chacune des deux associations.

Les principales activités mises en œuvre par cette association sont les suivantes :

- domiciliation ;
- permanences d'accueil ;
- accompagnement aux démarches administratives ;
- insertion.

En 1999, l'ASAV a ainsi réalisé, au profit des Roms étrangers, 450 dossiers de domiciliation et d'accès à l'Aide Médicale État (AME), il faut multiplier par 2 ou 3 le nombre réel de bénéficiaires.

Association du service social du centre hospitalier René Dubos à Pontoise

Il s'agit d'une association de patients qui, à l'initiative du service social, et avec l'accord du directeur de l'établissement et du préfet, intervient au bénéfice des Roms en réalisant des domiciliations.

France Terre-d'Asile

Cette association dont le siège social est à Paris, réalise des domiciliations gratuites de 3 mois au profit notamment, mais pas seulement, de la population Tzigane. Au delà de ce délais une somme modique est demandée aux personnes domiciliées par cette association.

A côté des acteurs associatifs, différentes autorités publiques interviennent dans le champ de la santé. Leurs places et leurs rôles découlent théoriquement de la répartition des compétences définie par les lois de décentralisation.

2.3 LA DDASS DU VAL D'OISE

Différents secteurs de la DDASS du Val d'Oise interviennent auprès de la population Rom.

Le pôle santé-environnement.

Il intervient dans la gestion des sites occupés par les Roms et non prévus pour accueillir ces populations selon trois axes :

- l'accès à l'eau potable
- l'enlèvement des ordures
- la stabilisation des voies d'accès aux campements.

Quand une occupation est signalée à ce service, celui-ci se met en contact avec la municipalité concernée afin de connaître le nombre de personnes présentes dans le camp,

ainsi que les intentions du maire quant aux moyens qu'il entend mettre à la disposition de la population Rom.

Dans la quasi totalité des cas, la contribution de la mairie, quand elle a lieu, se borne à la mise à disposition de bennes à ordures. La population ne dispose alors ni d'eau potable dans le camp, ni d'électricité, ni de latrines.

Le service intervient donc essentiellement sur sollicitation d'un autre service ou de l'extérieur (Préfet, mairie) pour investiguer un problème spécifique ou pour réaliser une étude technique de viabilisation du terrain ainsi qu'un devis. En pratique, ces interventions ne sont pas suivies d'effet, soit parce que la population aura quitté le camp, soit parce qu'un avis d'expulsion aura été prononcé.

Le pôle médical

L'intervention du médecin inspecteur sur cette problématique revêt différents aspects :

- négociation avec la préfecture pour stabiliser la présence de la population Rom dans le site en évitant l'expulsion et en demandant la mise en place d'un certain nombre d'équipements minima (cf supra) ;
- relation avec les services du Conseil général pour obtenir la mobilisation de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) auprès de la population ;
- financement d'un interprète à la maternité de l'hôpital de Pontoise ;
- cofinancement dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Conseil général d'un médiateur pour les communautés concernées. Ce médiateur est une personne circulant dans les différents sites d'implantation des Roms. Il assure une fonction de veille sanitaire et de lien avec les institutions locales, en même temps qu'un rôle de relais avec la population pour faire passer des messages concernant l'hygiène et les mesures sanitaires.
- gestion d'une urgence, qui a consisté en la survenue d'un épisode de méningite dans l'un des camps. Le MISP a réquisitionné les services de la PMI pour une campagne de vaccination et a contribué à la réalisation d'une chimioprophylaxie, après une interpellation des intervenants de Médecins du Monde.

Ces activités sont réalisées en lien avec le pôle social de la DDASS du Val d'Oise, avec une forte implication du directeur, qui s'est lui-même rendu plusieurs fois sur des sites de stationnement.

2.4 LES SERVICES DU CONSEIL GENERAL

Les Conseils généraux ont hérité, des lois de décentralisation de 1983, de compétences qui concernent la petite enfance à travers l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la protection maternelle et infantile (PMI).

Ils développent en outre des actions concernant la lutte contre certaines pathologies telles que les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose, réalisent ou soutiennent des actions de promotion de la santé, organisent les schémas départementaux concernant l'accueil des personnes âgées.

Les actions et schémas concernant la gestion du handicap relèvent d'une double responsabilité État – région.

Dans le département du Val d'Oise, nous avons constaté une mobilisation des services de la PMI à l'égard de la population Rom, avec des limites qui tiennent notamment au fait que ce service ne peut en théorie que s'impliquer dans des actions de dépistage ou de prévention, et non dans des actions de soins ; en outre il réalise des consultations sur des lieux fixes, souvent peu connus de la population concernée dans le présent travail.

2.5 LES MUNICIPALITES

Les compétences décentralisées du maire, en matière de santé, apparaissent très réduites. Après 1983, les villes qui l'ont souhaité ont pu conserver, pour celles qui en possédaient déjà un, leur service Hygiène et Salubrité, conférant ainsi au maire des moyens spécifiques pour exercer ses responsabilités de « police sanitaire » en matière de désinfection, dératisation et désinsectisation.

Le maire est, par ailleurs, de droit, Président du Conseil d'administration de l'établissement de santé présent dans sa commune ; à ce titre, il peut avoir un rôle dans la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dont il sera question plus loin.

Les autres actions mises en œuvre ou soutenues par une municipalité ont un caractère volontaire (promotion de la santé, lutte contre les exclusions, etc).

Avec l'émergence des Contrats de Ville et des Communautés d'Agglomérations, on note plus d'implication de certaines communautés urbaines dans le champ de la santé, à travers la signature et la mise en œuvre de thématiques santé dans les projets portés par les regroupements de communes, en particulier dans le champ de la lutte contre les exclusions.

Dans le département du Val d'Oise, nous n'avons pas constaté d'implication particulière des communes accueillant des Roms dans le champ des actions de santé.

Ce sont les centres communaux d'action sociale (CCAS) qui constituent le premier niveau de contact pour la population en ce qui concerne des démarches telles que la domiciliation, l'instruction des dossiers du Revenu minimum d'insertion (RMI) ou l'aide sociale.

La loi Besson de 1990 fait obligation aux communes de plus de 5000 habitants d'installer une aire de stationnement pour les nomades. On estime 10 ans après que moins d'un quart des communes remplissent cette obligation.

De facto les actions varient en fonction des sensibilités locales en la matière, que l'on peut illustrer par les témoignages suivants¹¹:

Pour Didier Andréani, membre de l'association des responsables des services techniques du Val d'Oise, lui même directeur du service technique d'une commune , « Les gens du voyage n'aiment pas les contraintes. Ce qu'ils veulent, c'est voyager librement, s'arrêter où ils le désirent. C'est ça le fond du problème. Quand les autorités disent qu'ils veulent être près des écoles, des commerces, moi je pense au contraire qu'ils ont besoin de se retrouver dans des endroits plus éloignés et calmes. En fait, il faudrait une bonne fois pour toutes mettre en place une concertation générale pour connaître leurs attentes et leur faire prendre conscience qu'ils n'ont pas que des droits mais aussi des devoirs. »

Pour Olivier Frezel, chargé à Rennes des projets de relogement des Tziganes qui veulent se sédentariser, il en va autrement : « depuis quatre ans que je travaille, je me rends compte que nous n'avons pas les outils pour leur permettre de vivre leur culture. L'obligation d'accueil n'étant pas respectée par toutes les communes, comment voulez-vous qu'on impose des devoirs aux gens du voyage ? Si déjà on construisait des aires d'accueil partout

¹¹ source : la Gazette des communes, n°45-1575 du 27 nov.-00, p.48.

en France, la tension serait dix fois moins forte. C'est à partir du moment où on respecte les nomades, qu'on peut attendre d'eux qu'ils respectent nos lois. »

Ces deux prises de positions illustrent les approches très différentes que l'on rencontre sur le terrain.

La description de la situation des Roms, de leur histoire, de leur état de santé, de leurs représentations et des acteurs présents sur le terrain oriente vers un certain nombre de critères susceptibles d'influencer les conditions de leur accès aux soins. Le chapitre suivant vise à organiser l'analyse des déterminants de cet accès aux soins de façon plus systématisée.

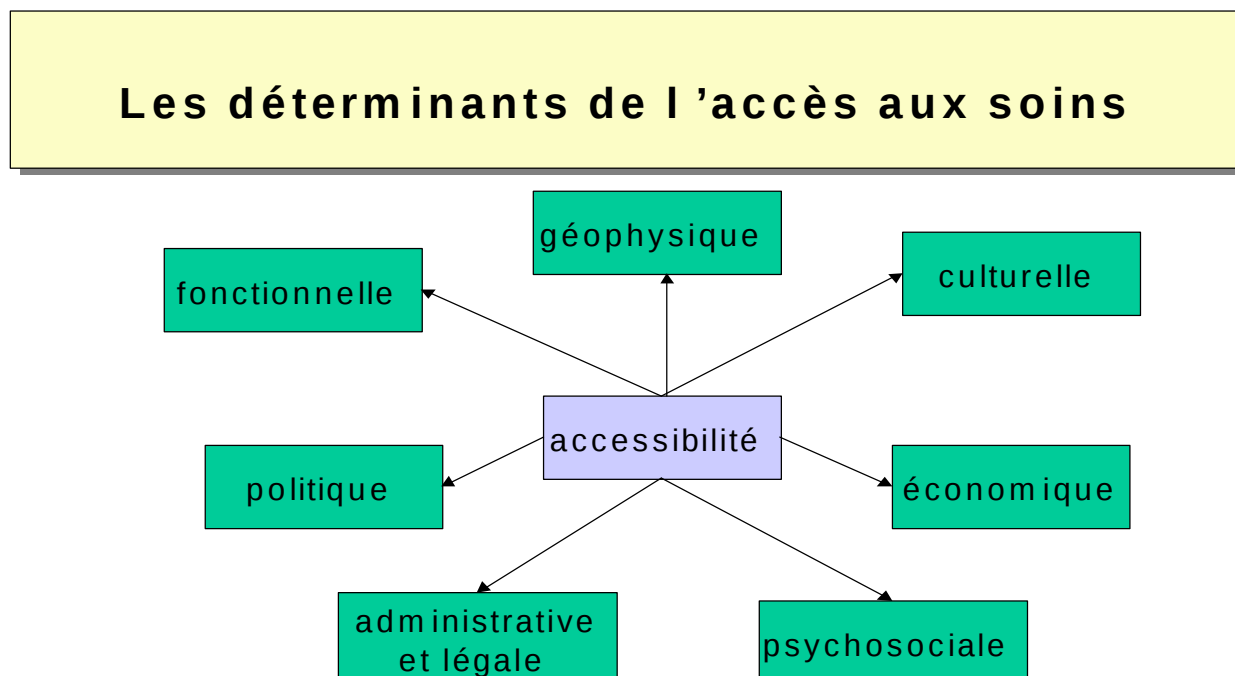
« Toute chose étant aidée et aidant, causée et causante et les plus éloignées étant liées insensiblement les unes aux autres, je tiens pour impossible de connaître les parties si je ne connais le tout, ni de connaître le tout si je ne connais pas particulièrement les parties. »
Pascal

3 UNE DIFFICILE DEFINITION DES MODALITES D'ACCES AUX SOINS DES ROMS

3.1 L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

3.1.1 Définition de l'accessibilité aux soins

La possibilité effective d'accéder au système de soins est sous la dépendance d'un certain nombre de critères que l'on retrouve résumés dans le schéma ci-dessous (38) inspiré de documents élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (44) :



L'accessibilité géophysique qualifie la distance qui sépare la structure de soins des usagers. La distance est prise au sens large c'est-à-dire éloignement géographique ou entraves physiques telle que l'absence d'équipements adaptés pour les handicapés, par exemple.

L'accessibilité culturelle renvoie à la compatibilité des pratiques en cours dans la structure de soins et les valeurs, croyances ou représentations de la population. Ainsi, dans certains pays l'accouchement en position accroupie en la seule présence de femmes rend les pratiques obstétricales classiques des médecins occidentaux peu compatibles avec les cultures locales, entraînant des résistances de certaines femmes à fréquenter ces structures.

L'accessibilité économique renvoie à la possibilité effective qu'ont les usagers de faire face à l'ensemble des dépenses de consultation ou de traitement que suppose le recours au système de soins. C'est fondamentalement à cette problématique qu'entend répondre la mise en place de la CMU, partant du constat que plusieurs millions de personnes étaient en défaut d'accès aux soins du fait de leur absence de couverture maladie complémentaire.

L'accessibilité psychosociale qualifie le fait que l'état psychologique de l'utilisateur peut entraver son accès à des structures, quand bien même toutes les autres conditions seraient réunies. La grande marginalité et son cortège de problèmes psychologiques, les populations très fragilisées et exclues, se trouvent parfois confrontées à ce problème que certaines équipes qualifient « d'abandon du projet de vie » (14).

L'accessibilité administrative et légale témoigne des difficultés que peuvent constituer les lourdeurs administratives et les contraintes légales et réglementaires pour une partie des usagers, concernant l'accès aux soins via l'accès aux droits. Pour les étrangers en particulier, faire la preuve de sa domiciliation ou de la stabilité de sa résidence peut comporter des démarches lourdes, complexes et longues pour des gens peu instruits et/ou maîtrisant mal la langue.

L'accessibilité politique se réfère soit au cas des étrangers en situation irrégulière dans nos pays, situation rendant théoriquement difficile leur accès aux structures de soins, soit au cas de pays où sévissent des conflits qui peuvent détourner une partie de la population de la fréquentation des structures gouvernementales (cf Kosovo, Mexique Chiapas, Tchétchénie...).

L'accessibilité fonctionnelle qualifie l'inadaptation dans le fonctionnement, l'organisation, les horaires et les compétences des structures de soins. Répondre à la demande des populations précaire, marginalisée ou exclue, nécessite de prendre cette dimension en compte.

C'est le constat du déficit en la matière qui a conduit dans les hôpitaux à la mise en place des Permanences d'Accès Aux Soins de Santé (PASS) .

A partir de cette grille des déterminants de l'accès aux soins, nous nous sommes livrés à une analyse des causes qui concernent plus spécifiquement la population Rom étrangère de la banlieue parisienne nord-ouest.

3.1.2 Les résultats de l'étude

Trois questions ont été examinées : l'accessibilité aux soins des Roms, le rôle et la place des associations dans le dispositif de prise en charge et les avancées obtenues dans les négociations entre les acteurs.

L'accessibilité aux soins

Ce point est traité par la retranscription des entretiens réalisés et par l'examen des textes de référence.

Résultats des entretiens

- ♦ Lors des entretiens, les principaux obstacles pointés concernent un premier groupe de difficultés légales et administratives :
 - les difficultés à obtenir une domiciliation par les CCAS sont citées par 7 des 12 personnes interrogées, avec leurs problèmes (impossibilité de scolariser les enfants, d'obtenir des aides, de viabiliser le terrain) ;
 - l'absence de titre de séjour et la situation d'illégalité sont citées par 5 de nos interlocuteurs ;
 - la notion de population dans le « non-droit » est évoquée lors de 4 interviews ;
 - enfin, dans ce groupe de difficultés, on retrouve 4 fois également la notion de complexité des textes et des circuits pour pouvoir accéder aux droits, complexité qui pénalise la population Rom et que l'on ressent lors des entretiens, y compris au sein des pôles sociaux des DDASS et des hôpitaux.

De façon générale est soulignée la crainte des institutions de la part des Roms, crainte considérée comme un corollaire de la situation d'illégalité de certains Tziganes. Le contact peut être potentiellement porteur de dangers.

