



European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia  
Observatoire Européen des Phénomènes Racistes et Xénophobes  
Europäische Stelle zur Beobachtung von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit



COUNCIL OF EUROPE    CONSEIL DE L'EUROPE

## **Vaincre les obstacles -**

# **L'accès des femmes roms à la santé publique**

Strasbourg, 11 septembre 2003

**Table des matières**

<b>Avant-propos</b>	<b>1</b>
<b>Résumé analytique</b>	<b>3</b>
i. Introduction	3
ii. Synthèse	4
iii. Constats clés	6
iv. Recommandations	9
<b><u>SECTION I</u></b>	
<b>A. Introduction</b>	<b>13</b>
1. Une attention insuffisante aux femmes roms et à leur accès à la santé	13
2. L'état de santé des populations roms : un aperçu de la situation	15
<b>B. Les normes juridiques</b>	<b>21</b>
1. Principes de non-discrimination et d'égalité	21
2. Mesures spécifiques	26
3. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint	28
4. La participation des femmes roms à l'amélioration de l'accès à la santé	31
<b>C. L'importance de la collecte de données à caractère ethnique pour améliorer l'accès à la santé</b>	<b>38</b>
<b><u>SECTION II</u></b>	
<b>A. La discrimination des Roms en matière d'accès à la santé</b>	<b>44</b>
1. Le refus des médecins de soigner les patients roms	44
2. Le refus des services de soins de porter assistance aux Roms	47
3. La ségrégation des Roms dans les services de soins	48
4. Les traitements dégradants et de qualité inférieure infligés aux Roms	50
5. La discrimination en matière d'accès aux soins d'urgence	51

<b>B. Améliorer l'accès des femmes roms à la santé</b>	<b>54</b>
1. L'accès aux soins préventifs et les attitudes des femmes roms à l'égard de la santé	54
2. L'accès aux soins de santé génésique et sexuelle	56
a. L'accès aux soins de santé maternelle	56
b. L'accès à la planification familiale	59
c. L'accès aux soins de santé sexuelle	62
3. La violence familiale et les femmes roms	66
4. L'accès aux soins de santé mentale	70
5. L'accès aux traitements en cas d'abus de substances psychoactives	72

### **SECTION III**

<b>A. L'accès à un statut juridique attesté par des documents</b>	<b>75</b>
1. L'accès au statut juridique	75
2. L'accès aux papiers d'identité	77
<b>B. L'accès aux prestations sociales et à la santé</b>	<b>80</b>
<b>C. L'accès à l'éducation et à la santé</b>	<b>86</b>
<b>D. L'accès à un logement suffisant et à la santé</b>	<b>91</b>
1. Des conditions de vie inadaptées	92
2. Les besoins en matière de logement	95
3. Les expulsions forcées	98

### **SECTION IV**

<b>A. La santé et les stratégies gouvernementales pour améliorer la situation des Roms</b>	<b>102</b>
1. Les composantes des stratégies gouvernementales essentielles à l'amélioration de l'accès aux services publics	102
a. Reconnaissance du rôle de la discrimination dans l'accès aux soins	103
b. Campagnes de sensibilisation pour garantir la mise en oeuvre de mesures spéciales	104
c. Coordination et supervision du programme global d'intégration, notamment au niveau local	107

d. Législations anti-discrimination adéquates appliquées par une instance spécialisée	108
e. Mesures pour assurer la prise en considération des divers intérêts des Roms en matière de santé	110
2. Les composantes des stratégies gouvernementales essentielles à l'amélioration de l'accès des Roms à la santé	111
a. Une approche de la santé des femmes globale et soucieuse d'équité entre les sexes	111
b. Intégration des besoins des femmes dans les services de santé traditionnels et autres via une approche multisectorielle	114
<b>B. Améliorer l'accès à la santé par une meilleure connaissance de la culture rom</b>	<b>116</b>
<b>C. Améliorer l'accès aux soins grâce à des médiateurs de santé issus des communautés roms</b>	<b>118</b>
<b>D. Le potentiel des initiatives intergouvernementales pour l'amélioration de l'accès des femmes roms à la santé</b>	<b>122</b>
<b><u>SECTION V</u></b> Recommandations	<b>125</b>

## Avant-propos

L'examen de la situation de la communauté rom dans diverses régions d'Europe nous permet de mesurer le chemin parcouru sur le plan des droits fondamentaux et de la justice sociale. Le présent rapport montre à quel point la condition sanitaire des femmes roms est déplorable et l'ampleur de la tâche à accomplir. De nombreux autres rapports établis dans de multiples secteurs, de l'emploi à l'éducation, mettent eux aussi en évidence les difficultés des membres de la communauté rom. Les progrès constatés dans les domaines de la protection sociale, la santé, l'accès au logement et l'instruction et d'autres indicateurs de développement, perdront de leur valeur s'ils ne bénéficient pas à l'ensemble de la société. Le droit de tous les individus à l'égalité devant la loi et à la protection contre la discrimination est un des fondements des sociétés démocratiques. L'inégalité, la discrimination et l'exclusion fondées sur l'origine ethnique ou raciale et le statut social, sont préjudiciables en termes non seulement juridiques mais également éthiques et sociaux. Leurs conséquences sur le développement économique sont en outre évidentes. Il est dans notre intérêt à tous que l'ensemble des membres de la société participent librement et de manière équitable à son développement et puissent exploiter pleinement leur potentiel en tant qu'êtres humains, membres d'une communauté et citoyens.

Cette étude est née à l'instigation du directeur du Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE qui suggérait de tirer parti des conclusions du *Rapport relatif à la situation des Roms et des Sintis dans les pays de l'OSCE* (avril 2000) du Haut Commissariat. Ce rapport identifiait nombre de questions d'intérêt général et proposait une série de recommandations visant à lever les obstacles qui s'opposent à la pleine jouissance du droit à un traitement équitable. Le secteur de la santé se signale par le manque d'informations disponibles et par un lien apparent entre sexe et racisme. L'étude s'appuie donc sur le rapport de l'OSCE pour attirer l'attention sur la situation générale des femmes roms et leurs préoccupations en matière de santé.

Le projet sur « Les femmes roms et l'accès à la santé publique », dont le présent rapport est l'élément central, est la première action menée conjointement par le Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe et l'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne. Dans cet exemple de coopération régionale fructueuse, des organisations intergouvernementales ont mis en commun leurs compétences et leurs ressources pour étudier les préoccupations des femmes roms en matière de santé. Partageant le même intérêt pour les Roms, elles ont mis à profit leur expertise et leur expérience dans différents domaines – de l'analyse des droits de l'homme à la lutte contre le racisme et la xénophobie en passant par les stratégies éducatives et sanitaires – pour traiter des préoccupations des femmes roms. Ces trois organisations sont convaincues qu'une politique fondée sur des informations exhaustives, des données fiables et des normes internationales et tenant compte des opinions et des attentes des personnes concernées peut changer la vie de celles-ci. En effet, la mise en œuvre de telles politiques est de nature à aplanir les disparités entre les groupes, et à contribuer à la formation de communautés unies, dans lesquelles chaque membre trouve son intérêt et a son rôle à jouer.

La lutte contre la discrimination est l'affaire de tous. Certes, c'est d'abord celle des gouvernements car c'est à eux qu'il revient d'adopter des politiques et des textes de lois et de les appliquer, et d'orienter l'action des institutions publiques. Pourtant, sans l'engagement actif de la

société civile et le soutien capital des femmes roms elles-mêmes, les politiques et les lois, aussi bonnes soient-elles, sont vouées à l'échec. Ce rapport propose donc une série de recommandations concernant les mesures législatives, le renforcement des capacités des Roms, des structures sanitaires et de l'éducation à la santé et la sensibilisation de l'opinion aux questions de santé.

Dans le cadre de cette étude, deux experts indépendants ont été chargés d'effectuer une visite dans divers pays et d'y conduire des entretiens individuels : Mme Anna Pomykala, aidée de Mme Mariana Buceanu. Nous souhaitons remercier aussi toutes les personnes qui ont participé à ce projet, dont Mme Pomykala qui a également rédigé le présent rapport, et celles qui ont mené les entretiens, les consultations et qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation du projet. Nous tenons aussi à remercier tout spécialement les femmes roms, pour leur engagement et leur contribution au projet, en particulier lors de la rencontre d'ONG sur les femmes roms et l'accès aux soins de santé, tenue à Vienne les 28-29 novembre 2002 et accueillie par l'EUMC. Nous exprimons aussi notre gratitude au gouvernement du Royaume-Uni et à l'EUMC, pour leur importante contribution financière au projet, ainsi qu'à la Fondation Thémis. Celle-ci a accordé à Mme Pomykala une subvention modeste mais capitale pour le démarrage du projet, puisqu'elle lui a permis d'assister à deux conférences internationales où elle a noué des contacts essentiels.