La dimension politique et les difficultés dans l'application du droit sont soulignées par plusieurs de nos interlocuteurs :

« Le principal problème dans l'accès aux soins est un problème de citoyenneté, ils sont illégaux à plusieurs titres, illégaux en France, illégaux sur le terrain qu'ils occupent, la solution de ces problèmes est politique ».

« Il y a le racisme de la rue et l'expression du racisme institutionnel ».

« Il existe de véritables zones grises de non droit, ainsi en ce qui concerne la prise en charge des mineurs, puisqu'on ne peut opposer l'irrégularité du séjour à un mineur de moins de 18 ans ».

♦ Le deuxième groupe de difficultés évoquées concerne l'inadaptation de l'hôpital et l'attitude des personnels soignants vis-à-vis des Roms.

On note différents comportements négatifs : mépris, stigmatisation, défaut de patience dans la prise en charge d'une population plusieurs fois citée comme agressive dans son contact avec le système de soins :

« Les Roms cumulent différents handicaps, un statut d'étrangers, un statut de Tziganes ».

« Les structures de soins attendent de ces populations un comportement « traditionnel » en fait la démarche doit consister à aller vers eux et à les mettre en confiance ».

L'absence effective de mise en place des PASS est 2 fois citée.

La continuité des soins est décrite comme problématique au sortir de l'hôpital :

« Un des cas les plus flagrants sur lequel nous avons eu à intervenir a concerné les suites d'hospitalisation d'un patient opéré d'un problème ayant nécessité de la chirurgie orthopédique et relâché dans la nature sans traitement anticoagulant, quelques jours après l'intervention ».

Une difficulté particulière réside dans le refus des officines pharmaceutiques de délivrer des médicaments prescrits sur des ordonnances hospitalières au motif que les pharmacies ne se verraient jamais payés pour les médicaments ainsi avancés.

- ♦ Le troisième groupe de difficultés concerne les barrières linguistiques, culturelles et l'analphabétisme des populations Rom. Ainsi, l'intervention d'un traducteur n'est-elle pas systématique et la nécessité d'une « médiation culturelle » est plusieurs fois évoquée.

« Il faut avoir recours à des traducteurs pour faciliter le contact avec les patients, des solutions sont possibles, telle l'intervention de services téléphoniques comme « Allo Service Migrants », cela n'est pas le cas aujourd'hui ».

« Les difficultés principales sont perceptibles dans les discours de prévention, cela est particulièrement vrai pour le suivi des grossesses ».

- ♦ Les difficultés à obtenir une stabilité de la population dans le temps constituent une réalité évoquée par 4 de nos interlocuteurs. La première cause de cette instabilité réside dans les expulsions par les forces de l'ordre ; viennent ensuite les impératifs économiques de la survie et des problèmes liés au fonctionnement interne des groupes Roms qui semblent dans certains cas soumis au contrôle ou aux pressions de mouvements qualifiés de « mafieux » par 3 de nos interlocuteurs.

« Nous refusons le cliché qui consiste à dire que chez les Roms la migration aurait un ancrage génétique... c'est une stratégie de survie à laquelle ils ont recours depuis des siècles ».

« Manifestement, une partie de cette population est « déshabituée » de la vie nomade, un grand nombre vivait de façon sédentaire depuis des années, aujourd'hui ils sont parfois otages des mafias internes du camp, qui régissent l'usage des voitures, le commerce des caravanes et imposent quelquefois des déménagements ».

Autour des problèmes plus spécifiquement liés au fonctionnement interne des camps, plusieurs interlocuteurs ont évoqué leur soupçon concernant d'éventuels épisodes de maltraitance à enfant, en particulier le travail forcé des jeunes adolescents.

- ♦ Les causes géographiques et économiques sont citées 3 fois de façon concomitante lorsque les populations sont en déplacement hors du milieu urbain et que, dès lors, le recours aux soins ne peut se faire au sein d'une structure hospitalière.

« Il faut réfléchir à des solutions régionales, car en Ile de France les différents départements « se renvoient la balle » pour ne pas avoir à accueillir ces populations ».

« Il y a la complexité à se repérer dans les circuits de soins, la méconnaissance de la localisation géographique des hôpitaux, les retards dans la mise en place des PASS et un maillage dans la région avec des établissements de santé privés qui ne les accueillent pas ».

« Du fait de leur mobilité, le suivi des patients n'est pas assuré ».

Le cadre légal et réglementaire et ses limites (10)

Dans ce chapitre à chaque étape nous avons cité les références des textes, renvoyés en annexe (n°IV).

Ce procédé induit certes un alourdissement, mais nous avons pris le parti de conserver cette forme. Cela nous a, d'une part, paru nécessaire dans un travail à usage professionnel, d'autre part ce foisonnement réglementaire reflète une réalité de terrain à laquelle Roms et acteurs du système de santé sont chaque jour confrontés.

La couverture maladie universelle (CMU)

Le 1^{er} janvier 2000, la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) est entrée en vigueur. Elle s'inscrit dans le cadre du « programme triennal d'action pour la prévention et la lutte contre les exclusions », en venant compléter les dispositions déjà adoptées par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 concernant la lutte contre les exclusions.

L'instauration d'une couverture maladie universelle « doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit réellement exercé, de se soigner » affirme Jean Claude Boulard, rapporteur à l'Assemblée nationale.

La protection sociale contre le risque maladie est assurée, en France, par deux systèmes disjoints, qui ne concernent pas les mêmes catégories de personnes : la sécurité sociale et l'aide médicale État (AME).

La sécurité sociale.

La sécurité sociale, fondée sur le principe de solidarité nationale, est une assurance couvrant différents risques. La branche maladie du régime général couvre les risques maladie, maternité, invalidité, décès, veuvage, accident du travail et maladie professionnelle.

► Pour en bénéficier, Il faut :

→ résider en France (sauf conventions internationales),

→ être en situation régulière pour les étrangers,

→ et être assuré :

- soit par affiliation obligatoire sur critère socioprofessionnel (salariés et assimilés, titulaires d'allocations diverses, détenus, demandeurs d'asile qui perçoivent l'ASSEDIC...)

- soit sur critère de « résidence stable et régulière » depuis la Loi sur la CMU

- ou être ayant-droit d'assuré (conjoint, concubin, « pacsé » en situation régulière, enfant quelle que soit sa situation, personne à charge de l'assuré depuis plus de un an,...).

Les étrangers résidant régulièrement en France peuvent bénéficier de la sécurité sociale dans des conditions différentes selon qu'ils sont assurables sur critères socioprofessionnels ou sur critère de résidence. Les étrangers remplissant les conditions qui leur sont spécifiques sont dits « assurables ». Les autres résidents « non assurables » relèvent de l'Aide Médicale État (AME).

Les personnes sans domicile fixe (SDF) doivent, pour être assurées, élire domicile auprès d'une association agréée, les CPAM ne procédant pas aux domiciliations. La circulaire DSS/2A N° 2000 du 5 juillet 2000 sur la domiciliation CMU/AME indique que les CCAS sont tenus de domicilier les personnes SDF, mais on peut douter de sa mise en œuvre effective par les CCAS comme en témoignent plusieurs des interviews réalisées dans le cadre du présent travail.

➤ **Textes de référence** : annexe IV.a

➤ **Des textes à la pratique**

D'après le rapport du Comité médical pour les exilés (COMEDE) sur l'accès aux soins (septembre 2000) les principales difficultés auxquels se heurtent les travailleurs sociaux dans la mise en œuvre des textes relatifs au recouvrement des droits vis à vis de la sécurité sociale sont les suivantes :

Concernant l'évaluation préalable des dossiers :

- difficulté à prouver la « régularité » du séjour et la « stabilité » du séjour ;
- difficulté, pour une personne, à pouvoir justifier de ses droits (ressources, ayant droit).

Concernant les procédures normales de demande :

- difficulté pour établir la domiciliation ;
- difficultés faites par certains services instructeurs pour l'admission immédiate à la complémentaire CMU.
- refus d'affiliation des demandeurs d'asile sous convocation .
- refus d'affiliation des demandeurs d'asile en France depuis moins de 3 mois.
- durée d'ouverture de droit à la complémentaire inférieure à un an.
- refus d'immatriculation faute d'une fiche d'état civil ou d'un extrait de naissance.
- refus d'immatriculation à cause d'une divergence d'orthographe entre les documents délivrés par l'office pour les réfugiés et les apatrides (OFPRA) et la préfecture.
- refus d'affiliation faute d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

- refus d'affiliation faute d'une demande de remboursement ;
- refus d'affiliation en raison de l'absence de cotisations ;
- notification au demandeur de la seule notification pour la couverture de base ;
- refus du maintien de droit faute d'un titre de séjour en cours de validité ;
- refus par un professionnel de santé d'utiliser la notification CMU ;
- le demandeur ne reçoit pas sa carte ou la notification dans les délais prévus.

L'enquête réalisée par Médecins du Monde début 99 sur les sites de séjour en Ile de France a révélé que 49% des Roms étaient en situation régulière et que parmi ceux-ci seuls 3% possédaient un titre de séjour définitif. C'est dire qu'un grand nombre des Tziganes séjournant en région parisienne va être concerné par le deuxième système de protection sociale contre le risque maladie : l'aide médicale État.

L'aide médicale État

Créée par la loi sur la CMU, l'aide médicale Etat est la forme résiduelle du système de l'aide sociale en matière de protection maladie. L'AME est destinée aux étrangers exclus de la sécurité sociale parce que ne remplissant pas les conditions de « résidence stable et régulière », essentiellement les sans papiers.

→ Droit de l'aide sociale.

L'aide sociale (donc l'AME) est une assistance, financée par l'impôt, et non par cotisation.

À la différence de la sécurité sociale, l'aide sociale est un système juridique caractérisé par une logique « alimentaire » et non indemnitaire. Le droit à ces prestations est conditionné par l'existence d'un besoin, dont la liste est limitative. Elle est destinée aux personnes dont les ressources sont trop faibles pour faire face aux dépenses engendrées par la situation (la santé dans le cas de l'AME). En tant que telle, elle n'intervient qu'à titre subsidiaire, c'est à dire après que l'intéressé a fait valoir ses droits, tant par rapport aux assurances sociales que par rapport à la solidarité familiale (obligation alimentaire).

L'aide sociale (donc l'AME) est un droit sous condition de ressources, soumis à une procédure d'admission spécifique qui entraîne des « dépenses obligatoires » à prévoir chaque année par la collectivité. Une commission prononce les décisions d'admission ou de rejet, qui peuvent faire l'objet de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale, puis la commission centrale d'aide sociale, puis en cassation devant le Conseil d'État.

L'aide sociale (donc l'AME) n'est pas un droit acquis. Le principe de subsidiarité implique que l'administration peut réviser des décisions antérieurement prises, en vue d'une « récupération » des sommes avancées par la collectivité, en cas de retour de l'intéressé à

meilleure fortune, ou sur sa succession, ou encore sur ses obligations alimentaires (conjoint, ascendants et descendants directs).

→ Droit de l'aide médicale État.

L'AME maintient la distinction entre soins de ville et à l'hôpital :

- L'AME « en établissement de santé » (AMH) est accessible sans condition d'ancienneté de résidence en France. En sont exclues les personnes non résidentes, sans projet d'installation et « venues se faire soigner en France ».

- L'AME « pour les soins de ville » (AMV) anciennement « AMG » et à « à domicile », est accessible à partir de 3 ans de résidence en France. Les mineurs non assurés ont accès à l'AMV sans condition d'ancienneté du séjour.

L'AME constitue dorénavant l'ensemble du dispositif de protection maladie de l'aide sociale, elle n'est plus l'exclusivité des personnes SDF . L'aide médicale « départementale » a été supprimée par la loi sur la CMU. Ce sont aujourd'hui les CPAM qui gèrent l'AME.

Les personnes sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'une association agréée pour pouvoir bénéficier de l'AME (comme pour la sécurité sociale).

→ Obtention de l'aide médicale État.

Depuis la loi sur la CMU, sécurité sociale et AME sont deux systèmes entièrement cloisonnés. L'assuré social ne peut pas bénéficier de l'AME (le ticket modérateur peut-être pris en charge par la complémentaire CMU) et l'étranger bénéficiaire de l'AME n'est pas assurable.

Ce principe tolère une exception. En effet, dans le cadre du maintien de droit, la couverture de base est prolongée de 4 ans à la date de perte de titre de séjour. La complémentaire CMU ne bénéficiant pas des possibilités de maintien de droit, c'est l'AME qui prend le relais pour la part complémentaire, faisant ainsi office de mutuelle. L'AME est dans ce cas accordée pour les soins de ville. (circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000 partie C, § IC page 10).

Le code de la famille et de l'aide sociale (CFAS) définit le droit à l'AME pour tout étranger résidant en France, non assurable, dont les ressources sont inférieures au plafond CMU.

Plafond mensuel	1 pers.	2 pers.	3	4	pers.supplém
	3500 frs/mois	5220	6300	7350	1400

Le ministre peut également prononcer une « admission exceptionnelle » à l'AME, notamment pour les non-résidents. L'AME est étendue au foyer (demandeur et personnes à charge).

Le demandeur doit s'adresser au guichet des centres de sécurité sociale (CSS). Les CCAS restent toutefois habilités à enregistrer les demandes (ce qui peut être utile pour une personne qui y est domiciliée), ainsi que les assistantes sociales de secteur.

Il faut justifier :

- de son identité
- de sa résidence en France (Art.124 CFAS).

Pour les étrangers, la condition de résidence en France est satisfaite dès que la personne « se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité » (Conseil d'État, 8 janvier 1981), sans condition d'ancienneté de résidence.

Tous les exilés en France, demande d'asile à l'appui, sont résidents. Seuls sont exclus du droit à l'aide médicale « les étrangers de passage en France » (touristes).

- de ressources inférieures au plafond figurant dans le tableau ci-dessus.

→ Fonctionnement de l'aide médicale État.

L'AME fonctionne comme « la sécurité sociale + complémentaire CMU » avec certaines restrictions notamment sur le contenu des prestations :

- pas de prise en charge des frais supplémentaires de prothèses et dispositifs médicaux à usage individuel ;
- durée d'admission 1 an (Art. 188 CFAS), avec notification mais sans carte vitale ;
- dispense d'avance de frais, système du tiers payant intégral comme pour la CMU ;
- possibilité d'admission immédiate pour le demandeur « dont la situation l'exige ».

➤ **Textes de références** : annexe IV.b.

➤ **Des textes à la pratique**

Selon le rapport du COMEDE déjà cité les entraves à l'obtention de l'AME sont les suivantes :

Dans l'évaluation préalable du dossier :

- difficulté à prouver l'identité ;
- difficulté à prouver la résidence en France ;
- idem pour les ressources.

Dans la procédure d'admission :

- difficulté à obtenir la domiciliation ;
- refus d'admission immédiate à l'AME ;
- durée d'ouverture de droit inférieure à un an ;

- refus d'AME aux étrangers en France depuis moins de 3 mois ;
- demande abusive des ressources de l'hébergeant ;
- refus d'instruction faute d'un document d'identité « recevable » ;
- refus par un professionnel de santé d'utiliser l'AME .

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Les conséquences de la précarité sur la santé ne sont pas seulement liées à des obstacles de nature juridique et financière. Elles sont également dues à l'incapacité du système sanitaire et social à répondre de façon suffisamment précoce aux besoins des publics précaires, particulièrement susceptibles de développer des maladies non spécifiques mais diagnostiquées à un stade plus avancé (cancers féminins, tuberculose...), des maladies directement liées à leurs conditions de vie (saturnisme infantile), ou encore de présenter une souffrance psychique qui conduit à des conduites à risque (alcoolisme, tabagisme, consommation de drogues illicites, violence...) soit causes, soit conséquences de la précarité.

Le but du PRAPS est de mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la santé, de mieux comprendre les racines des inégalités sociales et de faire évoluer le système sanitaire et social dans un sens plus accueillant pour les personnes en situation de précarité. L'enjeu est d'amener les divers acteurs et financeurs du système de santé à infléchir leurs pratiques pour mieux répondre aux besoins des personnes démunies.

Le PRAPS Ile de France (15)

Parmi les axes de travail retenus par le PRAPS Ile de France dans sa programmation 2001-2003 figure l'orientation : « prise en charge des populations en habitat caravane ».

L'utilisation de l'appellation « populations en habitat caravane » vise la prise en compte de plusieurs types de populations :

- les « gens du voyage », itinérants ou devenus sédentaires, titulaires ou pas de titre de circulation
- les « Roms/Tziganes » en provenance récente d'Europe Centrale
- les autres personnes ou familles dont l'habitat caravane résulte d'un processus d'exclusion récent, observé notamment dans les zones périurbaines de Seine et Marne.

Les **trois priorités** sont les suivantes :

1. **améliorer la connaissance** des conditions de vie et des besoins de santé de ces populations.

- constituer une base de données à la fois européenne, nationale et régionale.
- rassembler la documentation spécifique à la santé de ces publics.
- recensement des intervenants.

2. **Favoriser l'accès aux dispositifs** de droit commun.

- création d'un comité régional de vigilance.
- information/formation des professionnels et mise à leur disposition de « kits de communication » comportant, par exemple, des supports photographiques à l'usage des publics concernés.

3. **Favoriser l'usage du système de santé** par l'approche familiale et la prise en compte des spécificités culturelles.

- identification, formation et coordination de médiateurs santé au sein même des publics visés ; (au moins 2 personnes par département).
- développer les actions prioritaires en soutenant les initiatives locales partenariales qui paraîtront adaptées aux besoins des publics concernés (actions pluriannuelles).

➤ **Textes de référence** : annexe IV.c.

➤ **Des textes à la pratique**

Dans son document de programmation 2001-2003 sur les PRAPS, la DRASSIF fait les constats suivants concernant l'état des lieux et les difficultés de mise en place des PRAPS :

« - des données épidémiologiques éparses concernant les personnes en grande précarité ;
 - l'existence, préalablement à l'entrée en vigueur de la CMU, d'un arsenal juridique complexe et producteur d'inégalités entre départements franciliens, en termes de conditions d'accès et de prestations ;

une offre de soins pour les plus démunis qui demeure majoritairement centrée sur l'hôpital, lequel a besoin de s'adapter pour les prendre en charge de manière plus satisfaisante ».

Concernant la mise en place de la CMU le document de la DRASSIF apporte les commentaires suivants :

« Les points de coordination qui ont lieu régulièrement entre les services de l'État et les caisses d'Assurance-Maladie mettent en évidence le retrait d'un grand nombre de centres communaux d'action sociale(CCAS) en Ile-de-France.

Cette position de retrait vaut pour l'élection de domicile. Elle vaut aussi, semble-t-il, pour l'information des demandeurs, pour l'aide à la constitution des dossiers, qu'il s'agisse d'ailleurs, de demandes d'accès à la CMU ou à l'aide Médicale de l'État. »

Dans le même ordre d'idée et pour illustrer les difficultés parfois rencontrées au niveau communal, un rapport établi en mars 2000 par le pôle social de la DDASS des Yvelines (78) sur l'état des lieux du dispositif RMI décrit « la faible implication des communes dans le dispositif » en insistant sur quatre phénomènes (39) :

- ① des centres communaux d'action sociale ne reçoivent pas les demandes de RMI ;
- ② ceux des centres communaux qui reçoivent les demandes de RMI n'assurent pas forcément le suivi des bénéficiaires de RMI ;
- ③ une inégale répartition entre les centres communaux d'action sociale et le service social départemental pour le suivi des bénéficiaires du RMI.

Moins de 25% des contractualisations sont assurées par les CCAS.

- ④ une proportion importante de communes de plus de 10 000 habitants ne respecte pas l'obligation légale en matière de RMI et notamment les plus importantes du département.

Parmi les communes dont la population dépasse 20 000 habitants près de 2/3 des CCAS des Yvelines ne font pas le suivi de bénéficiaires du RMI.

Dans la tranche des communes dont la population est comprise entre 10 000 et 20 000 habitants, cette proportion représente $\frac{3}{4}$ des CCAS.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Une circulaire du ministère de l'Emploi et de la Solidarité datée du 17 décembre 1998 note que « La montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée, aux portes des hôpitaux -en général des urgences- d'un nombre croissant de malades qui parfois connaissent des difficultés d'accès aux soins ambulatoires » et la nécessité « d'adapter les structures, de changer les mentalités et les pratiques professionnelles ».

Afin de prendre en compte cette réalité, la loi du 29 juillet 1998 a souhaité rappeler aux hôpitaux leur mission traditionnelle et a mis en place dans le cadre des PRAPS, des permanences pour l'accès aux soins de santé (PASS).

L'objectif poursuivi est de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion, afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins et d'inciter l'hôpital à se soucier du suivi des patients à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

L'hôpital doit, au delà de sa mission de soins, contribuer au « dépistage des souffrances sociales » et s'attacher à établir un premier contact médical avec des populations qui ne peuvent ou n'osent pas venir à lui.

L'hôpital doit également favoriser la réinsertion des patients dans le circuit du droit commun d'accès aux soins.

➤ **Textes de référence** :annexe IV.d.

➤ **Des textes à la pratique**

En juin 2000, l'institut humanitaire a rendu un rapport à la suite de la mission d'accompagnement à la mise en œuvre des permanences d'accès aux soins qu'il s'était vu confier en septembre 1999 (25).

Les principaux enseignements sont les suivants :

- sur le plan quantitatif 80 permanences sont opérationnelles sur les 250 prévues ;
- sur le plan qualitatif Jacques Lebas note que la mise en place des PASS repose encore trop sur l'énergie de quelques individus , que le processus est lent à se mettre en place et qu'en particulier doit s'exprimer clairement la volonté des autorités de tutelle.

Enfin le rapport souligne la nécessité d'un véritable « changement culturel » pour les pratiques professionnelles et d'un plan de formation des divers professionnels en la matière (soignants et non soignants).

Par ailleurs le document PRAPS élaboré par la DRASIF note la nécessité d'une plus grande coordination des services hospitalier avec les intervenants extérieurs.

Les conventions entre l'État et les établissements de santé

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participants au service public hospitalier concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité.

Ces conventions s'appliquent aux personnes qui résidant habituellement en France sans y posséder ni domicile fixe, ni résidence stable, sont de passage ou séjournent temporairement dans le département au moment où elles demandent à bénéficier des soins médicaux et sont dépourvues de ressources et de droit à un régime de protection sociale.

Le recours aux conventions doit donc être exceptionnel.

Ces conventions prévoient que les dépenses engagées en faveur des personnes démunies par l'établissement de santé sont en totalité remboursées au titre de l'aide médicale de l'État. L'objectif affiché étant que 800 conventions soient en vigueur en 2000.

➤ **Textes de référence** : annexe IV.e.

➤ **Des textes à la pratique**

Le principal problème identifié réside dans les retards ou les non paiements par l'État des dépenses ainsi engagées dans les hôpitaux, et des réticences que cela peut induire de la part des services économiques des établissements concernés.

Le rôle et la place des associations

Le rôle d'acteur de soins effectif est celui qui est évoqué quasiment à l'unanimité lors de nos entretiens.

Il en va de même en ce qui concerne le rôle d'interpellation des pouvoirs publics.

La place occupée dans la domiciliation est soulignée.

Une troisième catégorie de rôle regroupe des thèmes multiples parfois en relation d'ailleurs avec les précédents : capitalisation d'expérience, échanges d'information, évolution des pratiques, information des populations, retour vers le droit commun, alerte lors des risques ou situations épidémiques.

« Médecins du Monde est la seule association de soins qui intervient auprès des Roms ».

« Le rôle du secteur associatif est celui d'une double information, celle des Roms sur leurs droits vis à vis du système de soins mais aussi concernant leurs droits vis-à-vis de la maltraitance à enfants ou vis à vis des pressions dont ils peuvent être victimes par des membres du camp ».

« Dans ce domaine les relations entre associations et pouvoirs publics sont « partenariat-dépendantes », ce sont des rapports de séduction et perversité... ».

« Dans le secteur du social, sans les associatifs, tout s'écroule ».

« Médecins du Monde sert de lien entre les différents acteurs et intervenants auprès des Roms, tout en bénéficiant de leur confiance et de leur écoute ».

Les avancées obtenues

L'avancée la plus tangible, la seule citée lors des interviews, concerne le fait qu'a été incorporé dans le PRAPS Ile-de-France un axe de travail concernant les populations en

habitat caravane, terme qui dans le PRAPS a une acception dépassant la seule population Tzigane.

Ce constat se retrouve dans les propos de plusieurs des personnes interviewées :

« L'expérience acquise dans le 92 et exploitée par les associations a pu être réutilisée dans le 95 ».

« C'est aujourd'hui quasiment le passage obligé pour obtenir la domiciliation, qui permettra d'obtenir l'AME ».

« Les associations cherchent à faire rentrer ces populations dans le droit commun, mais les DDASS ne leur en donnent pas les moyens en volume et les financements doivent être pérennes ».

« Nous n'avons pas obtenu que soient réunies les conditions minimales d'accueil, terrains, sanitaires, scolarisation ».

« On reste dans une gestion au jour le jour, c'est du rafistolage ».

« Le secteur associatif est un aiguillon traditionnel des pouvoirs publics, c'est un révélateur social, c'est pourtant un leurre de croire que l'État reprendra ces actions à son compte, cela fait partie de sa stratégie globale de repositionnement depuis les lois de décentralisation ».

« Cela fait partie du reflux global de l'État comme acteur de première ligne, ce rôle du secteur associatif est irréversible ».

3.1.3 Synthèse générale concernant l'accessibilité aux soins

Les différentes techniques mobilisées pour étudier les entraves à l'accès aux soins des Roms pointent des difficultés multiples autour de problèmes liés :

➡ à l'accessibilité administrative et légale

La domiciliation constitue manifestement un obstacle majeur, par son retentissement sur l'instruction de la demande d'AME, mais également par les conséquences de ne pas être reconnu comme appartenant à la commune avec ses implications : non viabilisation des terrains d'accueil, pas d'accès à l'eau et au ramassage des ordures, pas de scolarisation des enfants.

La complexité des textes qui réglementent le cas de la prise en charge des Roms, étrangers, mobiles, sans domicile fixe, ne parlant pas le français, quelquefois illégaux, fait que même

les professionnels ont du mal à se repérer dans les documents de référence dont on retrouve de longues listes dans les annexes.

On note la déconnexion entre l'esprit de la loi sur la CMU, son contenu et sa mise en application effective un an après le début de sa mise en œuvre, ce qui est encore tôt. Mais à examiner la longue liste des difficultés pratiques que l'on rencontre sur le terrain, on sent bien la nécessité de rester très attentif à ces aspects administratifs.

Ainsi constate t-on la position de repli dont font preuve un certain nombre de structures communales dans la prise en charge des problèmes de la précarité, dont le rapport de la DDASS 78 sur la mise en place du dispositif RMI et la programmation PRAPS 2001-2003 Ile de France se font l'écho.

➡ à l'**accessibilité fonctionnelle**

L'accueil à l'hôpital est réalisé par un personnel pas toujours bien préparé à la prise en charge de ce type de patients, et ce à tous les niveaux de la chaîne de soins.

Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'un accueil au service des urgences.

Les permanences d'accès aux soins de santé ont une couverture géographique incomplète, leurs implantations sont très liées au dynamisme local et ne concernent pas les établissements privés.

La mise en place d'une traduction, sur place ou téléphonique, reste l'exception.

Certains professionnels libéraux méconnaissent les modalités pratiques de la CMU et refusent les soins.

Certaines pharmacies ne délivrent pas les médicaments de crainte de ne pas être payées.

Les services de PMI qui, sur le terrain, sont en première ligne, ont affaire à une population qui nécessite d'aller à sa rencontre car elle ne connaît pas les lieux de consultation. Ce service ne peut en outre délivrer de soins curatifs.

➡ à l'**accessibilité géophysique**

L'instabilité du séjour de la population sur un même site, instabilité dont les causes sont multiples : expulsions, recherche de travail, pressions internes au groupe, pénalise fortement les conditions de l'accès aux soins.

Les Roms doivent localiser les structures médicales dans la nouvelle commune de séjour.

Les séjours courts sur un site, ne permettent aucun aménagement minimal, en particulier en matière d'hygiène.

Il est difficile dans de telles conditions d'instaurer sur le terrain une relation suivie, une mise en confiance et une connaissance réciproque. Ceci handicape la gestion des dossiers dans leur dimension sociale ainsi que tout travail de prévention en matière de santé.

➡ à l'**accessibilité financière.**

Le principal mode de consultation des populations Tziganes se fait via les services des urgences hospitalières, où les soins sont toujours délivrés.

Si l'on accepte cette discrimination de fait, les motifs financiers n'interviennent que de façon collatérale.

La question économique se pose pour le suivi des traitements quand ceux-ci ne sont pas délivrés intégralement à la sortie de l'hôpital, ou quand une pharmacie privée refuse d'honorer une prescription.

Elle se pose également quand une famille séjournant dans une zone éloignée d'une structure hospitalière doit avoir recours en urgence à des praticiens libéraux ou à des établissements de soins privés.

Enfin, le coût des transports pour se rendre du lieu de vie à l'hôpital le plus proche, constitue également un obstacle de nature à retarder une consultation.

Dans le travail que nous avons réalisé, les autres critères retenus pour étudier l'accessibilité aux soins apparaissent marginaux.

3.1.4 Analyse des résultats

À travers la présente étude, nous nous sommes fixé deux objectifs, qui sont d'étudier les déterminants de l'accès aux soins des Roms étrangers, ainsi que d'analyser le jeu des différents acteurs présents sur le terrain en la matière. Ce sont donc ces deux points qui servent de guide à l'analyse des résultats obtenus.

3.1.4.1 Un accès aux soins possible mais limité aux seules consultations en urgences dans les hôpitaux publics

La population étudiée dans le département du Val d'Oise est en grande partie composée de ressortissants étrangers dont une bonne proportion se trouve en situation irrégulière.

Pour ceux-ci les contacts avec les structures de soins se limitent aux établissements de santé publics, sans que nous n'ayons pu mettre en évidence de refus de soins à leur égard.

En revanche la fréquentation du secteur libéral, des établissements privés et des pharmacies d'officine leur reste fermée.

Outre la stigmatisation que cela entraîne, ce phénomène retentit sur le suivi des soins et des traitements, particulièrement quand ces derniers ne sont pas entièrement délivrés avant la sortie de l'établissement.

3.1.4.2 Des difficultés d'accessibilité variées mais dominées par des aspects administratifs

Le statut d'étranger irrégulier, la mobilité permanente non désirée dominant le constat. Cette mobilité encore présente dans nos représentations comme constitutive d'une « culture quasi folklorique » des Tziganes trouve en fait ses racines dans la quête de la survie économique, les expulsions par les forces de l'ordre ou les violences internes ou externes au groupe.