Nous espérons que ce rapport aidera les dirigeants et les législateurs à mieux comprendre la nature complexe des questions de santé et leur interdépendance. Il devrait notamment les aider à mieux concevoir et appliquer les politiques concernant les femmes roms et la santé ; cet aspect de la question rom a été largement négligé et le rapport devrait inciter à l'élaboration de stratégies et de programmes concrets en la matière et inspirer d'autres actions dans des domaines voisins. Cela, dans l'intérêt des femmes roms et de leurs familles, mais aussi de nous tous.

31 juillet 2003

Le présent rapport a été établi par un chercheur indépendant pour le compte du projet « Les femmes roms et l'accès à la santé publique » réalisé conjointement par le Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe et l'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) de l'Union européenne.

La reproduction est autorisée, excepté à des fins commerciales, à condition que soit citée la source. Les opinions de l'auteur ne reflètent pas nécessairement la position du Haut Commissariat aux minorités de l'OSCE, du Conseil de l'Europe ou de l'EUMC.

## **Résumé analytique**

### **i. Introduction**

Ce projet repose sur les conclusions du Rapport relatif à la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE (avril 2000) du Haut Commissaire aux minorités de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe. L'insuffisance des informations disponibles sur ce sujet dont l'importance s'impose d'elle-même rendait nécessaire la réalisation d'une étude approfondie et d'un rapport préconisant les mesures à prendre. En tant que tel, ce projet se proposait de mettre en lumière, pour mieux la comprendre, la situation des femmes roms dans un domaine aussi vital que celui des soins de santé, en l'examinant sous l'angle des normes applicables et des véritables besoins de la population et, enfin, de tirer les conclusions qui s'imposent et de proposer des recommandations pratiques. Son but était donc de susciter l'intérêt et la réaction d'autres instances, notamment des gouvernements, et de contribuer à l'essor d'un mouvement de femmes roms désireuses de s'affirmer, à l'échelle européenne, en tant que citoyennes libres et responsables.

Administré par le Conseil de l'Europe, le projet a été supervisé par un groupe consultatif formé de représentants du Conseil de l'Europe, du Haut Commissaire aux minorités de l'OSCE, du Bureau pour les institutions démocratiques et les droits de l'homme (BIDDH), de l'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes de l'Union européenne et du Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ce rapport s'appuie pour l'essentiel sur des entretiens conduits par son auteur principal en Bulgarie, en Finlande, en France, au Royaume-Uni, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Lituanie, en Moldova, aux Pays-Bas, en Pologne, en Roumanie, en Serbie-Monténégro, en Slovaquie et en Espagne. Dans chacun de ces pays, des entretiens ont eu lieu avec des représentants des gouvernements, d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres institutions travaillant au profit des Roms, ainsi qu'avec des femmes roms.

Ce rapport se fonde aussi sur des documents collectés initialement au cours de visites dans les pays, par la voie de questionnaires envoyés aux autorités gouvernementales, ainsi que sur des résultats issus de recherches. De nombreux ministres et organisations non gouvernementales ont répondu aux questionnaires dont l'objectif était de mettre en lumière la situation des femmes roms et leur accès à la santé dans leur pays. Cette coopération, qui a grandement facilité le travail de l'auteur, a été très appréciée. Les commentaires écrits transmis par les gouvernements des pays visités ainsi que les remarques circonstanciées qu'ils ont faites sur la première version du présent rapport nous ont été particulièrement précieux. Les pays suivants nous ont fait parvenir leurs commentaires : Hongrie, Lituanie, Grèce, Irlande, Roumanie et Espagne. Dans toute la mesure du possible, leurs réponses ont été intégrées au texte du présent rapport.

Le choix des pays visités a été dicté par le besoin de comprendre les problèmes d'accès à la santé dans divers contextes, pour diverses populations roms, et en fonction des diverses initiatives en cours d'élaboration ou de réalisation dans ces pays pour faire face à ces problèmes. Cette

approche a permis d'identifier plusieurs bonnes pratiques, ainsi que divers domaines d'intervention futurs. Cette étude, pour laquelle le temps et l'argent étaient comptés, ne prétendant pas à l'exhaustivité, seuls un nombre limité de pays a pu être visité.

Les questions analysées dans la suite de ce rapport reflètent quelques-unes des principales préoccupations concernant l'accès à la santé et aux divers services publics des communautés roms en Europe. Elles ne constituent pas une liste exhaustive des domaines de responsabilité des Etats s'agissant de garantir un accès aux soins de santé sur un pied d'égalité et de façon non discriminatoire. De plus, le fait de ne pas mentionner un pays particulier dans une discussion sur une pratique spécifique n'a pour but de suggérer que ce pays n'est pas concerné par cette pratique. Cela ne signifie pas non plus que celui-ci n'engage aucun effort pour développer cette pratique.

Nous espérons que ce rapport contribuera à un examen plus approfondi des répercussions, sur les Roms et en particulier les femmes, de la discrimination en matière d'accès à la santé et aux services publics connexes. La prise de conscience qui devrait en découler devrait conduire à la réforme, au développement et à la mise en œuvre de politiques gouvernementales efficaces visant à garantir aux femmes roms et à leurs communautés un accès aux services publics non discriminatoire et adapté à leurs réalités culturelles. Elle devrait conduire aussi à une participation accrue des femmes roms à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant.

## **ii. Synthèse**

Le but de ce projet est de présenter une analyse et des options politiques dans une double perspective : d'une part l'élimination de la discrimination en matière de santé dont sont victimes les femmes roms, tsiganes et celles issues du groupe des gens du voyage, et leurs communautés et, d'autre part, l'amélioration de leur accès aux soins médicaux<sup>1</sup>. Les exemples de bonnes pratiques qui émaillent ce rapport devraient aider les Etats à développer des politiques ciblées efficaces, en consultation et en collaboration avec les victimes.

Concernant la fourniture de soins médicaux, la non-discrimination et l'égalité de traitement font partie des obligations des Etats en vertu du droit international. Le droit de toute personne à être traitée comme les autres est un principe fondamental des droits de l'homme, reconnu aux niveaux international et national, et un élément clé du développement de sociétés libres et justes. Les droits vont au-delà de simples obligations légales ; ils ouvrent les portes à la réalisation pleine et entière du potentiel de chaque individu et à la constitution de sociétés caractérisées par une plus grande cohésion. Tel est l'apport global de l'Etat, à la fois sur plan économique et

---

<sup>1</sup> Ci-après, l'emploi du terme « Roms » fait référence aux groupes ethniques qui s'identifient en tant que « Romani », ou encore en tant que Sinti, Tsiganes et Voyageurs, au Royaume-Uni, en Irlande et ailleurs, qui partagent des caractéristiques culturelles et historiques et qui, surtout, sont confrontés aux mêmes problèmes de discrimination et d'exclusion sociale. Mention est faite spécifiquement aux Sinti, Tsiganes ou Voyageurs, et à d'autres groupes, à chaque fois que les documents de référence les évoquaient précisément.

social. Comme ce rapport le montre, les Roms sont, individuellement et collectivement, privés de multiples manières de la possibilité de se réaliser pleinement et de participer, à égalité, à la vie de l'ensemble de la société dans laquelle ils vivent. La famille est un facteur important de l'édification de sociétés unies ; les conditions de vie des familles jouent donc un rôle crucial pour l'inclusion sociale. Dans les familles et les communautés roms, les femmes jouent un rôle central en matière de santé. Leur garantir la gratuité et l'égalité d'accès aux structures de soins publiques contribue donc à améliorer la situation des Roms, à titre individuel et collectif, et ainsi, à faire progresser l'ensemble de la société. Pour parvenir à ces objectifs, il faudrait accorder aux questions de santé une attention accrue dans la planification et l'application des stratégies gouvernementales en faveur des Roms. Il pourrait être nécessaire de prévoir des mesures spécifiques<sup>2</sup> pour garantir aux femmes roms l'égalité d'accès à la santé, sans discrimination et en tenant compte de leur réalité culturelle. Il faudrait en particulier favoriser la participation de ces femmes à tous les niveaux de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques les concernant.

La section I expose les motifs de ce rapport, mais aussi les raisons pour lesquelles les femmes roms et l'accès à la santé n'ont pour l'instant que peu mobilisé l'attention, tant au niveau national qu'international. Le rapport donne un bref aperçu de l'état de santé des populations roms, pour démontrer la gravité du problème et dessiner le contexte dans lequel devraient se situer les interventions et le travail de recherche à venir. Il présente les règles de droit, en soulignant la pertinence des normes anti-discrimination dans l'objectif non seulement de parvenir au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, mais aussi d'amener les femmes roms à s'engager davantage pour améliorer leur propre accès aux services publics. Le rapport évoque aussi l'importance de la collecte de données à caractère ethnique, ventilées par sexe ; à propos de la collecte de données, il insiste sur la nécessité de prévoir, dans toutes les phases du processus, des mesures de protection et, lorsque c'est utile, la participation des Roms.

La section II décrit les barrières discriminatoires, directes et indirectes, que les travailleurs et les institutions de la santé opposent aux Roms qui tentent d'accéder aux soins. Ces questions sont soulevées dans les commentaires sur l'accès à l'information sur la santé et l'accessibilité physique et économique des installations, biens et service en matière de santé, formulés par le Comité des Droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (CDECS) dans son Observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint<sup>3</sup>. Les formes de discrimination mentionnées englobent le refus de soins par les généralistes et par les institutions de santé, la ségrégation pratiquée dans les services sanitaires, les violences verbales et les traitements dégradants, et les obstacles pour accéder aux soins d'urgence. L'importance d'un suivi et de sanctions efficaces est soulignée de bout en bout. Les obstacles supplémentaires rencontrés spécifiquement par les femmes roms sont explorés, de même que les enjeux hommes-femmes qui, au sein des communautés roms, sont susceptibles d'être un frein à leur accès aux soins. L'accent est placé sur la nécessité d'une approche holistique de la santé des femmes, qui tient

---

<sup>2</sup> Dans le présent rapport, l'expression « mesures spécifiques » couvre les mesures relevant de l'action positive telle que prévue à l'article 5 de la Directive 2000/43/CE du Conseil de l'Union européenne du 29 juin 2000, relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique (Directive sur l'égalité raciale). Plus généralement, pour les mesures spécifiques, voir *infra* Section I, B.2.

<sup>3</sup> Observation générale n° 14 du CDESC sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, UN Doc. E/C.12/2000/4.

compte des attitudes et des pratiques changeantes potentiellement préjudiciables à la santé et au bien-être des femmes. Un appel est lancé en faveur d'une plus grande ouverture vis-à-vis de cette question et d'actions concrètes axées sur la violence familiale, les soins de santé mentale et les traitements en cas d'abus de substances psychoactives.

La section III souligne que l'accès à la santé est une condition préalable, indissociable, de l'accès à un statut juridique et à une protection sociale et une éducation adaptées, ainsi qu'à des conditions de vie et de logement minimales. En examinant certaines des relations entre ces droits et l'accès à la santé, elle tente de trouver les moyens d'éliminer les formes de discrimination directes et indirectes qui pourraient s'opposer à l'accès aux soins. Enfin, elle répond à des questions précédemment effleurées, comme les besoins spécifiques des filles et des femmes roms en matière d'éducation et de logement, afin de favoriser leur prise en considération systématique dans l'élaboration des politiques et des programmes.

La section IV examine les stratégies mises en œuvre par les gouvernements pour faire progresser la situation des Roms, afin d'identifier les meilleures pratiques dans l'objectif de l'accès des femmes roms aux services publics en général, et à la santé en particulier. Ces pratiques englobent, entre autres, le rôle et les activités d'organismes spécialisés dans la lutte contre la discrimination et en faveur de l'égalité de traitement, le développement d'une approche multisectorielle de la santé, qui reconnaisse la discrimination comme un obstacle à l'accès aux soins, la prise en considération de la diversité des besoins des Roms en matière de santé et la désignation d'un conseiller sur les droits et les questions de femmes roms, afin d'intégrer un point de vue tenant compte des sexospécificités et d'assurer la prise en considération des besoins des femmes roms par les services traditionnels. La nomination de médiateurs de la santé issus des communautés roms est envisagée dans le cadre des programmes existants. Le but est aussi de les intégrer dans les services de soins, d'une part, et de renforcer par leur intermédiaire le rôle des femmes roms dans la vie publique, d'autre part. L'importance de familiariser les travailleurs de la santé et les autorités responsables à la culture rom est évaluée. Enfin, cette section décrit les initiatives intergouvernementales destinées à améliorer l'accès à la santé, afin qu'elles inspirent et, éventuellement, enrichissent, les programmes nationaux et locaux tournés sur des objectifs similaires.

La section V expose des recommandations de principe qui visent à élargir l'accès à la santé et aux services publics concernés, en veillant tout particulièrement à assurer les conditions nécessaires à la pleine participation des femmes roms. Des actions concrètes, axées sur la promotion de l'accès aux soins, devraient améliorer l'état de santé général et les conditions de vie des femmes, mais aussi favoriser leur prise en compte dans toute la gamme des services traditionnels. Des engagements spécifiques sont attendus dans le but de favoriser l'objectif plus général de l'insertion des Roms, et en particulier des femmes, dans le tissu social.

### **iii. Constats clés**

A ce jour, les questions concernant les femmes roms et l'accès à la santé ont été par trop négligées, que ce soit au niveau national ou international. En Europe, l'état de santé des Roms est

globalement médiocre. En outre, les informations sur les besoins et les priorités des femmes roms manquent. Pour maintes raisons, ces femmes tendent à négliger leur propre santé alors qu'elles sont les premières à prendre soin des membres de leurs familles et de leurs communautés. La collecte de données ethniques, ventilées par sexe, de même que l'inclusion des Roms dans les recherches conduites sur les femmes, les adolescents, les populations rurales ou isolées, et mobiles, sont nécessaires au développement de politiques et de programmes qui garantissent à tous l'accès à la santé et aux autres services publics, sur un pied d'égalité.

Il faudrait que les professionnels de la santé et les autorités concernées se familiarisent avec les cultures et les pratiques roms en matière de santé. Il faudrait une politique d'ouverture, pour pouvoir procéder aux aménagements nécessaires à ces pratiques et assurer que les Roms bénéficient d'un accès aux soins de santé, de façon non discriminatoire et dans des conditions d'égalité avec les non-Roms.

Les barrières qui entravent l'accès des Roms à l'information sur la santé et réduisent l'accessibilité physique et économique des installations, biens et service en matière de santé, résultent des effets conjugués de la discrimination et de la pauvreté. Les Roms font l'objet de diverses formes de discrimination directe et indirecte les empêchant d'accéder aux soins de santé. Elle comprennent le refus d'assistance de la part de généralistes ou d'établissements de soins, la ségrégation pratiquée dans les services sanitaires, les violences verbales et les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour accéder aux services d'urgence, en raison de leur appartenance ethnique. Parmi les conséquences à court et long terme de cette discrimination, il faut mentionner des problèmes de santé non suivis, une confiance érodée dans les services publics et une exclusion sociale aggravée.

Les difficultés des femmes roms à accéder à la santé sont aggravées par les attitudes et les pratiques de leurs communautés, qui négligent les problèmes de santé des femmes, confinant ainsi à la discrimination fondée sur le sexe. Ainsi, nombre d'entre elles estiment que la santé – notamment les soins préventifs et la planification familiale – n'est pas faite pour elles. Dans les communautés roms, les femmes et les hommes, et plus encore les adolescents, souffrent du manque d'information sur les droits relatifs à la santé sexuelle et génésique, malgré des mariages et des grossesses souvent précoces. Les difficultés à accéder aux services de planification familiale expliquent en grande partie les taux élevés de fécondité et d'avortement parmi les femmes.

La spécificité des relations entre les sexes se combine à la pauvreté et à la discrimination pour accroître la vulnérabilité des femmes à la violence familiale, aux maladies mentales et à l'abus de drogues. L'accès aux soins disponibles est difficile et, de plus, les informations sont rares. Les femmes roms victimes de violence familiale ont peu de possibilité d'entrer en relation avec des services d'aide adaptés à leur culture. Elles sont en outre freinées par la crainte de traitements discriminatoires dès lors qu'elles cherchent à obtenir de l'aide en dehors de leur communauté. Concernant la santé et le bien-être de ces femmes, les sexospécificités doivent impérativement être prises en compte ; il est notamment capital de sensibiliser les hommes à la promotion et la protection de la santé de leurs femmes.

Sans être la panacée aux barrières systémiques et systématiques qui entravent l'accès des Roms à

la santé, la nomination de médiateurs issus des communautés roms pourrait contribuer à améliorer considérablement la prise en compte de leurs besoins dans les services traditionnels et à renforcer la participation des femmes dans tous les domaines concernant leur propre santé. Les programmes se sont dans un premier temps orientés sur la formation de femmes au rôle de médiateurs. Mais le médiocre état de santé de beaucoup de Roms, l'ampleur des difficultés en matière d'accès aux soins et l'importance des sexospécificités dans ce domaine font apparaître le besoin d'actions supplémentaires et la nécessité d'impliquer davantage d'hommes.

Beaucoup de Roms n'ont pas de carte d'identité, de certificat de naissance ou d'autre document attestant de leur statut juridique. Or, ces documents sont souvent requis pour accéder aux services publics. L'apatridie et l'absence de statut dans le pays de résidence, associées à divers problèmes de documents, bloquent l'accès à divers droits dont la santé. Ces situations résultent de divers facteurs – barrières économiques, manque d'information, critères d'éligibilité, notamment – qui ont des conséquences disproportionnées sur les Roms, ainsi que de la discrimination exercée par les autorités locales. Il faudrait amener les autorités à une prise de conscience de la situation des Roms. Il faudrait aussi favoriser la flexibilité dans l'application des exigences d'accès au statut juridique concernant les Roms (mais aussi les autres groupes objets de discrimination), afin qu'ils puissent jouir d'un accès égal aux services publics.