Les procédures administratives nécessaires à l'octroi de l'Aide Médicale de l'État qui complète le dispositif de la Couverture Maladie Universelle sont d'une grande complexité, totalement méconnues des Roms, d'un certain nombre de professionnels du soin et parfois même de professionnels aguerris du champ médico-social.

Leur mise en œuvre sur le terrain souffre donc de ces difficultés, parfois renforcées par la mauvaise volonté de certains intervenants. Tout cela aboutit à un fossé important entre le cadre réglementaire et sa mise en jeu effective au profit de ces populations, retardant la prise en charge médicale dans un certain nombre de cas.

Au titre de l'inscription à l'AME, la domiciliation est une démarche incontournable. Aux termes de la loi, les CCAS ainsi que certaines associations autorisées sont seuls habilités à les réaliser. On constate l'attitude d'opposition très nette de la plupart des communes à cet égard ainsi qu'en ce qui concerne les travaux d'aménagement à minima sur les terrains d'accueil, aboutissant sur les sites visités, à des conditions de vie infra-humaines et particulièrement choquantes dans le contexte de nos pays européens en pleine reprise économique. En matière de domiciliation, les associations jouent un rôle primordial de « substitution » de l'échelon municipal.

On note également des difficultés dans les relations avec le personnel hospitalier, faites de méconnaissance mutuelle, de situations de grande détresse, d'un recours aux soins toujours réalisé sur le mode de l'urgence, avec la famille au grand complet et parfois alimentés d'une certaine agressivité réciproque.

À cela il faut ajouter la barrière de la langue et les incompréhensions qui en découlent parfois.

Enfin on note en Ile de France un retard dans la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins, dispositif constituant une stratégie de réponse plus adaptée à la prise en charge des populations en situation de grande exclusion ou de marginalité.

3.1.4.3 Des acteurs complémentaires mais souvent dans l'interpellation ou la confrontation

Les communes, les Conseils généraux, la Préfecture, la DDASS, les services hospitaliers des urgences ainsi que les services sociaux et les associations sont les principaux acteurs présents sur le terrain.

Les associations sont les acteurs de première ligne dans le soin, l'orientation, la domiciliation, l'accompagnement social et dans certaines situations d'urgence épidémique ou sociale à travers l'interpellation médiatique ou politique.

Ces rôles d'aiguillon ou de « mouche du coche » reposent sur la légitimité due au contact direct avec les populations Roms. Ces interpellations sont, en grande partie, dirigées vers les services déconcentrés de l'État dont elle essaient de stimuler la mobilisation directe ou indirecte.

La DDASS du Val d'Oise a fait preuve d'une attention et d'une réactivité certaines qui se sont traduites dans l'implication des pôles médicaux, sociaux ainsi par la mobilisation du service santé-environnement.

Une partie de son implication a concerné les négociations avec les services préfectoraux, pour éviter les expulsions et favoriser une relative stabilité compatible avec la mise en place d'actions de santé telles que des séances de vaccination ou la mobilisation des services de PMI du Conseil général.

Son implication a également été de nature financière, dans le soutien à des projets conduits par les associations et en particulier par Médecins du Monde.

Elle s'est manifestement retrouvée dans un jeu d'équilibre subtil entre des préoccupations de maîtrise des risques sanitaires et des pressions visant à des expulsions des Roms par les forces de l'ordre à la demande de certaines communes.

Les implications des services de PMI du Conseil général se sont faites de façon marginale dans la participation à des actions ponctuelles, sur injonction de la DDASS.

Bien souvent la contribution des communes est minimaliste. Les actions positives se limitent dans le meilleur des cas, à la mise à disposition d'une benne à ordures.

L'hôpital de Pontoise a constitué un acteur important, présent et efficace, en particulier à travers les rôles tenus par son service social et le service des urgences.

Manifestement le recours au secteur associatif s'est instauré au fil des années en véritable stratégie de réponse aux problèmes de l'accès aux soins des Roms, à la fois dans le contact de proximité de première ligne allant au devant de la population Tzigane, et en constituant un outil de contournement de certaines difficultés, en particulier pour résoudre les problèmes liés à la domiciliation des étrangers .

L'Asav est née de la volonté conjointe d'un sous-préfet et d'un directeur de DDASS, et l'un de ses mandats forts réside dans la domiciliation des gens du voyage.

Le service social de l'hôpital de Pontoise emprunte la voie de l'association des patients pour réaliser la domiciliation de patients Roms et permettre ainsi la constitution de dossiers d'AME.

Médecins du Monde est passé d'un projet de consultations et de veille sanitaire à la constitution d'un collectif d'associations de Droits de l'Homme, visant à dénoncer les atteintes aux droits considérés comme fondamentaux des Tziganes.

Les initiatives décrites participent d'une préoccupation commune des acteurs impliqués de contribuer à résoudre des problèmes dont la traduction pratique s'exprime par le non accès aux soins.

Un certain nombre des actions décrites visent à solutionner le problème de la domiciliation, cependant la plupart des acteurs s'accorde à penser que la solution est fondamentalement politique.

Or de ce point de vue des évolutions récentes, certes timides, sont perceptibles.

3.1.4.4 L'émergence de décisions témoignant d'une approche politique

Le PRAPS Ile de France dans sa programmation 2001-2003 comporte un volet qui concerne plus particulièrement les populations dites « en habitat caravane ». Parmi ces dernières, les Roms originaires d'Europe centrale sont nommément cités. Les actions programmées concernent essentiellement une meilleure connaissance de ces populations, ainsi que la facilitation du retour dans le système de droit commun.

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité est partenaire de Médecins du Monde dans l'organisation du récent colloque tenu à Paris sur le thème « Promouvoir la santé d'une minorité en détresse ».

Les résultats obtenus ainsi que les éléments d'analyse qui précèdent font par ailleurs émerger un certain nombre de points qui méritent discussion ou nécessitent, pour le moins, d'être soulignés.

3.1.5 Discussion

3.1.5.1 Le Val d'Oise, une réalité locale spécifique ; les Roms toujours en mouvement

Notre travail a porté sur une réalité géographique particulière, plus précisément le département du Val d'Oise, dont nous nous sommes efforcés de décrire les caractéristiques, les acteurs en présence et leurs logiques, les opportunités et les résistances en matière d'accès aux soins.

Nous avons, par ailleurs, eu l'occasion de démontrer que la population Tzigane était en déplacement permanent pour des raisons multiples. Dès lors, ces migrations l'amènent à côtoyer des environnements, des contextes et des acteurs toujours différents, empêchant toute généralisation à partir des résultats de notre étude et renforçant la nécessité d'une prise en charge et d'une mobilisation des services déconcentrés et des autres acteurs toujours en prise avec les réalités du contexte local, en particulier au plan politique.

3.1.5.2 Une conjonction de facteurs qui ne peut constituer un modèle, mais des enseignements à partager

Si le jeu des acteurs constitue une réalité locale spécifique et certainement peu reproductible à l'identique, il n'en demeure pas moins que le contexte étudié permet de pointer un certain nombre d'éléments, de mécanismes, de jeu d'acteurs. Les connaissances acquises peuvent amener les services déconcentrés de l'État, dans un autre département, à prendre des décisions à la lumière de l'expérience capitalisée dans le Val d'Oise. Pour le moins, l'expérience acquise dans ce département permet de repérer des écueils, ainsi que la nécessité que soient réunies certaines conditions pour que l'accès aux soins des Roms ait quelques chances de devenir une réalité locale.

3.1.5.3 Une mise en œuvre du PRAPS Ile de France sous condition

Le PRAPS se propose de travailler essentiellement dans deux directions à l'égard des gens du voyage : étudier localement les problèmes sanitaires des gens vivant en habitat caravane et soutenir les actions visant à la fois l'entrée dans le droit commun et le soutien direct à la santé des Roms.

Nous avons vu combien l'accès aux soins est « conditions locales dépendantes » ainsi que le rôle que joue le secteur associatif dans la prise en charge de ce type de populations.

Que se passera t-il dans les départements où de telles conditions ne seront pas réunies et en particulier dans ceux où les associations n'auront pas la même mobilisation ou le même savoir-faire ?

Comment, dès lors, empêcher que le bouche à oreille fonctionnant parmi les Roms, ne les fasse converger systématiquement vers des départements réputés plus accueillants jusqu'à provoquer dans ceux-ci une réaction de rejet ?

3.1.5.4 L'existence d' une double tension, sécuritaire et sanitaire

L'analyse des résultats obtenus souligne le difficile équilibre local entre des préoccupations de sécurité sanitaire, pour les Roms eux-mêmes et pour la population environnante, dont un épisode de méningite cérébro-spinale a constitué une illustration, témoignant de la nécessité pour pouvoir intervenir d'une relative pérennité dans la localisation des Roms, et les différentes pressions locales conduisant à des expulsions répétées dont Orly (Val de Marne) a offert un exemple récent en octobre 2000.

Cela nous amène à questionner les tensions incontournables entre des préoccupations de santé publique et la répartition territoriale des compétences, via l'action publique locale. La mise en place des PASS, la politique de domiciliation ou la mise en place du RMI, nous donnent des exemples de dispositifs à « géométrie variable » dans leur vitesse de mise en œuvre.

3.1.5.5 La revendication d'une nation Rom non territoriale dans une Europe politique en construction

Le cas des Roms/Tziganes d'Europe de l'Est représente un cas particulier, en ce sens qu'ils constituent à l'évidence un peuple européen victime d'une stigmatisation qui est le seul dénominateur commun de la politique des différents pays dans ou hors Union à leur égard...

Durant l'été 2000, la tenue du Congrès mondial des Roms à Prague a été l'occasion de revendiquer la reconnaissance d'une nation Rom non territoriale (Libération 25 juillet 2000).

Cette revendication n'est pas purement symbolique. Elle repose sur l'analyse qu'une citoyenneté européenne commune est en train d'émerger, en même temps que se maintient l'appartenance à telle ou telle nation, et que dès lors nationalité et citoyenneté ne doivent pas nécessairement coïncider. Cela conduit notamment les Roms à revendiquer d'avoir une représentation aux Nations unies, et pas seulement en tant qu'organisation non gouvernementale comme c'est le cas aujourd'hui.

Ainsi pour Vaclav Havel, Président de la République tchèque, « la façon dont sont traités les Tziganes représente le vrai test, non seulement pour une démocratie mais d'abord pour une société civile ».

Dans une certaine mesure, la résolution des problèmes concernant le sort réservé aux Roms constitue un test symbolique et politique important dans le contexte d'une Europe sociale en construction.

3.1.5.6 Le secteur associatif , acteur incontournable du champ sanitaire et social

Au-delà des rôles et place des associations dans le dispositif de prise en charge de la santé des populations Roms étrangères et de la solution « alternative » qu'elles apportent, émergent des questions qui renvoient plus globalement à la position qu'occupe le secteur associatif dans le dispositif de santé publique.

Par ailleurs, nous avons pu constater que pour la plupart des protagonistes, le recours à cette forme organisée de la société civile s'inscrit dans une véritable stratégie de contournement des contraintes de terrain.

Cela nous amène à aborder dans le chapitre suivant des questions plus larges quant au positionnement social et politique de ce secteur.

3.2 LES ASSOCIATIONS COMME ACTEURS ECONOMIQUES SOCIAUX ET POLITIQUES

3.2.1 Le poids économique

Les Assises nationales de la Vie associative des 20 et 21 février 1999 ont été, en France, une reconnaissance par les pouvoirs publics de l'importance et du dynamisme de ce secteur. Alors qu'avant 1970 on créait moins de 20 000 associations, il s'en crée actuellement chaque année plus de 60 000 tous secteurs confondus (5).

C'est l'initiative privée qui fait de plus en plus face à des risques sociaux non prévus par l'État-providence : le handicap, la dépendance, l'exclusion, le sida, la drogue ...

L'emploi salarié en 1995 dans le tiers secteur est important : 960 000 salariés en équivalent temps-plein, soit 4,9% des emplois rémunérés en France.

Au travail salarié s'ajoutent de très nombreux bénévoles. La même année les heures de travail bénévole représentent 1 010 000 emplois équivalent temps plein (ETP).

Ce secteur se caractérise par sa forte concentration : quatre domaines sont en effet largement prédominants, quel que soit le critère envisagé (nombres d'association, budget, emplois ou bénévolat) : les services sociaux, l'éducation et la recherche, la santé, et l'ensemble culture, sports et loisirs.

En 1995 le budget global des associations est de 290 milliards de francs, soit l'équivalent du chiffre d'affaire de l'ensemble des services d'eau, gaz et électricité.

Le secteur sanitaire totalise 15% de l'ensemble des dépenses courantes et 16% de l'emploi total du tiers secteur. Toutefois, dans ce domaine, le secteur public prédomine largement dans notre pays.

Le domaine des services sociaux représente le poids économique le plus important. Il représente 33% des dépenses courantes et 40% de l'emploi total du tiers secteur.

En 1995, les associations des services sociaux emploient environ 380 000 personnes en ETP, soit autant que les postes et télécommunications. Il faut remarquer que l'emploi y a

plus que doublé entre 1980 et 1990 et qu'il s'agit de l'unique domaine d'activité pour lequel l'emploi est majoritairement associatif avec 58% des effectifs des travailleurs sociaux.

Les services destinés à l'ensemble de la population sont généralement gérés par les pouvoirs publics, tandis que les services sociaux orientés vers les populations pauvres ou en difficulté, délivrant des services personnalisés ou répondant à de nouveaux besoins sociaux, sont surtout gérés par les associations. Ainsi les associations gèrent 55% de l'ensemble des établissements et services pour personnes en difficultés. Dans le cas des établissements pour adultes handicapés cette proportion atteint 97%.

En ce qui concerne globalement l'origine des ressources, deux caractéristiques essentielles du financement sont à souligner :

- la très large prépondérance du financement public (166 milliards de francs soit 58% des ressources)
- la faiblesse des dons privés (22 milliards de francs soit 7,5% des ressources).

Ces caractéristiques sont valables pour les deux secteurs qui nous occupent puisque la santé et les services sociaux sont respectivement à 80 et 58% de financements publics.

De 1990 à 1995 la structure des ressources du secteur associatif montre une privatisation de ces ressources : un peu moins de financements publics, un peu plus de dons et surtout de ressources propres.

3.2.2 Typologie des associations

Pour exprimer et construire la demande sociale, les associations revendiquent un rôle basé sur la perception à courte distance des demandes individuelles. Ce rôle consiste à les agréger les unes aux autres et à leur donner une expression collective et publique : soit dans le cadre d'actions revendicatives et protestataires, soit dans celui d'initiatives de terrain plus ou moins novatrices, où s'opère l'expérimentation d'une offre correspondant aux besoins pressentis, soit enfin, dans des instances de représentation où sont relayées les demandes préalablement perçues au contact des populations concernées.

Au total se dégagent trois fonctions : tribunitienne, expérimentale et représentative.¹²

¹² H. Théry, *Faire Société*, op. cit., p. 41.

C'est dans un cadre triplement contractuel que l'association d'action sociale est amenée à réaliser sa mission. Les principaux textes concernant ces associations distinguent trois espaces différents :

- le champ associatif avec la loi de 1901, les statuts qui organisent l'association dans le cadre de la liberté contractuelle, le règlement qui le plus souvent vient les préciser, l'ensemble des délibérations des instances dirigeantes. L'ensemble de ces textes constitue le contrat associatif ;
- le champ salarial avec le Code du travail et l'ensemble du droit social, la convention collective appliquée par l'association, les éventuels accords d'entreprise, son règlement intérieur et les contrats de travail des ses salariés. L'ensemble de ces textes constituent le contrat salarial ;
- le champ administratif enfin, dont les textes sont nombreux et dépendent pour partie des missions de l'association.