L'accès à la protection sociale inclut l'accès à une assurance-maladie non contributive et à d'autres avantages sociaux connexes, que beaucoup de Roms méconnaissent. En outre, l'obtention d'un rendez-vous chez un médecin est souvent conditionnée à l'inscription au chômage et à des visites périodiques dans une agence pour l'emploi – autant de démarches qui permettent de faire valoir ses droits à la santé. Les critères d'éligibilité défavorisent particulièrement les Roms ; en outre, l'abus de pouvoir discrétionnaire, de la part des travailleurs sociaux, constitue parfois un frein supplémentaire. Dans les pays où les Roms forment la majeure partie de la population des chômeurs et des démunis, la cherté des documents d'identité est aussi un problème. Les Roms qui vivent une existence semi-nomade ou nomade sont *de facto* privés de l'accès aux avantages sociaux. Les versements étant généralement effectués à une adresse permanente, la mobilité contrainte – facteur d'instabilité, de stress, de manque d'information et de discrimination fondée sur le mode de vie spécifique – est aussi un obstacle.

Il convient de considérer la relation entre la capacité de prise de décision relativement à sa santé et les sexospécificités qui, dans beaucoup de communautés roms, empêchent l'éducation des filles et des femmes roms. L'école est un lieu central d'information sur les questions d'hygiène, de nutrition, de prévention des maladies et d'accès au système de santé. Des recherches et des campagnes de sensibilisation ont été conduites en faveur de l'accès non discriminatoire à l'éducation pour les jeunes Roms en général. Mais, il faut redoubler de vigilance dès lors qu'il s'agit des difficultés spécifiques que rencontrent les jeunes filles de ces communautés, comme par exemple leur retrait de l'école par des parents désireux de protéger leur virginité, leur préparation au mariage ou leur obligation d'assumer des tâches domestiques. Ces filles risquent ainsi d'être privées de l'éducation nécessaire et de l'esprit critique qui leur permettraient de s'occuper d'elles et de leurs familles, mais aussi de modifier des pratiques culturelles préjudiciables à leur santé et à leur bien-être. Dans la réalité, elles sont victimes d'une double discrimination, ethnique et fondée sur le sexe.

La médiocrité des conditions de vie, les difficultés à disposer d'un domicile fixe, le manque de services et les expulsions, ont des répercussions négatives sur l'accès à la santé. Parce que, dans la famille, ce sont principalement elles qui utilisent et entretiennent le foyer, les femmes ont tout intérêt à bénéficier d'un logement adéquat. Malheureusement, de nombreux Roms vivent dans des conditions qui mettent en danger leur santé et leur sécurité. Et il arrive que les services publics, de santé notamment, évitent, volontairement ou non, leurs zones d'habitation. Pour ceux qui vivent dans des zones rurales ou isolées, les services publics sont difficilement accessibles. Il faut combler ces lacunes au niveau des services réguliers.

Lorsqu'une preuve du lieu de résidence est exigée pour bénéficier des services publics, les Roms sont pénalisés par l'exercice abusif que les autorités font de leur pouvoir discrétionnaire pour leur délivrer les documents nécessaires, ou par des lois et règlements qui prévoient des emplacements ne répondant pas à leurs besoins. Les communautés roms sont particulièrement vulnérables aux expulsions, qui les privent à maints égards de l'accès aux services de santé et autres. La légalisation des campements et autres lieux de résidence doit donc être envisagée de toute urgence.

#### **iv. Recommandations**

Pour promouvoir l'égalité et garantir l'absence de discrimination en matière d'accès à la santé, des actions concrètes doivent être entreprises aux niveaux national et local ; elles pourraient être renforcées par des initiatives de coopération intergouvernementales et non gouvernementales. Les normes anti-discrimination internationales et régionales devraient être mise en application au moyen, notamment, de législations nationales exhaustives interdisant expressément toute discrimination directe et indirecte et s'opposant à la victimisation ; ces lois devraient en outre être assorties d'instructions expresses contre la discrimination dans l'accès aux soins et aux autres services publics. Les Etats pourraient en outre contribuer à améliorer l'égalité de traitement en introduisant l'obligation légale, pour toutes leurs administrations, de promouvoir l'égalité.

Ils devraient s'interroger sur la nécessité de prendre des mesures spéciales pour garantir l'égalité absolue dans la pratique et créer les conditions permettant l'égalité d'accès aux soins pour les Roms, et plus particulièrement pour les femmes. Il faudrait probablement prévoir aussi des mesures spéciales pour faire en sorte que les attitudes traditionnelles et culturelles ne fassent pas obstacle au droit des femmes roms à bénéficier du meilleur état de santé possible et à participer à la conduite des affaires qui les concernent. Ces mesures devraient s'accompagner d'un renforcement du potentiel constitué par des acteurs ciblés pris au sein de la communauté rom et de campagne de sensibilisation de l'ensemble de la population sur le but de ces mesures.

Les gouvernements devraient envisager la création ou la désignation d'organes spécialisés et indépendants, s'ils n'existent pas encore, qui soient en mesure de promouvoir l'égalité de traitement de tous les individus, sans discrimination aucune, notamment pour des motifs raciaux ou ethniques. Ces organes devraient porter une attention soutenue au domaine de la santé et tenir compte des problèmes particuliers liés au sexe des personnes concernées. Ils pourraient en outre jouer un rôle clé de sensibilisation des personnels soignants et des autorités sanitaires aux

diverses formes de discrimination endurées par les Roms. Ils pourraient aussi instruire et soutenir les plaintes, entreprendre des recherches et études indépendantes et contribuer à l'adoption et à l'application d'un ensemble exhaustif de lois anti-discrimination, notamment au niveau local. Il faudrait aussi renforcer le dialogue et la coopération sur la question de l'accès à la santé, entre les représentants des systèmes de santé, les organes spécialisés, les instances intergouvernementales et celles chargées de veiller à l'application des traités.

Les Etats devraient développer un système officiel de collecte de données, respectant les normes internationales de collecte et de protection des données afin de documenter la situation et les besoins des Roms et d'enregistrer toutes les formes de discrimination. A chaque fois que possible, les Roms devraient participer à toutes les phases de ce processus – collecte, ventilation et analyse. Le but et l'utilisation de ces données, ainsi que les règles relatives à leur conservation et à leur accès, doivent être expliqués clairement aux personnes faisant l'objet de cette collecte de données. Les Etats devraient prendre des mesures pour que les recherches conduites viennent pallier la rareté des informations sur l'état de santé et les besoins des Roms, notamment en ce qui concerne les femmes, les adolescents et les populations mobiles, rurales ou isolées.

Les stratégies gouvernementales visant à améliorer la situation des Roms devraient intégrer des actions concrètes qui approchent la discrimination en tant qu'obstacle à l'accès aux soins. Elles devraient aussi inclure des mécanismes consultatifs qui favorisent la prise en considération des intérêts des Roms lors de l'élaboration des lois et des politiques d'intervention et qui privilégient une approche holistique de la santé des femmes. Il convient d'encourager la nomination ou la participation d'un conseiller chargé des questions liées au sexe et aux droits des femmes afin de garantir la prise en compte de ces questions dans les politiques concernant les Roms, ainsi que dans les stratégies et les services traditionnels relatifs à la santé publique.

D'une manière plus générale, les stratégies gouvernementales devraient refléter une approche multisectorielle, qui prenne en compte les conséquences sur l'état de santé et l'accès aux soins, en particulier pour les femmes, de l'accès aux documents attestant du statut juridique, aux avantages sociaux, à l'éducation, aux conditions de vie et au logement. A cet égard, les Etats devraient mettre à disposition les compétences et les ressources nécessaires au développement, à la mise en œuvre et au suivi de stratégies, en particulier au niveau local.

Il faudrait renforcer la participation des femmes roms aux efforts visant à améliorer leur propre accès aux soins de santé et aux autres services publics. Il faudrait assurer leur participation à tous les stades de l'élaboration des politiques et des lois concernant les Roms, sur un pied d'égalité avec les hommes, notamment au moyen de mécanismes de consultation formels et par une plus grande transparence dans les processus de recrutement et de prise de décision.

Il faudrait favoriser au niveau local, mais aussi national, l'institution de médiateurs de la santé issus des communautés roms, afin qu'ils participent à la lutte contre les stéréotypes. Ils pourraient dans cet objectif entreprendre une action éducative qui permettrait aux communautés roms et aux services de santé de mieux se connaître mutuellement, et favoriser des changements dans la dynamique des genres propre aux Roms, parfois préjudiciable au bien-être des femmes. Ils pourraient aussi amener les femmes à prêter davantage d'attention à leur santé, en encourageant, de manière plus générale, leur participation à l'éducation et aux questions qui les concernent.