Selon la place que l'association va accorder à chacun de ces contrats on peut dégager une typologie :

- ◆ L'association caritative ou très engagée où le contrat associatif est fortement investi mais où le champ salarial et administratif est secondaire ;
- ◆ L'association administrée où le contrat avec les pouvoirs publics est sur valorisé au détriment du contrat associatif et du contrat salarial ;
- ◆ L'association employeur pour qui le contrat salarial constitue l'essentiel de son investissement.

Ce triple contrat, les contraintes et les potentialités qu'il implique n'ont de sens qu'au service d'un projet d'action solidaire : c'est le **projet associatif**.¹³

Ce projet associatif, qui se veut projet d'action sociale peut être analysé à plusieurs niveaux : organisationnel, institutionnel et politique, des orientations et des valeurs en débat.

Le niveau **organisationnel** du projet concerne les modalités de fonctionnement associatif, la répartition des tâches, notamment entre bénévoles et salariés, les organigrammes et globalement le projet d'intervention, le projet programmatique. Les questions tournent autour de la gestion du dispositif, de ses modes de financement, des circuits administratifs.

Le niveau **institutionnel et politique** du projet concerne les stratégies d'action, la capacité de l'association à se situer dans l'élaboration des politiques publiques. C'est aussi sa capacité d'influence sur la formation des normes. On parlera ici de projet stratégique. L'intervention sociale est alors envisagé au niveau politique et institutionnel en termes de légitimité et d'évolution des lois et de la réglementation.

¹³ J. Afchain, *Faire société, op. cit.*, p. 176.

Le troisième niveau du projet concerne le débat sur les finalités de l'action, les systèmes de valeurs qui orientent cette action. On parlera ici de projet d'**orientation**. L'action en direction des personnes en difficultés est ici envisagée dans des enjeux de société, à l'intérieur d'un débat sur l'homme et les rapports sociaux. L'association est alors en débat sur ses finalités et les inscrit dans des enjeux de société qui peuvent la conduire à développer un projet de transformation sociale.

Ces dernières considérations nous amènent à la sphère du positionnement sociologique et politique du secteur associatif.

3.2.3 Les aspects politiques

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, l'État a pris conscience « de la nécessité de prendre en charge le domaine sanitaire et social jusque-là abandonné dans une large mesure à l'initiative privée...Il va y rencontrer les associations qui l'y ont devancé... ».

« Tenté de les éliminer, il doit, face à leur regroupement, prendre conscience de leur action et de la difficulté de les remplacer par des organismes publics.

S'instaure alors une complémentarité de l'action administrative et associative qui rencontre deux types de difficultés :

- d'un côté, si l'État reconnaît que l'aide financière accordée aux associations sera beaucoup moins onéreuse pour lui que leur remplacement par des organismes administratifs, sa tradition le pousse à développer des contrôles financiers étroits perçus comme réducteurs de la liberté ;
- de l'autre côté, les associations qui trouvent leur ressort dans la grande loi libérale de 1901 vivent mal ces intrusions au cœur de leur fonctionnement et restent défiantes. » ¹⁴

De façon très schématique, ces positions aboutissent au fil des années à une situation qu'illustrent les trois « plus » :

- plus de moyens pour les associations ;
- plus de normes et de règles pour régir leur action ;
- plus de surveillance et de contrôle à leur endroit de la part de l'administration.

¹⁴ P. Ligneau, *Faire société*, op. cit ., p. 76.

Selon les associations, les rapports qui régissent leurs relations avec l'État oscillent entre diverses positions rencontrées en pratique, celles de **partenaires**, de **contractants** ou **d'auxiliaires des pouvoirs publics**.

Pour Jean Noel Chopart (49) la « marchandisation » de l'action sociale a cinq conséquences :

- la pratique de plus en plus fréquente de la « sous-traitance » aux associations, ce qui se traduit par une précarisation des emplois sociaux ;
- une réingénierie des services et une modification des organigrammes qui affectent la définition des qualifications des différentes professions sociales ;
- une réorganisation de la ligne de front. Le développement d'une fonction d'accueil généraliste ;
- un certain recul des ambitions sociales qui conduit à confier aux groupes concernés la propre gestion de leurs difficultés. Cela se traduit par un appel de plus en plus fréquent au bénévolat et à l'émergence des « petits métiers de proximité » ;
- une tendance marquée à transformer l'« ayant droit » en « usager » de services sociaux, ce qui conduit à une inflation de « métiers de domicile » marqués par une faible qualification.

Philippe Warin insiste sur ce dernier point : « l'irruption des logiques comptable, productiviste et marchande dans le secteur social s'appuie sur une rhétorique de la satisfaction de l'utilisateur ».

Dans le chapitre suivant nous reviendrons sur cet « usager » en outre confronté à des logiques catégorielle ou professionnelle.

3.2.4 Les aspects législatif et réglementaire de ces évolutions

Deux phénomènes importants vont concourir à ces évolutions dans les relations entre pouvoirs publics et associations, le constat d'une forte augmentation des besoins de la population dans les champs sanitaire et social accompagné d'un manque de rationalité dans la répartition des équipements et leur implantation, ainsi qu'une mutation politique importante avec le vote des lois de décentralisation.

La recherche de la collaboration associative dans les législations sectorielles.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 offre la possibilité aux établissements privés à but non lucratif de collaborer au service public hospitalier.

La loi du 31 juillet 1991 est plus contraignante en permettant aux pouvoirs publics de vérifier si le projet de soins de ces établissements est compatible avec les nouveaux schémas d'organisation sanitaire institués en complément de la carte sanitaire initiale.

La recherche de collaboration s'institutionnalise en outre avec l'obligation pour chaque établissement de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

C'est surtout dans le secteur social et médico-social qu'apparaît la reconnaissance du rôle des associations de solidarité.

Ainsi dans la loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975, est lancée une véritable convocation au secteur associatif pour participer à la mission de soutien aux handicapés.

Cette technique de mobilisation se retrouve dans la loi sur le RMI du 1^{er} décembre 1988 et dans la loi Besson sur le logement du 31 décembre 1990.

Cette mobilisation collective trouve son point d'orgue dans le vote de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 avec des associations elles-mêmes regroupées dans un collectif « Alerte ». Cette loi parle d'un « impératif national » (art 1^{er}) et mobilise « toutes les institutions sociales et médico-sociales », notamment « les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion ».

Ces reconnaissances législatives valent en outre aujourd'hui aux associations d'être représentées dans les grands organismes nationaux à caractère social : Conseil économique et social, Conseil national consultatif des personnes handicapées, Conseil supérieur de l'aide sociale...

Le nouveau partage des pouvoirs opéré par les lois de décentralisation et ses suites.

Dans le prolongement de la loi du 2 mars 1982, les législations sur la décentralisation de l'aide sociale et la santé ont été principalement celles du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986.

Jusqu'alors le préfet représentait non seulement l'État mais encore l'exécutif du département. Les conseillers généraux votaient le budget largement sur ses propositions et la répartition des crédits entre budget de l'État et budget départemental obéissait à des règles de financement croisés qui permettait à l'autorité préfectorale d'assurer une certaine cohérence entre les dépenses sociales d'ensemble et leur répartition.

Indépendamment de leurs rapports avec les organismes sociaux (CPAM, CAF, MSA), les associations devaient s'adresser essentiellement aux services de l'État, au travers des DDASS.

Depuis 1984, les institutions sociales privées ont deux interlocuteurs sinon trois :

- pour les affaires relevant de la compétence de l'État, le préfet et les services de la DDASS lorsqu'il s'agit du secteur social et médico-social resté dans leur compétence (art.35 de la loi du 22 juillet 1983) et le nouveau directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

pour les établissements privés de santé et pour quelques autres budgets de soins relevant de l'assurance maladie depuis l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 ;

- pour l'essentiel du secteur social et médico-social (loi du 24 juillet 1983, art.32), c'est désormais le Président du Conseil général aidé par ses services d'action sociale générale, d'aide sociale à l'enfance, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance et de quelques services spécialisés dans la lutte contre les fléaux sociaux qui constituent les interlocuteurs habituels.

Sont désormais sous la responsabilité du département le règlement départemental d'aide sociale fixant les prestations facultatives complémentaires susceptibles d'être prises en charge, les schémas départementaux des établissements et services (hormis les établissements pour handicapés relevant d'une compétence conjointe entre État et département).

De même c'est le Président du Conseil général qui autorise dans les domaines de sa compétence les créations d'établissements et de services, les habilitations financières, les conventionnements éventuels et qui fixe les tarifications – à part quelques secteurs de compétence conjointe avec le préfet.

Le budget d'action sanitaire et sociale représente en moyenne plus de 50% du budget de fonctionnement du département et 80% des prestataires de services dans ce domaine relèvent du secteur privé à but non lucratif.

Du point de vue des associations, les principales limites de cette réorganisation résident dans la pluralité des acteurs publics et dans les imprécisions quant aux frontières de compétences.

La prise en charge du handicap constituant un exemple emblématique de ces difficultés, la répartition théorique se faisant entre l'État (maisons d'accueil spécialisées, CAT, ateliers protégés) et le département pour l'hébergement en foyer.

« L'État le jour, le département la nuit... ».

Ainsi le secteur associatif doit-il se positionner dans ce contexte législatif et réglementaire en pleine mutation et évolution.

Il a par ailleurs à subir d'autres types de tensions.

Pour Michel Wievorka il s'agit également de lieux où se reconstruisent les engagements de base capables de contourner un double écueil : l'écueil d'une hyperprofessionnalisation technicienne accompagnée de fortes défenses corporatives et l'écueil d'un communautarisme sectaire où l'engagement affectif et la prégnance idéologique viendraient remplacer toute compétence professionnelle.

Le discours qui émerge autour de la notion de « démocratie sanitaire », les premières expériences et analyses des États généraux de la santé et des conférences régionales de santé interrogent sur les espaces réels à conquérir pour les citoyens profanes dans la codéfinition de la politique de santé publique dans notre pays. Dans ces différents espaces, la participation des citoyens s'est faite via le monde associatif pour une large part.

Les résultats de l'étude et de l'analyse qui précèdent permettent de dégager un certain nombre d'éléments utiles pour faciliter la mise en place d'actions sur le terrain au profit des populations Roms. Ces actions reposeront sur les acteurs présents et, à partir de l'analyse de la situation locale, cherchera à créer des synergies entre eux. Cela suppose une certaine capacité de négociation de la part des agents des services déconcentrés, pour faciliter la coordination entre intervenants de cultures parfois très différentes.

« La médicalisation des problèmes sociaux, nous le savons, porte en soi un risque totalitaire souvent décrit et critiqué depuis l'âge d'or de l'hygiénisme. Si nous devons nous méfier des dérives totalitaires de l'approche sanitaire, nous devons également prendre acte de la participation historique des professionnels de la santé au changement social. »

Fernando Bertolotto

4 LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROPOSITIONS

À la lumière de l'expérience décrite et analysée dans le Val d'Oise, il s'agit de dégager des propositions de nature à améliorer l'accès aux soins des Roms étrangers ou non séjournant dans un département.

Plusieurs buts sont visés :

- répondre de façon adaptée à leur situation
- réunir les conditions, les acteurs et les procédures facilitant le recours aux soins.

Dans un premier temps seront décrits les principes sur lesquels sont fondés ces propositions, principes qui ressortent des résultats de notre étude. Puis seront proposées des actions à mettre en œuvre au profit de l'accès aux soins des Tziganes.

Enfin nous dégagerons des propositions qui nous semblent aujourd'hui utiles, en relation avec la formation des MISP, du fait de la nécessité de mettre en pratique les directives gouvernementales en matière de lutte contre les exclusions.

4.1 LES PRINCIPES

4.1.1 Sécuriser les conditions du séjour

La relative pérennité du séjour est la condition sine qua non de la mise en place de toute intervention.

Pour cela le MISP et les autres acteurs des DDASS auront d'emblée à entrer dans un processus de négociation avec les communes et avec les services préfectoraux pour éviter l'expulsion de la population.

4.1.2 Intervenir sur les facteurs qui déterminent les conditions d'accessibilité aux soins

Les entraves principales qui se dégagent de la situation étudiée dans le Val d'Oise concernent la complexité administrative, les barrières linguistiques et culturelles et les interfaces avec les professionnels du soin.

Il en découle un certain nombre d'actions possibles :

- inventaire et stimulation de la mise en place effective des PASS dans le département.
- mise en place de modalités de médiation/accompagnement de la population Rom dans ses différentes démarches sociales ou de soins.
- mise en place de solutions permettant de créer les conditions effectives de la domiciliation, auprès des CCAS ou des associations.
- mise en place d'interventions de proximité « allant vers » la population en matière de diagnostic ou de soins, en faisant en sorte que les acteurs traditionnels présents sur le terrain sortent de leurs murs.

4.1.3 Mettre en place une coordination départementale et régionale

Le premier niveau de coordination concerne les acteurs de proximité : centre hospitalier, PMI, associations.

Par ailleurs, cette coordination vise à faire circuler l'information entre les différents acteurs et décideurs niveau régional. L'expérience prouve en effet qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir une stabilisation du séjour et que du fait de cette mobilité, parfois imposée, la gestion de la prise en charge et du suivi doit s'inscrire dans une logique interdépartementale.

Elle peut faire prendre en compte cette thématique dans le cadre du PRAPS, comme cela est le cas en Ile de France et alimenter les conférences régionales de santé.

Les services déconcentrés du ministère de la santé jouent un rôle pivot dans la mise en œuvre des actions en faveur des populations précaires telles que celle constituée par les Roms étrangers.

Dès lors la connaissance du contexte local, de la sensibilité des élus, des compétences présentes sur le terrain apparaissent comme des nécessités préalables à mise en place des

interventions. Il convient également d'avoir des repères sur les principaux besoins de santé auxquels il conviendra de faire face. Le chapitre suivant se propose d'apporter quelques éléments d'orientation en la matière.

4.2 PRISE EN CHARGE DES ROMS, ELEMENTS D'AIDE A LA DECISION

4.2.1 Préalables dans un département qui accueille ces populations

Les acteurs des DDASS doivent maîtriser un certain nombre d'informations sur le contexte local :

- ◆ Appréhender la sensibilité des différents élus municipaux et départementaux sur les questions liées à l'accueil des gens du voyage, afin de se familiariser avec la sensibilité globale du département sur le sujet ainsi que les différentes alternatives géographiques.

- ◆ Avoir un état des lieux du secteur associatif dans le département :

le nombre des associations, leurs domaines d'intervention, leurs compétences particulières, les moyens dont elles disposent ainsi que leur positionnement global .

- ◆ Avoir une bonne connaissance du dispositif de droit commun et de sa fonctionnalité.

Implication effective des CCAS dans la mise en place du RMI et de la domiciliation.

Mise en place ou non d'une PASS dans les hôpitaux, leur fonctionnalité réelle, le dispositif d'accueil aux urgences, l'implication des services sociaux.

État des lieux des services dépendants du Conseil général, services sociaux, PMI, actions de santé.

4.2.2 Mise en place des actions

Différentes démarches sont à initier de façon simultanée ou successive pour répondre aux besoins d'intervention qu'il convient d'identifier.

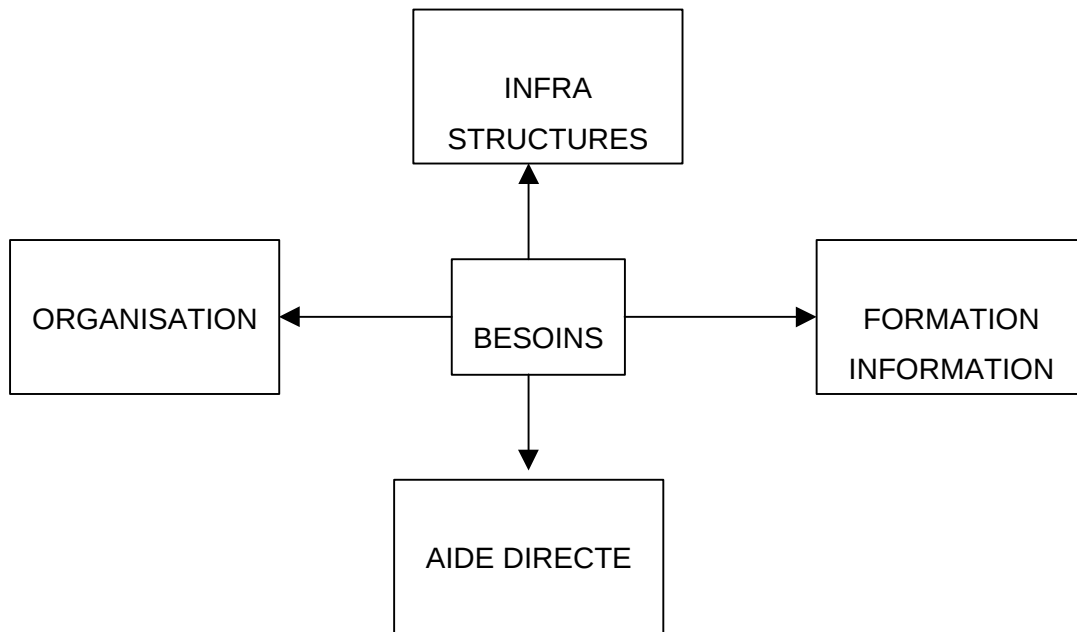
Deux étapes paraissent cependant devoir être démarrées d'emblée :

- ◆ Négocier pour sécuriser le séjour
- ◆ Mobiliser et coordonner les partenaires

Pour :

- avoir un diagnostic sanitaire et social
- expliciter les besoins en matière d'intervention.

Pour l'analyse des besoins de la population la grille suivante peut-être utilisée :



Les infrastructures concernent :

- l'enlèvement des ordures
- l'accès au camp par des chemins praticables
- l'accès à l'eau dans un périmètre proche
- la mise à disposition de toilettes et de douches
- les conditions de logement.

L'organisation pourra comporter :

- la mise à disposition d'un médiateur pour rencontrer les élus et entreprendre les différentes démarches administratives
- la traduction sur place ou dans les hôpitaux, au minimum par voie téléphonique (allo migrants services)
- l'accompagnement aux droits.

La formation/information portera plus particulièrement sur :

- la connaissance des droits
- le repérage des structures de soins et leurs rôles
- le suivi des grossesses
- la contraception
- les facteurs de risque cardiovasculaires
- la scolarisation des enfants
- les lois françaises.

L'aide médicale directe concernera essentiellement :

- les consultations médicales
- les consultations dentaires
- la couverture vaccinale.

- ◆ Dégager les actions prioritaires.

En fonction du diagnostic et de l'analyse des besoins, un tri est à réaliser pour dégager les actions qu'il faut mettre en œuvre.

- ◆ Mise en place des actions retenues avec les partenaires ad'hoc.
- ◆ Organiser la remontée d'information et sa transmission entre les acteurs départementaux et au niveau régional.
- ◆ Mettre en place un système de surveillance et d'alerte en cas de phénomène épidémique.
- ◆ Dégager les ressources financières nécessaires dans un délai court.

4.3 LA FORMATION DES MEDECINS INSPECTEURS

La loi cadre contre les exclusions, dans sa préparation ainsi que dans les modalités de sa mise en œuvre, constitue de façon emblématique une reconnaissance de la place des associations.

Par ailleurs nous avons pu décrire l'importance économique de ces dernières ainsi que les positionnements et les sensibilités que l'on y rencontre.

Le rapprochement de ces deux arguments nous paraît nécessiter une prise en compte, dans le cadre de la formation initiale des MISp, du rôle que joue aujourd'hui le secteur associatif.

Les services déconcentrés sont, en effet, amenés à travailler en permanence avec ce secteur.

Dès lors il nous semble important que les MISp connaissent :

- le mouvement associatif ;
- son histoire, son importance économique, sa place comme acteur social au service de l'évolution des politiques publiques ;

- ses courants d'opinion et de pensée, sa typologie ;
- ses particularités « culturelles ».

Ces différents points peuvent servir de base à une proposition de contenu pédagogique de formation.

Par ailleurs, et ceci est la conséquence de cela, il nous semble également utile que soit intégré un module de « négociation » avec le secteur associatif, mais dont la maîtrise par le MISP le rendra mieux armé pour exercer une profession qui chaque jour le conduit à de multiples interfaces avec un ensemble d'acteurs complexe et hétérogène.

« Si l'action sociale des pouvoirs publics se doit d'être organisatrice de dispositifs, cela ne veut pas dire instrumentalisation des acteurs, mais acceptation de leur appropriation critique en fonction des besoins des publics. Cette appropriation critique peut même aller jusqu'à la subversion provisoire de ces dispositifs. »
Jean-Pierre Hardy

CONCLUSION

Le Val d'Oise, département d'Ile de France, accueille régulièrement une population Rom étrangère provenant essentiellement d'Europe de l'Est.

Tous les facteurs de vulnérabilité sont présents : campement dans des zones insalubres, conditions d'hygiène déplorables en périphérie des centres urbains, habitat dégradé, absence de scolarisation des enfants, chômage, méconnaissance des droits et devoirs, barrière linguistique et image dégradée dans la population environnante.

Ainsi, tous les déterminants et indicateurs de santé sont-ils dans le rouge, alors qu'il s'agit d'une population européenne dans un pays de l'Union européenne.

Les informations collectées dans la présente étude orientent vers un taux de mortalité infantile nettement supérieur à celui de la population générale.

Globalement, les principales pathologies somatiques dont souffrent les Roms sont celles que l'on retrouve dans les populations en situation de grande exclusion en France avec quelques points spécifiques qui résident dans la sur représentation de l'obésité et des problèmes dentaires.

Pour les Roms étrangers et en particulier pour ceux qui sont en situation irrégulière, l'accès aux soins se résume à la fréquentation des services des urgences des hôpitaux publics.

Ils souffrent dans cette accessibilité aux soins, d'entraves multiples :

- un nomadisme non désiré, résultant dans un certain nombre de cas de procédures d'expulsion
- une méconnaissance des structures de soins, de leur localisation et de leur organisation
- une méconnaissance de leurs droits
- des difficultés d'accès à l'AME dues au problème de la domiciliation. Le niveau municipal constituant en la matière le maillon faible du dispositif dans le département étudié
- des difficultés dans la rencontre avec les acteurs du soin à l'hôpital, renforcées par la barrière et les incompréhensions liées à la langue

- un retard pris dans le calendrier concernant la mise en place des PASS et, là où ce dispositif n'existe pas, de la difficulté à obtenir la prise en compte de la dimension sociale que la situation des Roms requiert.

Ces résultats vont dans le même sens que les conclusions figurant dans le premier rapport publié par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale concernant la difficulté des populations précaires à faire valoir leurs droits.¹⁵

Pour pouvoir jouer leur rôle, les services déconcentrés se trouvent au centre d'une situation complexe dans ses déterminants et dans le jeu des acteurs en présence. Plusieurs facteurs concourent à créer des difficultés dans les interventions des DDASS : le manque d'information, les contraintes sécuritaires relayées par d'autres services et les limites de compétences avec les collectivités territoriales depuis les lois de décentralisation.

Des avancées et actions réelles sont notées dans ce département et plus généralement dans l'attention qui est accordée à la population Rom :

- la décision a été prise de faire financer conjointement par la DDASS, la CPAM et le Conseil général un médiateur
- la programmation 2001-2003 du PRAPS Ile de France annonce un volet concernant spécifiquement le diagnostic et des actions en faveur de la population en habitat caravane, dont les Roms
- le secteur associatif est soutenu dans ses actions à leur égard
- on constate de timides signaux d'une volonté institutionnelle de prendre en compte la problématique des Roms, aux niveaux français, européen et international, alors que dans le même temps émerge une revendication des Roms/Tziganes de reconnaissance en tant que nation européenne à part entière.

Le secteur associatif s'est érigé en véritable stratégie de contournement, au point que même des acteurs institutionnels comme les DDASS et les hôpitaux y ont recours.

Les associations jouent un rôle de premier plan dans le dispositif de soins que nous avons étudié, et plus particulièrement Médecins du Monde qui a évolué d'un projet de veille et d'assistance sanitaire de proximité à un projet beaucoup plus global tournant autour de la défense et de la reconnaissance des droits fondamentaux des Roms.

¹⁵ ASH n°2190 du 24 nov.-00, p.6

À ce titre, nous avons pu souligner le rôle plus général qu'occupe le tiers secteur dans sa revendication à peser sur l'élaboration des politiques publiques.

Nous avons pu illustrer la dimension politique d'un problème de santé publique qui confère aux actions entreprises sur le terrain toute leur dimension « d'opérateur de sens » dans nos sociétés (17), mettant par ailleurs en exergue la nécessaire complémentarité, voire confrontation des acteurs alors que se construit une Europe qui se veut sociale...

BIBLIOGRAPHIE

1. **ASAV**, Association pour l'Accueil des Voyageurs, Rapport d'activité 1998, Nanterre, 1999
2. **ASSOCIATION NATIONALE DES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL**, Action sociale et action humanitaire, ESF éditeur, Paris, 1999
3. **AUZIAS C**, (sous la direction de), Les familles Rom d'Europe de l'Est, Rapport de recherche au Ministère de la Recherche et à la Maison des Sciences de l'Homme, Institut de l'Enfance et de la Famille, Paris, 1993
4. **AUZIAS C**, Lexique, in Interventions médicales pour l'amélioration de l'état de santé de la population Tsiganes en Europe. Projet soumis au Conseil de l'Europe et à la direction générale de la santé, Médecins du Monde, Paris, 1997
5. **BLOCH-LAINÉ F**, (dir), **ARCHAMBAULT E**, Faire Société, Les Associations au cœur du social, Uniopps, Syros, Paris, 1999, 11-25p
6. **BLONDEL J**, L'accès aux Droits pour les étrangers de nationalité roumaine, suivis au Centre Hospitalier René Dubos, Centre Hospitalier René Dubos, service social, Pontoise, 1999
7. **BORRAZ O**, **LONCLE-MORICEAU P**, Permanences et recomposition du secteur sanitaire, Les politiques locales de lutte contre le Sida, R.franç.sociol.41-1, 2000, 37-60
8. **BOULARD JC**, Rapport d'information par la Commission des Affaires culturelles, Familiales et Sociales sur la Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, Assemblée Nationale, Paris, 1999
9. **CHAUVIN P**, **PARIZOT I**, **GUIGUET M**, **PECH N**, **LEBAS J**, Trajectoire de santé, état de santé et accès aux soins. Rapport au fonds d'intervention en santé publique. Réseau National de Santé Public, Paris, 1999

10. **COMITE MEDICAL POUR LES EXILES**, Le guide du Comede, Accès aux soins, Paris, 2000
11. **COURTIADE M**, Quelques repères psychologiques dans l'histoire des Roms de l'Est, in Les familles Roms d'Europe de l'Est, Op. Cit. (auzias n°3)
12. **COURTIADE M**, Phonologie des parler Rrom et diasystème graphique de la langue Romani. Thèse de doctorat en linguistique, Université de Paris III Sorbonne Nouvelle, Paris 1994
13. **DIDIER Marie**, Réalité et image de la santé en milieu gitan. Maternité et santé, in Etudes Tsiganes, N°2, Paris, 1988
14. **DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA VILLE ET AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL URBAIN**, La ville et les politiques de santé publique, Repères et enjeux, Séminaire ville et santé 1991, Imprimerie nationale, Paris, 1992, 15p
15. **DIRECTION REGIONALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE D'ILE DE FRANCE**, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, Programmation 2001-2003, DRASS, Paris, 2000, 42p
16. **EL GHOZI L**, Accueil des Gens du Voyage, Communication au séminaire de Perpignan des 15 et 16 octobre 1999, Association pour l'accueil des gens du voyage, ASAV, Nanterre, 1999
17. **FASSIN D**, Les figures urbaines de la santé publique, Enquête sur des expériences locales, La Découverte, Paris, 1998
18. **FRASER A**, The Gypsies, Blackwell ed., Londres, 1992
19. **GILG SOIT ILG A**, Projet Romeurope : Données médicales et socio-démographiques : les populations Roms/Tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe, France, Espagne, Grèce, Etude quantitative, Médecins du Monde, Paris 1999, 2p
20. **GYODI E, TAUSZIK T, et al.** The HLA antigen distribution in the Gipsy population in Hungary, Tissue Antigen, 1981 Jul, 18 :1,1-12

21. **JACQUOT S**, La couverture maladie universelle, Vers un droit à la santé pour tous, Actualités Sociales Hebdomadaires, supplément du 16 juin 2000 au numéro 2171, 53-61p

22. **JOBERT B, MULLER P**, L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes, PUF, Paris ,1987, 63p

23. **KRAMER J, SRIVASTANE L.M et al.** Complement C4 factor B and C3 polymorphism in north India, Acta Microbiol. Immunolo. Hung. 1995,42 : 3, 315-9

24. **LAMARA F**, Projet Romeurope : L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/Tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe Espagne, France, Grèce : étude qualitative, approche ethno-sociologique, Médecins du Monde, Paris,1999, 3p

25. **LEBAS J**, Rapport Pass pour le ministère de la santé, Tome I, Paris, 2000

26. **LECORPS P, PATURET J-B**, Santé publique du biopouvoir à la démocratie, Éditions ENSP, Rennes, 1999

27. **LESTRADE D**, Act Up une histoire, Denoël Impacts, Paris, 200

28. **LIEGEOIS J-P, GHEORGHE N**, Roma, Tsiganes d'Europe, Rapport d'étude, Groupement pour les droits des minorités, Paris, 1996

29. **LIEGEOIS J-P**, Roma,Tsiganes,Voyageurs, Coll Education, Ed. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994

30. **MARCHAND BUTTIN F, PATTE D, BRODIN M**, Etude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité, rapport final pour la Direction Générale de la Santé, Paris, 1998

31. **MASTANA S.S, PAPIHA S.S**, Origin of the Romany gypsies : genetic evidence, Z. Morphol. Anthropol., 1992 Jun, 79 :1, 43-51

32. **MEZARD M**, Mission Tsiganes, Rapport d'activité 1998, Médecins du Monde, Paris, avril 1999
33. **MEZARD M**, Mission Tsiganes, Rapport d'activité 1999, Médecins du Monde, Paris, avril 2000
34. **MEZARD M**, Projet RomEurope, Création d'un collectif, Médecins du Monde, Paris, 22 mai 2000, 1p
35. **MEZARD M**, Projet RomEurope, Analyse du contexte, Médecins du Monde, Paris, mai 2000
36. **MEZARD M**, Projet RomEurope, Contexte santé, Médecins du Monde, Paris, juin 2000
37. **MEZARD M**, Projet RomEurope, Santé maternelle et santé de l'enfant, Médecins du Monde, Paris, avril 2000
38. **MICHELETTI P**, in Guide de formation à la planification, Médecins du Monde, Paris, 1996
39. **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**, Rapport sur l'état des lieux du dispositif R.M.I dans le département des Yvelines, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Versailles, 2000
40. **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**, Direction de la population et des migrations, circulaire N° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle, Paris, 2000
41. **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**, Direction de la population et des migrations, circulaire N°DPM/CT/DM2-3/DGS/2000/248, NOR/INT/D/00/00103/C relative à la délivrance d'un titre de séjour en l'application de l'article 12 bis-11° de l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France
42. **MINISTERE DE L'INTERIEUR**, Loi N° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, Paris 1998