La lutte contre les comportements discriminatoires des travailleurs et des institutions de la santé devrait être menée sur plusieurs fronts. Des lois interdisant la discrimination directe et indirecte et la victimisation devraient être adoptées et leur application devrait être assurée et contrôlée, notamment par des associations professionnelles. Le personnel soignant et les autorités sanitaires intervenants auprès des communautés roms devraient recevoir une formation sur leurs traditions, leurs cultures, leurs modes de vie et de déplacement, dans le but de combattre la discrimination fondée sur la race, l'appartenance ethnique et d'autres facteurs corrélés, comme le nomadisme. Des dispositions doivent être prises pour que la langue rom soit utilisée dans les messages visant à améliorer la prévention et à optimiser les soins. Il faudrait prévoir des encouragements incitant les personnels de santé à intervenir dans les communautés roms, dans le but d'intégrer ces communautés dans les services traditionnels. Les médiateurs de la santé pourraient apporter leur concours à l'identification de la discrimination dans les services publics, de santé et autres, afin de favoriser son élimination.

L'information sur les services de santé, y compris, les services d'urgence, ainsi que l'accès physiques et économiques à ces services devraient être garantis. Cet objectif peut être favorisé par des campagnes de sensibilisation auprès des communautés roms et des collectivités locales, par la création de routes et la mise en place de moyens de communication et de services pour les communautés roms, ou encore par des programmes d'insertion des personnes à faible revenu. Pour les populations mobiles, on pourrait envisager des dossiers qui suivent les usagers, ainsi que d'autres systèmes non assignés au territoire.

Les victimes de discrimination présumée devraient être encouragées à porter plainte. Pour cela, il faudrait les informer sujet des voies de recours existantes et de l'assistance que peuvent leur apporter certains organismes spécialisés, en leur donnant l'assurance que leur démarche ne sera pas préjudiciable à la confidentialité et à l'accès aux soins. Dans le but d'établir la violation du principe de traitement égal, les mécanismes de dépôt de plaintes devraient faire porter la charge de la preuve par les travailleurs de la santé plutôt que par les victimes.

Les femmes roms se heurtent à de nombreuses barrières lorsqu'elles veulent promouvoir leurs propres besoins en termes de santé. Les institutions et les travailleurs de la santé devraient créer des programmes intégrant la dimension de la prise en charge de soi, afin d'améliorer la conscience et l'accès des femmes aux soins préventifs, mais aussi à la santé sexuelle et génésique. Il faudrait prendre des mesures concrètes face aux aspects de la culture rom susceptibles d'empêcher l'accès à ces services. Un conseiller chargé des droits des femmes et des questions de genre pourrait apporter sa contribution à la définition de tels programmes. Tous les Roms, y compris les adolescents et les membres des communautés mobiles, rurales et isolées, devraient pouvoir jouir de l'accès aux informations et aux services en matière de santé, tout au long de leur vie. Il faudrait envisager d'éduquer les jeunes femmes roms, leurs partenaires sexuels et leurs parents, au sujet des risques liés aux grossesses précoces. Plus généralement, l'éducation au droit à l'autonomie et à la liberté de choix, dans toutes les décisions relatives à la sexualité, devrait être une composante centrale des interventions menées au niveau de la communauté en faveur d'un meilleur accès aux soins. Des mesures concrètes prenant en compte l'influence des sexospécificités sur la santé et le bien-être des femmes en général, devraient inclure les communautés roms, par exemple en sensibilisant les hommes à leur rôle dans la

protection de la santé des femmes et dans la prévention de la violence familiale.

Des efforts doivent être déployés pour que les interventions faites auprès de l'ensemble de la population au sujet de la violence familiale, de la santé mentale et de l'abus de drogues traitent des besoins des femmes roms. Il faudrait évaluer le besoin de formation aux questions de discrimination, de genre et de culture, des autorités, des travailleurs de la santé et des autres personnels qui dispensent des services de soutien au bénéfice de ces femmes. Il faudrait prévoir des informations et des services adaptés aux différences culturelles, en tenant compte de l'approche spécifique de ces problèmes par les femmes roms. La situation des adolescents et des femmes vivant dans des communautés nomades, rurales ou isolées, ne doit pas être négligée.

Il faudrait supprimer les obstacles discriminatoires à l'obtention d'un statut juridique, de documents d'identité et de prestations sociales, car ils ont un impact direct sur l'accès à la santé. Les critères qui ont un impact nettement plus marqué sur les Roms devraient être modifiés et les abus de pouvoir discrétionnaire des fonctionnaires devraient faire l'objet d'enquêtes et de sanctions. Toute modification apportée aux politiques et aux pratiques devrait tenir compte de la situation particulière des populations nomades. Entre-temps, les personnes dans le besoin devraient, indépendamment de leur appartenance raciale ou ethnique, bénéficier de l'accès à la santé et aux autres services publics, pour lequel des documents officiels sont requis. Lorsqu'il existe des différences de traitement fondées sur la nationalité ou le statut juridique, elles doivent être réexaminées régulièrement dans le but de promouvoir, comme il se doit, l'égalité de traitement.

Améliorer l'accès à la santé des filles et des femmes roms n'est pas envisageable à moins de leur donner la possibilité de jouir de leur droit à l'éducation. Il faudrait adopter des mesures visant à changer les attitudes et les pratiques qui s'opposent à leur accès à l'éducation, en prévoyant des aménagements raisonnables permettant aux filles et aux femmes qui ont quitté l'école pour se marier et/ou avoir des enfants, de reprendre leurs études. Il faudrait encourager la coopération entre les enseignants, les autorités et les parents, dans le but de promouvoir la formation continue des filles, qui est l'une des conditions à l'exercice de leur libre choix et de leur responsabilité en matière de santé. Il faudrait mettre en place des systèmes d'incitation et de soutien dans le but d'encourager les femmes roms à suivre des études supérieures et une formation professionnelle.

Il est essentiel d'assurer aux Roms l'accès légal à des logements habitables, salubres et adaptés à leur culture si l'on veut améliorer leur accès à la santé et aux services publics, pour lequel une preuve du domicile est exigée. Les femmes roms devraient être consultées pour l'élaboration de lois et de politiques visant à développer et rénover le parc de logements destinés à leurs familles et à leur communauté. Il faudrait veiller tout particulièrement à garantir l'accès aux services publics, sur un pied d'égalité et de façon non discriminatoire, aux Roms des communautés nomades, rurales ou isolées. Il faudrait faciliter les démarches d'inscription en tant que résidents. Il faudrait également donner la priorité à une application non discriminatoire des contrôles d'hygiène et des politiques d'expulsion, en veillant à préserver l'accès de ces populations aux services publics et à leur éviter de se retrouver sans abri.

## **SECTION I**

### **A. Introduction**

#### **1. Une attention insuffisante aux femmes roms et à leur accès à la santé**

Le rapport d'avril 2000 sur la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE indique que l'inadéquation des soins de santé était l'un des deux principaux aspects des conditions de vie globalement médiocres caractérisant les communautés roms. Les effets particulièrement préjudiciables de cette situation ont été observés chez les femmes roms, qui portent souvent le double fardeau de la discrimination ethnique de la société majoritaire et sexuelle de leurs communautés. De nombreux facteurs portant atteinte à la santé des femmes roms ont été mis en évidence, et notamment les mauvaises conditions d'hygiène et de logement, le manque d'éducation, le chômage et le statut juridique. La discrimination en matière d'accès aux soins est apparue comme un sujet de préoccupation majeur :

La discrimination et les attitudes préjudiciables font partie des facteurs clés de la marginalisation voire de l'exclusion de nombreux Roms, des campagnes et des programmes en matière de santé publique ; le manque d'accès pratique aux soins médicaux génère des préoccupations spécifiques en ce qui concerne les femmes roms<sup>4</sup>.

Si *l'accès* n'est qu'une des nombreuses dimensions de la santé<sup>5</sup>, son amélioration serait un progrès décisif vers une suppression des disparités au niveau des soins de santé accessibles aux groupes, selon qu'ils sont dominants ou marginalisés. L'accès aux soins est un droit et une condition indispensable à un bon état de santé, sans lequel il n'est possible de participer pleinement à la vie sociale, économique et politique : il est indissociable de l'accès à des services publics tels que l'éducation, le logement et la protection sociale ; il conditionne en outre l'accès à l'emploi et la capacité de le conserver. Garantir l'accès des femmes roms à la santé est donc une condition essentielle pour qu'elles participent plus largement à la vie sociale et économique et qu'elles puissent s'insérer socialement. Pour des raisons à la fois morale et pratique, il en va non seulement de l'intérêt des femmes roms elles-mêmes, mais aussi de celui de leurs familles, de leur communauté et de l'ensemble de la société de veiller à leur état de santé. Si les pouvoirs publics et la société dans son ensemble entreprennent de créer les conditions permettant aux populations roms de s'insérer et d'accéder à un bon niveau de santé et d'éducation, les bénéficiaires s'en feront sentir pour toute la population.

---

<sup>4</sup> Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, Haut Commissaire aux minorités, « *Report on the Situation of Roma and Sinti in the OSCE Area* », La Haye, avril 2000, p. 117. Ce rapport peut être consultée à l'adresse suivante : <http://www.osce.org/hcnm/documents/reports/>.

<sup>5</sup> Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels identifie les quatre éléments qui fondent le droit à la santé : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. Voir Commentaire général n° 14 du CDESC, *supra*, note 3, paragraphe 12.

Ce sont en général les femmes qui dispensent les premiers soins dans les familles et communautés roms. Elles font aussi souvent office d'intermédiaires entre leurs familles et les services publics. Pourtant, elles ont tendance à négliger leur propre santé et sont en outre exclues de diverses structures publiques, comme l'éducation et le logement. Cette situation nuit non seulement au développement personnel de ces femmes, mais aussi à celui de leurs communautés.

Malgré des cas avérés de discrimination, les questions relatives aux femmes roms ou à leur santé ont reçu assez peu d'attention, par comparaison à d'autres problèmes qui touchent aussi les communautés roms. Plusieurs facteurs expliquent cette situation. Les responsabilités familiales et domestiques, associées à l'adhésion, dans certaines communautés roms, aux rôles rigides assignés à chacun des sexes, empêchent de nombreuses femmes d'évoquer ces problèmes sur la place publique et de façon durable. Les femmes roms sont souvent négligées dans les efforts déployés en faveur de l'intégration et de la prise d'autonomie de leurs communautés. Lorsque des stratégies nationales en faveur des Roms abordent la question de la santé, leurs objectifs sont souvent strictement éducatifs et leur portée restreinte à la santé maternelle. Il est nécessaire de porter une plus grande attention aux problèmes de discrimination et aux attitudes liées au sexe qui empêchent les femmes roms d'avoir accès à la santé.

De manière plus générale, les intentions des gouvernements peinent souvent à se traduire en actions concrètes, que ce soit par manque de ressources, d'autorité pour les faire appliquer sur le terrain ou de volonté politique (aussi bien au niveau national, que régional ou local). De ce fait, on n'entend guère parler de cas particuliers d'interaction des femmes roms avec les services de santé et les services publics connexes, que ce soit au niveau national ou international. Néanmoins, beaucoup de femmes et d'organisations roms, à tous les niveaux, se sont mobilisées sur les questions de leur santé et de celle de leurs communautés. Le travail de certains de ces groupes est décrit ci-dessous.

L'heure est aux réformes de la santé, tout particulièrement en Europe centrale et orientale. Parallèlement, l'accueil des migrants et le caractère de plus en plus multiculturel des sociétés posent des défis de plus en plus pressants aux pays occidentaux. Les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne ont été exhortés à remédier à la médiocrité des conditions de vie des Roms et à leur discrimination sociale, ainsi qu'à les intégrer plus activement dans leurs stratégies de développement social<sup>6</sup>. Récemment, la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée a reconnu le besoin de développer une approche à la fois plus systématique et consistante de l'évaluation et du suivi de la discrimination raciale subie par les femmes, ainsi que des inconvénients, des difficultés et des obstacles rencontrés par les femmes pour exercer pleinement leurs droits, du fait du racisme et de l'intolérance<sup>7</sup>. A ce stade, un partage des expériences pourrait s'avérer fort utile pour identifier les problèmes, élaborer des solutions et échanger les enseignements concernant l'amélioration de l'accès, pour les femmes Roms et leurs communautés, à la santé et aux services publics

---

<sup>6</sup> « Vers l'Union élargie » : Document de stratégie et rapport de la Commission européenne sur les progrès réalisés par chacun des pays candidats sur la voie de l'adhésion., SEC (2002) 1400 – 1412(COM(2002) 700 final), Bruxelles, 9 octobre 2002, Annexe 1 : Conclusions des Rapports réguliers.

<sup>7</sup> Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, Durban, Afrique du Sud, 31 août – 8 septembre 2001. Déclaration, par. 70, disponible à l'adresse suivante : <http://www.unhcr.ch/racisme/durban>.

connexes<sup>8</sup>. Armés de cette conscience, les Etats sont susceptibles de progresser à la fois individuellement et de concert vers l'atteinte de ces objectifs.

## **2. L'état de santé des populations roms : un aperçu de la situation**

Pratiquement toutes les stratégies développées en Europe orientale et occidentale pour améliorer la situation des communautés roms témoignaient de la reconnaissance de deux tendances : d'une part que ces dernières étaient généralement plus touchées par la maladie et, d'autre part, qu'elles étaient défavorisées en termes d'accès aux soins par rapport au reste de la population<sup>9</sup>. Si les informations sur l'état de santé des femmes roms sont relativement rares, les études consacrées à la santé de leurs communautés suffisent néanmoins à donner une idée d'ensemble du contexte dans lequel poursuivre les interventions et les recherches.

Les tendances observées en matière de santé seront discutées plus en détail dans la suite de ce rapport. Ceci dit, on peut d'ors et déjà affirmer que beaucoup de Roms sont particulièrement exposés à certaines affections du fait de leurs médiocres conditions de vie et de leur pauvreté. Ces facteurs non seulement causent mais aggravent la maladie, dans la mesure où ils entravent l'accès aux soins préventifs, à une nutrition de qualité, aux produits d'hygiène et aux médicaments. Pour un ensemble de raisons, y compris la discrimination, elles se trouvent totalement hors de portée des programmes de santé publique qui leur permettraient de bénéficier de l'éducation sanitaire, des analyses et des traitements nécessaires. Les taux élevés de tabagisme, de stress et de maladies mentales, mais aussi de maladies chroniques, comme les affections cardiaques et asthmatiques, font partie des problèmes communs pour lesquels trouver de l'aide est difficile. Les femmes roms ont un moyenne un taux de fertilité plus élevé et ont leurs premiers enfants très tôt. Elles sont moins susceptibles d'avoir accès à des informations en matière de soins préventifs et de santé sexuelle et génésique. En conséquence, dans les communautés Roms, l'espérance de vie est plus faible que dans les autres groupes de population, la mortalité infantile plus élevée, de même que le taux de morbidité, alors que le taux de vaccination est inférieur. La discrimination en matière d'accès à la santé rend très difficile de remédier à des problèmes largement répandus, que ce soit au niveau des communautés ou des pays.

La faible espérance de vie des Roms, tant des hommes que des femmes, par comparaison à la population générale, a été observée à la fois en Europe occidentale et orientale. En Slovaquie, par exemple, l'espérance de vie des femmes roms est de 17 ans plus courte que celle de la population générale ; pour les hommes, elle est de 13 ans plus courte<sup>10</sup>. Pour les Voyageurs irlandais, elle est

---

<sup>8</sup> Voir « *Implementing Good Intentions* », discours de Rolf Ekeus, Haut-Commissaire aux minorités, Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE), lors d'une conférence sur l'égalité des chances pour les Roms et les Sinti, Bucarest, Roumanie, 10 septembre 2001.

<sup>9</sup> Voir Open Society Institute, « *Minority Protection in the EU Accession Process* », CEU University Press, Budapest, Hongrie, 2001, p. 37. En Moldova, on estime que 18,6% des Roms sont atteints d'une « maladie très grave » telle que la tuberculose ou la poliomyélite. *Situation of Roma in the Republic of Moldova* (sondage d'opinion), Chisinau, 2001, Projet CORDAID, p. 28. (Disponible chez l'auteur.)

<sup>10</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process, supra*, note 10, p. 448.

entre 10 et 12 ans plus courte que pour la population sédentaire<sup>11</sup>. On a également observé chez les Roms un taux de mortalité infantile (TMI) significativement supérieur aux moyennes nationales européennes. En 1991, le TMI des Roms était, dans la Tchécoslovaquie d'alors, deux fois supérieur à la moyenne nationale ; en Bulgarie (1989), il était six fois supérieur ; en Italie (1991), il était pratiquement trois fois supérieur à la moyenne nationale ; en Slovaquie orientale, où vit une forte concentration de Roms, il est trois fois supérieur à celui de l'ensemble de la population<sup>12</sup> ; en Hongrie et en Irlande, enfin, il est le double de la moyenne nationale<sup>13</sup>.