43. **MIZRAHI A**, Évolution de l'état de santé : risque vital et invalidité, France 1980-1988, Centre de recherches, d'étude et de documentation en économie de la santé, CREDES, Paris, 1989
44. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, Les soins de santé primaires, rapport de la conférence internationale sur les SSP, Alma Ata 1978, OMS, Genève, 1978
45. **PICARD H**, Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine Saint Antoine, Paris, 1997, 30p
46. **RAVEL B**, Pour une action en direction des gens du voyage dans le Bas-Rhin : le cas des sédentarisés ; Rennes, ENSP, Mémoire de IASS, 1994, 16p
47. **SEVERIN A, HILARY C, FOUREAUX A**, L'enfant et la santé, in Etudes Tsiganes, N°2, Paris, 1988
48. **UNISAT**, Union Nationale des Institutions Sociales d'Action pour les Tsiganes, Réunion Commission Santé, Paris, 1999
49. **WARIN P**, (dir), Quelle modernisation des services publics. Les usagers au cœur des réformes, La Découverte, Paris, 1997, 162-169p

LISTE DES ANNEXES

- I. Programme du colloque RomEurope, Paris, octobre 2000
- II. Liste des personnes interviewées
- III. Guide utilisé lors des entretiens
- IV. Textes de référence
 - IV.a concernant la CMU
 - IV.b concernant l'AME
 - IV.c concernant les PRAPS
 - IV.d concernant les PASS
 - IV.e concernant les conventions entre l'Etat et les établissements de santé
- V. CPAM, formulaire de demande d'admission AME
- VI. ASAV, formulaire de domiciliation administrative pour AME
- VII. Centre hospitalier de Pontoise, convention "accès aux soins des plus démunis"

Colloque européen

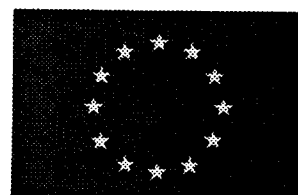
Paris - 19 et 20 octobre 2000

Programme

Roms, Sintés, Kalés Tsiganes en Europe

Promouvoir la santé et les droits
d'une minorité en détresse

Espace Reuilly
21 rue Hénard - 75012 Paris



Le projet Romeurope bénéficie du soutien de la Commission Européenne et du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, France (DGS, DAS, DIV).

9h-10h30

Ouverture :

Claude Moncorgé, Président de *Médecins du Monde*
Jean-Michel Casa, Directeur de cabinet de Monsieur Pierre Moscovici, Ministre chargé des Affaires européennes, France
Jean Blocquaux, Président de la Commission Nationale Consultative des Gens du Voyage – Représentant de Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, France
Josephine Verspaget, Présidente du groupe d'experts gouvernementaux sur les Roms au Conseil de l'Europe
Miranda Vuolasranta, Secrétaire générale du Comité consultatif pour les Affaires roms, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande
Juan de Dios Ramirez-Heredia, Président de l'Union Romani, Espagne
Michèle Mézard, *Médecins du Monde-France*, Responsable du projet Romeurope

11h-12h30

1ère session : La migration

- **Modérateur :** **Jean-Pierre Liégeois**, Centre de Recherches Tsiganes, France
- **Intervenants :**
Synthèse européenne : **Alain Reyniers**, Université de Louvain, Belgique
Exposé Romeurope : **Joachim Brenner**, Réseau Romeurope, Förderverein Roma, Allemagne
Illustrations :
Ferdinand Koci, Angleterre
Jeanne Gamonnet, *Médecins du Monde-France*
Kujtim Pacaku, Ex-Yougoslavie
Débat

14h-15h30

2ème session : La situation juridique

- **Modérateur :** **Alain Morice**, Centre National de Recherche Scientifique, France.
- **Intervenants :**
Synthèse européenne : **Dominique Rosenberg**, Université F. Rabelais de Tours, France
Exposé Romeurope : **Dimitris Argiropoulos**, réseau Romeurope, Centro Multietnico Navile, Italie
Illustrations :
Diego Luis Fernandez Gimenez, Romipen, Espagne
Jacqueline Charlemagne, Etudes tsiganes, France
Jean-Pierre Alaux, Groupement d'information et de soutien des travailleurs immigrés – GISTI, France
Débat

16h-18h00

3ème session : Les conditions d'existence

- **Modérateur :** **Marcel Courthiade**, Institut National des Langues et Civilisations Orientales, France
- **Intervenants :**
Synthèse européenne : **Pedro Bacelar de Vasconcelos**, **Eduardo Madureira**, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes, Portugal
Exposé Romeurope : **Farid Lamara**, réseau Romeurope, *Médecins du Monde-France*
Illustrations :
Joachim Brenner, réseau Romeurope, Förderverein Roma, **Sabine Ernst**, Kindertagesstätte Schaworalle, Allemagne
Bertrand Favarel Garrigue, *Médecins du Monde*, **Hélène Beaupère**, Association les Amis des Voyageurs de la Gironde, France
Athanasios Gotovos, Université Ioannina, Grèce
Sylvia Dunn, National association gypsy women, Angleterre
Débat

Allocution d'**Alima Boumédiène-Thiery**, députée européen

Conclusion

Matthäus Weiss, Landesverband deutscher Sinti und Roma in Schleswig-Holstein,
fondation de Günter Grass : Stiftung zugunsten des Romavolkes, Allemagne

9h00-10h00

Ouverture : Politiques de Santé

Maria Ochoa-Llido, Chef de la division des migrations et des Roms/Tsiganes au Conseil de l'Europe
Lenzi Donata, Echevin de Bologne, Italie
Bernard Basset, Sous-Directeur de la Sous-Direction Santé et Société, Direction Générale de la Santé, France
Josepha Wonner, Représentante de la Commission Européenne, Direction Générale Santé et protection des consommateurs, Direction Santé Publique
Catherine Richard, réseau Romeurope, Chargée de Mission Santé, Délégation Interministérielle à la Ville, France

10h00-11h30

4ème session : L'accès aux soins

- **Modérateur :** **Pierre Aïach**, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, France
- **Intervenants :** *Exposé Europe de l'Est :* **Ina Zoon**, European Roma Rights Center, Hongrie (ERRC) (Hongrie)
Illustrations :
Kujtim Shabani, Albanie
Peter Stankovsky, Anna Dalmolin, association Rom e.V., Allemagne
Mariana Buceanu, Romani CRISS, Roumanie
Stefan Panayotov et Zeliasko Manolov, The Health of Romani People Foundation, Bulgarie
Exposé Romeurope : **Agis Terzidis**, réseau Romeurope, Médecins du Monde-Grèce.
Débat

11h45-13h00

5ème session : L'habitat et l'environnement

- **Modérateur :** **Joaquin Bustamante**, Union Romani, Espagne
- **Intervenants :** *Romeurope :* **Amparo Sanchez Manez**, Médecins du Monde-Espagne
Illustrations :
Manuel Martin Ramirez, Presencia Gitana, Espagne
Avraam Kaltaveridis, Préfecture de Salonique, Grèce
M. Lacroix, ADGVE, Unisat, France
Vitor Marques, Union Romani, Portugal
Débat

14h30-16h05

6ème session : La santé maternelle et la santé de l'enfant

- **Modérateur :** **Pierre Chauvin**, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale/Institut de l'Humanitaire, France
- **Intervenants :** *Exposé Romeurope :* **Luisa Ferreira da Silva**, réseau Romeurope Universidade Aberta, Portugal
Table ronde : Parole aux femmes romni - **Dragana Stefanovic - Jeta Duka - Mariana Buceanu**, Romani CRISS (Roumanie) - **Ana Gimenez Adelantado**, Université Jaume (Espagne), **Maria Dimitriou**, Université de Ioannina (Grèce)
Débat

16h30-18h30

7ème session

- **Animateur :** **Docteur Pierre Pradier**, ancien président de Médecins du Monde-France
Présentation et déclaration du Collectif International
Débat
Appel à une mobilisation citoyenne et *Débat*
Allocution de **Fredi Stamou**, responsable du secrétariat de la Qualité de Vie et des questions Tsiganes, rattaché au Cabinet du Premier Ministre de Grèce

Conclusion

9h-10h30

Ouverture :

Claude Moncorgé, Président de *Médecins du Monde*
Jean-Michel Casa, Directeur de cabinet de Monsieur Pierre Moscovici, Ministre chargé des Affaires européennes, France
Jean Blocquaux, Président de la Commission Nationale Consultative des Gens du Voyage – Représentant de Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, France
Josephine Verspaget, Présidente du groupe d'experts gouvernementaux sur les Roms au Conseil de l'Europe
Miranda Vuolasranta, Secrétaire générale du Comité consultatif pour les Affaires roms, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande
Juan de Dios Ramirez-Heredia, Président de l'Union Romani, Espagne
Michèle Mézard, *Médecins du Monde-France*, Responsable du projet Romeurope

11h-12h30

1ère session : La migration

- **Modérateur :** **Jean-Pierre Liégeois**, Centre de Recherches Tsiganes, France
- **Intervenants :**
 - Synthèse européenne :* **Alain Reyniers**, Université de Louvain, Belgique
 - Exposé Romeurope :* **Joachim Brenner**, Réseau Romeurope, Förderverein Roma, Allemagne
 - Illustrations :*
Ferdinand Koci, Angleterre
Jeanne Gamonnet, *Médecins du Monde-France*
Kujtim Pacaku, Ex-Yougoslavie
 - Débat*

14h-15h30

2ème session : La situation juridique

- **Modérateur :** **Alain Morice**, Centre National de Recherche Scientifique, France.
- **Intervenants :**
 - Synthèse européenne :* **Dominique Rosenberg**, Université F. Rabelais de Tours, France
 - Exposé Romeurope :* **Dimitris Argiropoulos**, réseau Romeurope, Centro Multietnico Navile, Italie
 - Illustrations :*
Diego Luis Fernandez Gimenez, Romipen, Espagne
Jacqueline Charlemagne, Etudes tsiganes, France
Jean-Pierre Alaux, Groupement d'information et de soutien des travailleurs immigrés – GISTI, France
 - Débat*

16h-18h00

3ème session : Les conditions d'existence

- **Modérateur :** **Marcel Courthiade**, Institut National des Langues et Civilisations Orientales, France
- **Intervenants :**
 - Synthèse européenne :* **Pedro Bacelar de Vasconcelos**, **Eduardo Madureira**, Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes, Portugal
 - Exposé Romeurope :* **Farid Lamara**, réseau Romeurope, *Médecins du Monde-France*
 - Illustrations :*
Joachim Brenner, réseau Romeurope, Förderverein Roma, **Sabine Ernst**, Kindertagesstätte Schaworalle, Allemagne
Bertrand Favarel Garrigue, *Médecins du Monde*, **Hélène Beaupère**, Association les Amis des Voyageurs de la Gironde, France
Athanasios Gotovos, Université Ioannina, Grèce
Sylvia Dunn, National association gypsy women, Angleterre
 - Débat*

Allocution d'**Alima Boumédiène-Thiery**, députée européen

Conclusion

Matthäus Weiss, Landesverband deutscher Sinti und Roma in Schleswig-Holstein, fondation de Günter Grass : Stiftung zugunsten des Romavolkes, Allemagne

Annexe II

Liste des personnes rencontrées lors des entretiens.

Nom	Fonction Organisme
Mme Blondel	Assistante sociale chef Centre hospitalier de Pontoise
Mme Bouzidi	Directrice ASAV
M. Brière	Directeur DDASS du Val d'Oise
Mme Demarty	Directrice-adjointe DDASS des Yvelines
Melle Desfranes	Inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales DDASS des Yvelines
Dr Goyet	MISP DDASS du Val d'Oise
Dr Mézard	Responsable de mission Médecins du Monde
Mme Richard	Déléguée Délégation interministérielle à la ville
Melle Ricoux	Ingénieur sanitaire DDASS du Val d'Oise
Dr Rosello	Médecin coordinateur départemental Conseil général du Val d'Oise
Mme Simmonot	Adjointe au directeur des missions Médecins du Monde
Mme Vergiat	Conseillère pour les gens du voyage Cabinet de Mme Aubry

Entretiens semi-directifs mémoire ENSP.

Guide d'entretien.

1. Présentation de la démarche, mémoire ENSP
2. Remerciements
3. Explication du choix de l'interlocuteur
4. Thème du sujet : accès aux soins des Rom, les interfaces Dass/Associations
5. Usage des infos collectées

6. Questions à aborder

- ◆ Comment fonctionne le dispositif de prise en charge des Rom en région parisienne ?
- ◆ Les Rom constituent-ils une population prioritaire pour votre institution ? Pourquoi ?
- ◆ Quels sont leurs principaux problèmes de santé ?
- ◆ Quels sont leurs principales difficultés dans l'accès aux soins ?
- ◆ Quelles sont les solutions préconisées, les dispositifs en place, les résultats obtenus ?
- ◆ Quels sont les principaux interfaces Dass/Associations ?
- ◆ Quelle coordination entre les 2 instances ?
- ◆ Quels sont les domaines dans lesquels des avancées ont été obtenues sous l'impulsion des ONG ?
- ◆ Autres personnes ou institutions intéressantes à rencontrer sur le sujet ?

7. Remerciements, possible second entretien.

Annexe IV.a

Les principaux textes applicables concernant la CMU

- ➡ loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 (J.O. du 28-07-99 et rectificatif au J.O. du 20-10-99) portant création d'une couverture maladie universelle ;
- ➡ décrets n°99-1004, 99-1005 et 99-1006 du 1^{er} décembre 1999, J.O. du 2-12-99 (notion de bénéficiaires, condition de résidence, détermination du plafond de ressources retenu pour la protection complémentaire) ;
- ➡ décrets n° 99-1012 et 99-1013 du 2 décembre 1999, J.O. du 3-12-99 (modalités de recouvrement de la cotisation) ;
- ➡ décret n°99-1049 du 15 décembre 1999, J.O. du 16-12-99 (mesures intéressant l'assurance maladie modifiées par l'instauration de la CMU et conditions d'attribution de la complémentaire santé) ;
- ➡ décret n°99-1079 du 23 décembre 1999, J.O. du 23-12-99 (modalités de la dispense d'avance de frais de soins de santé) ;
- ➡ arrêtés des 23, 24, et 27 décembre 1999, J.O. du 31-12-99 (organismes complémentaires) ;
- ➡ arrêtés du 31 décembre 1999, J.O. du 01-01-00 (liste des biens et services médicaux remboursables au titre de la CMU) ;
- ➡ arrêté du 4 janvier 2000, J.O. du 6-01-00 (fixation du plafond de ressources) ;
- ➡ circulaire DSS/2A n°99-701 du 17 décembre 1999, B.O.M.E.S n°99/52 du 17-01-00 (principes qui sous-tendent la CMU) ;
- ➡ circulaire DSS/5A/5B n°2000-21 du 12 janvier 2000, B.O.M.ES n°2000/4 du 12-02-00 (conditions d'affiliation et modalités d'assujettissement, de calcul et de recouvrement de la cotisation due) ;
- ➡ circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000-14 du 10 janvier 2000, BOMES n° 2000/3 du 5-02-00 (aide médicale de l'État) ;
- ➡ circulaire DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000, à paraître au BOMES (condition de résidence en France pour le bénéfice de la CMU).