A des degrés divers, les communautés roms les plus pauvres et marginalisées d'Europe ne disposent pas de réseaux d'assainissement corrects et vivent notamment sans collecte de déchets, sans eau courante, ni électricité. Par exemple, dans de nombreux camps roms, en Slovaquie orientale, où vivent quelque 12.000 Roms,

il n'y a ni eau courante ni électricité. Certains de ces camps sont privés de routes qui les relieraient au monde extérieur. Lorsque des routes existent, les nids de poule et la boue les rendent impraticables pour les autobus et les ambulances. Des décharges publiques infestées de rats se trouvent souvent à proximité. L'eau des puits est souvent contaminée, faute de réseaux d'assainissement. La tuberculose se développe dans des logements bondés, dépourvus de chauffage en hiver. Les conditions déplorables de ces ghettos ruraux n'ont pour équivalent que les ghettos urbains...<sup>14</sup>

Ces facteurs favorisent la prolifération de bactéries et les infections, tout en rendant plus difficile le maintien d'un bon niveau d'hygiène et l'obtention de conditions propices à la guérison. Il n'est donc pas étonnant que le taux de maladies contagieuses, comme la tuberculose, les hépatites, la gale, la pédiculose et d'autres affections dermatologiques soit plus élevé qu'ailleurs dans tous les campements roms.<sup>15</sup> Les conditions de surpeuplement rendent extrêmement difficile l'éradication de ces problèmes. Le manque d'eau et sa mauvaise qualité favorisent la propagation des maladies contagieuses, tout en accroissant la survenance de cas d'infections urinaires et intestinales. La santé et la sécurité, tant des adultes que des enfants, sont mises en danger par divers facteurs, dont « la saleté, des déplacements rapides, le manque d'aires de jeu propres, la difficulté à faire sécher les vêtements, le surpeuplement, la boue, les chiens, le verre cassé, les sites devenus inutilisables à cause des trous creusés dans la terre pour les déjections humaines, le manque d'éducation, le bruit des usines et les odeurs des stations d'épuration des eaux d'égout »<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> Rachel Morris, « *The Invisibility of Gypsies and Other Travellers* », Traveller Law Research Unit, Cardiff Law School, p. 2.

<sup>12</sup> Minority Protection in the EU Accession Process, *supra*, note 10, p. 448.

<sup>13</sup> Id., 42 ; « *Disability, Social Care, Health and Traveller People* », Traveller Law Research Unit, Cardiff Law School, Pays de Galles, 2001, p. 59.

<sup>14</sup> Ina Zoon, *Roma and Public Services in Slovakia*, Open Society Institute, New York, New York, 2001, p. 78-79.

<sup>15</sup> On a constaté que 31,98% des femmes roms vivant dans les camps de Belgrade souffraient de pédiculose, 10,66% de gale. « *Report on Medical Issues* », Autonomous Women's Center, Belgrade, Serbie. (Disponible chez l'auteur.)

<sup>16</sup> Compilation d'entretiens avec des femmes de la communauté des gens du voyage, mères d'enfants de moins de cinq ans, par Pahl en 1998, citée dans « *Disability, Social Care, Health and Traveller People* », *supra*, note 13, p. 61. Voir aussi « *The Invisibility of Gypsies and Other Travellers* », *supra*, note 11, et « *Improving Primary*

Ces conditions peuvent être encore aggravées pour les Roms et Voyageurs qui vivent en zones rurales, sur des emplacements pour caravanes ou des terrains de campement (autorisés ou non) mal entretenus. Une enquête menée auprès d'un échantillon de femmes de la communauté des gens du voyage vivant sur des emplacements municipaux ou en bordure des routes dans la région de Bristol, en Angleterre, a démontré que 39% d'entre elles ne disposaient pas d'eau douce ; 41,5% n'avaient pas accès à des toilettes ; et 43,9% ne bénéficiaient pas de l'enlèvement des ordures<sup>17</sup>. Dans certaines zones rurales de Roumanie, les problèmes d'hygiène ont diverses origines et notamment : le mauvais état des latrines, non désinfectées ; les déjections animales, la mauvaise qualité générale de l'eau, potentiellement porteuse de l'hépatite A, voire B, dans certaines régions, ainsi que des déchets non collectés, non traités et non recyclés.<sup>18</sup> Les Roms qui ont émigré, et vivent parfois sans statut juridique en Europe occidentale, sont privés de tout équipement sanitaire ; la collecte des déchets est exceptionnelle et les logements, construits à partir de matériaux récupérés, tels que des planches, des morceaux de plastique ou des tuiles, sont particulièrement sujets à une rapide détérioration<sup>19</sup>. Dans ce groupe, 45% des femmes et 40% des hommes ont des problèmes de santé<sup>20</sup>. A Aspropyrgos, dans la banlieue d'Athènes, en Grèce, on trouve des habitations roms « au milieu d'une décharge »<sup>21</sup>. La Commission européenne contre le racisme et l'intolérance a exprimé sa préoccupation face aux conditions de vie qui règnent dans les camps habités par des familles roms et tsiganes, en Italie :

« Les conditions de vie sont extrêmement rudes dans les camps habités par les familles roms/tsiganes, faute d'infrastructure et d'équipements de base, qu'il s'agisse de l'accès à l'énergie, au chauffage et à l'éclairage, du réseau d'assainissement, des installations de nettoyage et de l'enlèvement des ordures, du drainage des sites ou encore des services d'urgence. Bien que la situation soit particulièrement préoccupante pour les camps non autorisés, les conditions de vie ne sont pas sensiblement meilleures dans de nombreux camps autorisés<sup>22</sup>. »

Les Roms qui vivent dans la pauvreté ne savent pas vraiment ce qu'est une alimentation adaptée et, de toutes façons, ils n'ont pas les moyens de l'assurer. Beaucoup de femmes roms, notamment,

---

*Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », Centre rom d'intervention et d'études sociales (Romani CRISS) et UNICEF Roumanie, avril-mai 1998.

<sup>17</sup> « *Women's Health Report* », Travellers' Health Project and United Bristol Health Care NHS Trust, 1998, Résultats du questionnaire.

<sup>18</sup> « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, section IV : hygiène.

<sup>19</sup> « *ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000* », Médecins du Monde, Paris, France, March, 2001, p. 15-16.

<sup>20</sup> *Id.*, p. 25.

<sup>21</sup> Theodoros Alexandridis, « *Not enough action : government policy on Roma in Greece* », Roma Rights, n° 2/3, 2001, European Roma Rights Center, Budapest, Hongrie, p. 74.

<sup>22</sup> Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI) : Second Rapport sur l'Italie, CRI (2000)4, adopté le 22 juin 2001, paragraphe 61.

ignorent qu'elles doivent modifier leur mode de vie et leur régime durant leur grossesse<sup>23</sup>. 50% des femmes entre 16 et 50 ans qui vivent dans des camps à proximité de Belgrade sont dénutries ; on a constaté que leur régime se composait de pommes de terre, de riz et de pâtes ; la viande, le lait, les fruits et les légumes font rarement partie de leur alimentation<sup>24</sup>. En Roumanie, les enfants roms souffrent de carences en vitamines, de malnutrition et d'anémie à des degrés supérieurs aux non-Roms<sup>25</sup>. L'impossibilité des parents de payer le repas scolaire quotidien s'est révélé être un facteur majeur d'absentéisme pour les jeunes Roms de Roumanie<sup>26</sup>.

On observe aussi au sein des communautés roms, partout en Europe, de faibles taux de vaccination. Cela signifie que les Roms continuent à souffrir de maladies qui pourraient être évitées par la vaccination, et que les taux de morbidité, pour ces maladies, sont particulièrement élevés chez leurs enfants. En Slovaquie, des épidémies de poliomyélite et de méningite menacent de se déclarer dans les communautés roms faute de programmes de vaccination systématiques<sup>27</sup>. En Bulgarie, les enfants roms sont affectés de façon disproportionnée par la poliomyélite et la diphtérie<sup>28</sup>. Parmi les enfants de la communauté des gens du voyage, on a constaté que 43% n'avaient pas bénéficié des vaccinations préscolaires, tandis que 97,3% des enfants écossais sont vaccinés<sup>29</sup>.

On a aussi constaté de fort taux de tabagisme chez les Roms de tous âges. Une étude de l'OMS sur les adolescents roms en Hongrie a montré que 69% des jeunes filles et 71% des garçons étaient des fumeurs ; 71% de l'ensemble des jeunes interrogés ont déclaré fumer tous les jours<sup>30</sup>. Au sein des communautés contraintes de migrer, en Europe occidentale, 60% des hommes et 54% des femmes fument, en majorité depuis l'âge de 14 ans<sup>31</sup>. Dans les camps roms autour de Belgrade, presque toutes les femmes font usage de tabac ; beaucoup commencent à fumer dès l'âge de 11 ou 12 ans, parfois plus tôt<sup>32</sup>.

Quelques études se sont intéressées à la santé mentale des Roms ; le stress, associé à des conditions de vie précaires et à la discrimination, est considéré comme un facteur de risque significatif. De fait, dans les communautés roms étudiées par Médecins du Monde, 12% des

---

<sup>23</sup> Voir, p.ex., « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, section 5b.

<sup>24</sup> « *Report on Medical Issues* », *supra*, note 15.

<sup>25</sup> Minority Protection in the EU Accession Process, *supra*, note 10, p. 398.

<sup>26</sup> Comité consultatif sur la Convention-cadre pour la protection des minorités nationales (ci-après ACFC), Avis sur la Roumanie, adopté le 6 avril 2001, paragraphe 57.

<sup>27</sup> Minority Protection in the EU Accession Process, *supra*, note 10, p. 450.

<sup>28</sup> Id., p. 91.

<sup>29</sup> Bancroft (1996), cité dans « *Disability, Social Care, Health and Traveller People* », *supra*, note 13, p. 60.

<sup>30</sup> « *Training for gypsy peer educators* », Summary of Final Report prepared by Tibor Szilagyi, Rapanuli, Ltd. Un projet du Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, 1998-99, p. 7.