Annexe IV.b

Les principaux textes applicables concernant l'Aide médicale Etat

- ◆ La prestation d'aide médicale.
- ➡ article 32 de la loi du 27 juillet 1999 ;
- ➡ circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000-14 du 10 janvier 2000 BOMES n°2000-3 du 5-02-00 ;
- ➡ circulaire DSS/2a/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 (à paraître au BOMES) ;
- ◆ Les personnes couvertes.
- ➡ article L.380-1 du code de la sécurité sociale sur les conditions de résidence ;
- ➡ article 187-1 du CFAS sur les personnes à charge ;
- ➡ circulaire DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 sur l'articulation entre CMU et aide médicale ;
- ➡ l'article 9 de l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 sur les étrangers mineurs ;
- ◆ Le contenu de la prestation.
- ➡ articles 32 et 33 de la loi du 27 juillet 1999 ; circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000-14 du 10 juillet 2000 ;
- ➡ articles L.321-1 1°, 2°, 4°, 6°, 7°, 8° et L.331-2 du code de la sécurité sociale sur les prestations couvertes ;
- ➡ l'article 186-3° modifié du CFAS sur les conditions d'accès aux soins de ville ;
- ◆ Les conditions d'accès à l'aide médicale de l'État.
- ➡ avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981, circulaire du 10 janvier 2000 sur les critères de résidence ;
- ➡ article 187-4 du CFAS, circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000-14 du 10 janvier 2000 sur la domiciliation des SDF ;
- ➡ l'article 187-1 du CFAS sur le plafond de ressources ;
- ➡ l'article 189 du CFAS sur la mise en jeu de l'obligation alimentaire ;
- ◆ la procédure d'attribution de l'AME.
- ➡ article 187-3 du CFAS pour le cas général ;
- ➡ la loi du 29 juillet 1998 et l'article L.-711-7-1 du code de la santé publique sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à propos de l'accès aux établissements de santé ;
- ➡ article 187-3 du CFAS sur le délai de transmission des demandes d'AME ;

- ◆ la décision d'aide médicale État.
- ➡ article 188 du CFAS et article L.182-1 du CSS sur l'autorité compétente ;
- ➡ article 188 dernier alinéa du CFAS sur l'admission immédiate ;
- ➡ article 188, alinéa 2 du CFAS sur la durée de la prise en charge.

Annexe IV.c

Principaux textes applicables concernant le PRAPS.

- ➡ article 71 de la loi n°98-652 du 29 juillet 1998, J.O. du 31-07-98 ; décret n°98-1216 du 29 décembre 1998, J.O. du 30-12-98 ; circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999, BOMES n°99/10 du 27-03-99 concernant la mise en place des PRAPS ;
- ➡ article D.768-110 du code de la santé publique ; circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 sur l'objet des PRAPS ;
- ➡ article 71 de la loi du 29 juillet 1998 ; circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 sur le contenu et les objectifs du PRAPS.

Annexe IV.d

Principaux textes applicables concernant les PASS

- ➡ articles 730 et 76 de la loi du 29 juillet 1998 ; circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998, BOMES n°99/1 du 30-01-99 sur le rôle des hôpitaux concernant la prise en charge de la précarité ;
- ➡ article L.711-7-1 du code de la santé publique ; circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-è »- du 17 décembre 1998 sur la mise en place des PASS.

Annexe IV.e

Principal texte applicable concernant les conventions entre Etat et établissements de santé

- ➡ article L.711-7-1 du code de la santé publique.



l'Assurance Maladie
sécurité sociale
caisse primaire des Hauts-de-Seine

PRÉFECTURE DES HAUTS-DE-SEINE
DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

DEMANDE D'ADMISSION A L'AIDE MÉDICALE SOUS COMPÉTENCE FINANCIÈRE DE L'ÉTAT

Application : Titre III bis - Code de la famille et de l'Aide sociale
Chapitre 2 - Titre VIII - Livre I - Code de la Sécurité sociale
Convention nationale tripartite du 9 mai 1995

Voir le mode d'emploi page 4

1

Organisme ou établissement ayant constitué le dossier _____

Nom : _____

Adresse : _____

Cachet

- Nom de la personne à contacter : _____

- Numéro de téléphone : _____

Les demandes d'admission immédiates formulées au titre de l'article 189-7-1° du code de la famille et de l'Aide sociale doivent être effectuées sur l'imprimé spécifique et par Fax.

2

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____ à _____

Nationalité : _____

De : _____

Et de : _____

Numéro de Sécurité sociale (le cas échéant) : _____

Composition de la famille (le cas échéant) :

- Situation

☐ Marié(e) le

☐ Séparé(e) le

☐ Divorcé(e) le

☐ Concubinage depuis le

☐ Veuf(ve) depuis le

État civil du conjoint, de l'ex-conjoint ou du(de la) concubin(e)

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____ à _____

A charge ☐ OUI ☐ NON

Numéro de Sécurité sociale : _____

- Enfants

N° 1

N° 2

N° 3

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____

à _____

A charge ☐ OUI ☐ NON

Numéro de Sécurité sociale : _____

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____

à _____

A charge ☐ OUI ☐ NON

Numéro de Sécurité sociale : _____

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____

à _____

A charge ☐ OUI ☐ NON

Numéro de Sécurité sociale : _____

Indiquer nom patronymique et nom de femme pour les femmes mariées, divorcées ou veuves

Dans l'ordre de l'état civil

Mois en lettres, département ou pays d'origine.

Nom et prénom du père

Nom et prénom de la mère

Joindre à la présente demande :
- fiche familiale d'état civil ou
fiche individuelle d'état civil
ou
- copie de la carte d'identité,
du passeport, ou de la CAS.

Pour les personnes de nationalité étrangère, voir cadre 3

A défaut, certification par le demandeur.

Attention : En cas d'admission à l'aide médicale dans le cadre de la procédure de droit commun, les prestations prises en charge au titre de l'AME peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire (article 189-4 - CFAS).

Je soussigné(e) _____ certifie **sur l'honneur** l'exactitude des déclarations relatives à mon état civil portées sur la présente fiche.

Le _____ à _____

Signature :



ASSOCIATION POUR L'ACCUEIL DES VOYAGEURS

DOMICILIATION ADMINISTRATIVE
POUR AIDE MEDICALE ETAT

N° :

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____ à _____

Demande que mon courrier administratif me soit adressé à l'Association pour l'Accueil des Gens du Voyage à Nanterre.

Fait à Nanterre, le _____

L'INTERESSE(E)

P/ LE PRESIDENT
(SIGNATURE ET CACHET)

DOCUMENT VALABLE 1 AN

REMIS A TITRE GRATUIT

AUCUNE COPIE NE SAURAIT AVOIR LA MOINDRE VALEUR

Accueil uniquement le MARDI de 14 à 17 heures
au Centre Social des Canibouts, 3, rue de Strasbourg, 92000 NANTERRE

☎ 01.47.84.87.18

Bus 304 – Arrêt Hôpital de Nanterre

317 à 325 rue de la Garenne
92000 NANTERRE

Tél : 01.47.8015.87

RÉSIDENCE**Dernières résidences connues ou dernière commune d'étape :***(avant et hors élection de domicile)*

1 - Numéro et nom de la rue : _____

Complément d'adresse : _____

Ville : _____ Département : _____

A quitté cette adresse depuis le : _____

2 - Numéro et nom de la rue : _____

Complément d'adresse : _____

Ville : _____ Département : _____

A quitté cette adresse depuis le : _____

Si résidence actuelle en maison de retraite :

Indiquer si prise en charge par l'aide sociale état ☐ou par l'aide sociale départementale ☐*Préciser si hébergement à l'hôtel, en structure sociale ou chez un particulier.**Joindre la notification de prise en charge***ÉLECTION DE DOMICILE***(impératif, joindre une déclaration d'élection de domicile auprès d'une structure agréée datée et signée).***Personnes étrangères en situation régulière ou non régulière sur le territoire français :**

Date d'entrée en France : _____

Nature et validité du titre de séjour : _____

*En l'absence d'élection de domicile, envoi de la demande à la DDASS**Joindre la copie du titre de séjour*A défaut de titre, préciser la situation du demandeur *(date et lieu de présence en France)*.-
-
-
-**Liste des titres et pièces justificatives de la régularité du séjour
(décret n° 94-294 du 15 avril 1994)**

- Carte de résident
- Carte de résident privilégié
- Carte de séjour temporaire
- Certificat de résidence de ressortissant algérien
- Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus
- Récépissé de première demande de carte de séjour d'une durée de validité supérieure à 3 mois
- Autorisation provisoire de séjour d'une durée de validité égale ou supérieure à trois mois
- Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention "reconnu réfugié" d'une durée de validité de six mois renouvelable
- Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention "étranger admis au titre de l'asile" d'une durée de validité de trois mois renouvelable
- Récépissé de demande d'asile intitulé "récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié" d'une durée de validité de trois mois renouvelable
- Carte d'identité d'Andorran délivrée par le préfet du département des Pyrénées Orientales
- Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour
- Livret ou carnet de circulation.

RESSOURCES DU DEMANDEUR

- RMI depuis le
N° d'allocataire
Date d'attribution

- Allocation veuvage depuis le
N° d'allocataire
Date d'attribution

- Salaire, chômage

Nom et adresse du dernier employeur

.....

- Pension, rente
(préciser la nature et le numéro).....

- Allocation adulte handicapé
N° d’allocataire
Date d’attribution

- Allocation parent isolé
N° d’allocataire
Date d’attribution

- Pension alimentaire

- Autres (préciser)

TOTAL
(en l'absence de ressources, indiquer "néant")

Charges (éventuellement)

Nature :

Nature :

MONTANT MOYEN MENSUEL.

Joindre l'attestation de versement en cours ou le titre délivré par la CAF ou l'organisme compétent.

Joindre si possible :

- la déclaration d'impôt sur le revenu,
- les bulletins de paie,
- le titre de pension,
- copie du jugement de divorce.

MONTANT MOYEN MENSUEL

5

PROTECTION SOCIALE

- Numéro de Sécurité sociale : _____

- Date et lieu des derniers soins prodigués : _____

- Nom et adresse du centre ou de la caisse qui vous a remboursé des prestations pour la dernière fois :

Avez-vous eu une mutuelle ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nom et adresse : _____

Avez-vous déjà bénéficié de l'Aide médicale ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, à quelle date et dans quel département : _____

Si la personne n'est pas assurée à titre obligatoire, n'oubliez pas de joindre une demande d'assurance personnelle (imprimé réf. 1121).

Si le demandeur est le malade ou la personne physique le représentant (1er alinéa de l'article 44-4 du code de la Famille et de l'Aide sociale)

Je soussigné(e), certifié **sur l'honneur** demander le bénéfice de l'Aide médicale. Je déclare l'exactitude des renseignements portés dans cette demande. Ceux-ci pourront faire l'objet de vérifications.

Je m'engage à signaler tout changement dans ma situation.

A _____
le _____

Signature

Si le demandeur est, en application du 2e alinéa de l'article 44-4 du code de la Famille et de l'Aide sociale, le directeur de l'établissement de santé dans lequel est admis le malade.

Je soussigné(e), certifie **sur l'honneur** demander, en application de l'article 44-4 - 2e alinéa du code de la Famille et de l'Aide sociale, le bénéfice de l'Aide médicale sous compétence financière de l'État au profit de M

Je déclare l'exactitude des renseignements portés dans cette demande et je joins toutes les pièces justificatives en ma possession.

Lesdits renseignements pourront faire l'objet d'une vérification. Je m'engage à signaler tout changement porté à ma connaissance.

A _____ le _____

Nom du signataire : _____

Qualité : _____

Établissement : _____

Signature

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 441-1 du code pénal et article L 377-1 du code de la Sécurité sociale).

La loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'Assurance Maladie.

MODE D'EMPLOI

Prendre quelques instants pour lire les précisions ci-après permettra gain de temps et efficacité dans le traitement du dossier.

Page 1 - cadre **1**

- Indiquer précisément et lisiblement :
 - le nom et l'adresse de la structure constituant le dossier (*CCAS, hôpital, organisme agréé...*),
 - le nom et le numéro de téléphone de l'agent que la CPAM peut joindre en cas de besoin.

Page 2 - cadre **2** - État civil du demandeur

- Deux solutions :
 - Le demandeur possède une pièce d'identité ou d'état civil (*voir liste en marge du cadre page 1*).
Joindre la photocopie à la demande.
 - La personne ne possède aucune pièce d'identité.
En ce cas, elle doit certifier **personnellement** l'ensemble des renseignements demandés constituant son état civil et, notamment :
 - a minima :
 - Nom, prénom,
 - Date et lieu de naissance
 - Nationalité.

Page 2 - cadre **3** - Résidence

- Recueillir très précisément toutes les déclarations, même incomplètes, du demandeur quelle que soit l'antériorité dudit domicile.
- Ne pas omettre de joindre la notification de prise en charge à l'aide sociale en cas de résidence en maison de retraite dont les frais de séjour sont réglés par l'État ou le département.
- Pour les personnes étrangères :
 - joindre la copie du titre de séjour,
 - ou à défaut,
 - une déclaration sur l'honneur datée et signée par le demandeur, précisant :
 - la date d'entrée en France.

Attention...

Joindre obligatoirement pour toute personne réputée sans domicile stable une déclaration d'élection de domicile auprès d'un organisme agréé.

Page 3 - cadres **4** et **5**

De la précision des renseignements recueillis auprès du bénéficiaire et reportés intégralement dans les rubriques concernées, dépendra la rapidité de la décision sur ce dossier.

Qui doit signer la demande ? Attention, deux signatures sont demandées

Page 1 - État civil - A défaut de copie de pièce d'identité, c'est le **demandeur** qui certifie son état civil.

Page 3 - Pour l'ensemble de la demande :

- soit le demandeur ou son ayant droit (cadre de gauche),
- soit le directeur de l'hôpital qui complète intégralement le cadre de droite et le signe.

Où envoyer cette demande ?

- Si l'attestation d'élection de domicile est jointe :
 - au centre 147 - CPAM 92
320, avenue de la République - 92022 Nanterre cedex

Attention :

- Si l'attestation d'élection de domicile n'est pas jointe, le dossier doit impérativement être adressé :
 - à la DDASS
130, rue du 8 mai 1945 - 92000 Nanterre

Une mauvaise orientation des dossiers génère des délais préjudiciables à l'instruction du dossier.

Centre Hospitalier René Dubos - Pontoise



SERVICE DES ADMISSIONS
FRAIS DE SEJOUR

**Formulaire original à
retourner aux admissions
ou aux soins externes
Aucune photocopie ne sera acceptée**

CONVENTION "ACCES AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DEMUNIES"

NOM:

N° DOSSIER:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

LIEU DE NAISSANCE:

AUTRES RENSEIGNEMENTS (SUIVI SOCIAL):

DATE DES SOINS EXTERNES OU D'HOSPITALISATION (72 h max)	CODIFICATION DES ACTES OU SERVICE D'HOSPITALISATION

Champ d'application: La convention faisant l'objet de la présente demande s'applique aux personnes **sans résidence stable, de passage ou séjournant temporairement dans le département, dépourvues de ressources et de couverture sociale** et/ou aux personnes dans l'impossibilité de fournir les documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de leur dossier, du fait de leur éloignement du département de rattachement ou d'élection de domicile.

Je soussigné (e) M....., atteste
avoir pris connaissance des conditions d'application précisées
ci-dessus.

Pontoise le
" lu et approuvé "