<sup>31</sup> « *ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000* », *supra*, note 19, p. 15.

<sup>32</sup> « *Report on Medical Issues* », Autonomous Women's Centre, *supra*, note 15.

hommes et 21% des femmes souffrent de dépression<sup>33</sup> ; dans les camps de Belgrade, le taux de dépression chez les femmes est de 11,39%. Parmi ces femmes – dont beaucoup souffrent des traumatismes liés à la guerre, en plus de conditions de vie précaires -, on observe des états fréquents et sérieux de troubles de l'humeur, d'anxiété et de somatisation, comme des maux de tête, des douleurs dorsales et des problèmes respiratoires. Chez les gens du voyage qui vivent dans des caravanes sur des sites mal situés et mal entretenus, les taux de dépression sont plus élevés que chez les populations sédentaires<sup>34</sup>.

Les barrières physiques à l'accès à la santé sont courantes, que ce soit dans les camps ruraux ou urbains. Une étude a révélé que la plupart des habitants du quartier rom de Fakulteta à Sofia, en Bulgarie, avaient toujours échappé à la surveillance des services de la santé publique ; et que toutes les infrastructures médicales y avaient fermé<sup>35</sup>. A Balta Arsa, une région rurale près de la ville de Botosani, en Roumanie, les femmes n'ont pas accès aux soins gynécologiques et à la planification familiale à cause du manque de médecins et d'infirmières. Qui plus est, elles n'ont généralement pas les moyens de se faire transporter jusqu'à la ville la plus proche pour bénéficier de tels services<sup>36</sup>. On observe des problèmes similaires en Europe occidentale. Près de Bristol, en Angleterre, les femmes roms ne sont parvenues à maintenir leur accès à la planification familiale – entravé par des réformes de santé – que grâce à des négociations avec les intervenants de la santé et la mise en place d'un dispensaire mobile<sup>37</sup>. 65% des Roms émigrés vivant en situation irrégulière, surveillés par Médecins du Monde, n'ont jamais eu recours à la contraception<sup>38</sup>.

Les taux élevés de mortalité infantile, de naissance et d'interruption de grossesse chez les femmes roms ont été attribués, en grande partie, à un accès insuffisant à la planification familiale et aux soins prénataux<sup>39</sup>. En Europe centrale et orientale, le nombre d'enfants de moins de 4 ans rapporté au nombre de femmes ayant entre 15 et 49 ans est, chez les Roms, de 120% supérieur à celui observé pour l'ensemble de la population<sup>40</sup>. Dans les camps de Belgrade, sur 272 femmes de 16 à 50 ans, 27,77% avaient entre 6 et 10 enfants, et 6,7% plus de 10 enfants<sup>41</sup>. Parmi elles, la moitié avait subi des interruptions de grossesse : 83,5% des femmes avaient eu jusqu'à 5 avortements ; 9,1% entre 6 et 10 et 7,4% plus de 10<sup>42</sup>. Dans certaines régions d'Angleterre, les femmes issues de la communauté des gens du voyage ont généralement au moins 4 enfants, avec

---

<sup>33</sup> « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 2.

<sup>34</sup> « *The Invisibility of Gypsies and Other Travellers* », *supra*, note 11, p. 2.

<sup>35</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 91.

<sup>36</sup> « *Improving Primary Health Care :Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, section 5, Balta Arsa.

<sup>37</sup> « *Women's Health Report* », *Travellers' Health Project*, *supra*, note 17, Background.

<sup>38</sup> « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 15.

<sup>39</sup> « *Children of Minorities : Gypsies* », UNICEF, *Innocenti Insight* 1, 1993, p. 41.

<sup>40</sup> Les caractéristiques démographiques des minorités nationales dans certains Etats européens, Volume 2. Etudes démographiques n°. 31, Conseil de l'Europe, janvier 2000, p. 187.

<sup>41</sup> « *Report on Medical Issues* », *Autonomous Women's Centre*, *supra*, note 15.

<sup>42</sup> Id.

une moyenne de 6,5 grossesses<sup>43</sup>. Presque la moitié des femmes interrogées pour un rapport du *Travellers' Health Project* ont témoigné de problèmes de planning familial<sup>44</sup>.

Les initiatives axées sur le problème de l'abus de drogues chez les Roms, adaptées à leurs spécificités culturelles, se multiplient ; nous les évoquerons par la suite. Il semble que la violence familiale mobilise peu l'attention publique, alors que les femmes roms souhaitent de plus en plus s'exprimer sur la question<sup>45</sup>. Rares sont les études consacrées aux maladies sexuellement transmissibles et au VIH/sida<sup>46</sup>. Mais diverses observations devraient attirer l'attention sur ces problèmes, comme l'hypothèse selon laquelle 96 des 300 enfants roms de la ville de Marasesti, en Roumanie, seraient séropositifs<sup>47</sup>. Les données et les initiatives existantes dans ces domaines devraient être publiées de manière à encourager la recherche et l'action.

Certes, ce rapport donne la priorité à l'accès aux soins des femmes roms sur la question de leur état de santé. Ceci dit, il est important de connaître les multiples facteurs à considérer pour assurer l'existence d'une population rom en bonne santé, instruite et intégrée. Aussi ce rapport entend-il faire des suggestions d'actions concrètes et d'interventions pratiques, susceptibles d'améliorer la situation actuelle, et proposer des axes de recherche.

---

<sup>43</sup> « *Women's Health Report* », Travellers' Health Project, *supra*, note 17, Background.

<sup>44</sup> Id., Résultats du questionnaire.

<sup>45</sup> Voir Table ronde : « *Romani activists on women's rights* », Notebook, Roma Rights, n° 1, 2000, European Roma Rights Centre, Budapest, Hongrie.

<sup>46</sup> Voir, p.ex., « *HIV/AIDS Situation and Response Analysis, Romania, 1999* », HIV Analysis and Evaluation Commission (AEC), Roumanie ; Simone Ridez, Yves Léglise « *HIV and Drug prevention among Roma* », (« Prévention VIH-Toxicomanie en milieu gitan »,) *Études Tsiganes* : « Tisagnes et santé : de nouveaux risques ? », Vol. 14, 2<sup>e</sup> trimestre 2000, Paris, France, p. 71.

<sup>47</sup> Minority Protection in the EU Accession Process, *supra*, note 10, p. 398.

## **B. Les normes juridiques**

### **1. Principes de non-discrimination et d'égalité**

Différents instruments juridiques ratifiés par les Etats membres de l'Union européenne, du Conseil de l'Europe et de l'OSCE, garantissent le droit d'accès aux services publics, et notamment aux soins médicaux gratuits, sans discrimination raciale ou ethnique. En vertu de ces instruments, les Etats ont l'obligation positive d'assurer un accès égal à tous : des mesures spéciales peuvent être requises, afin que certains groupes parviennent à la totale égalité des droits et des chances.

Les principes de non-discrimination et d'égalité de protection, indépendamment de la race et de l'ethnie, sont inclus dans de nombreuses conventions internationales, en particulier dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDESC), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDGP) et la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR).

Le PIRDESC et le PIRDGP garantissent le respect des droits qu'ils énoncent, sans discrimination et distinction, fondée, entres autres, sur la race<sup>48</sup>. Le PIRDESC reconnaît spécifiquement un droit à la santé, qui sera discuté ultérieurement dans la section III. En outre, ces conventions énoncent d'autres droits et libertés en relation directe et indirecte avec l'accès à la santé, et notamment : les droits à la nourriture, au logement, à l'éducation, à l'accès à l'information, le droit des enfants à la déclaration de naissance et de nationalité, le droit de prendre part à la conduite des affaires publiques, le droit de ne pas subir de traitements cruels, inhumains ou dégradants, la liberté de choisir sa résidence, et bien d'autres<sup>49</sup>. La relation entre ces droits et l'accès à la santé sera examinée ultérieurement. De plus, l'article 26 du PIRDGP interdit toute discrimination dans la loi et la pratique, quelle qu'en soit le motif.

En vertu de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR), les Etats parties sont tenues de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer toute forme de discrimination raciale, et à favoriser

---

<sup>48</sup> En vertu de l'article 2 du PIRDGP, « les Etats parties au présent Pacte s'engagent à respecter et à garantir à tous les individus se trouvant sur leur territoire et relevant de leur compétence les droits reconnus dans le présent Pacte, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. »

L'article 2(2) du PIRDESC dispose que : « Les Etats parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. »

<sup>49</sup>Voir PIRDGP, art. 7, 12, 17, 24 (2)(3), 25(a). Voir Observation générale n° 14 du CDESC, *supra*, note 3, paragraphe 3.

l'entente entre toutes les « races »<sup>50</sup>. Les Etats doivent garantir à chacun, sans distinction de race ou d'ethnie et dans des conditions d'égalité, le plein exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Cette obligation s'applique expressément au droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux<sup>51</sup>.

Les récents développements intervenus dans le contexte paneuropéen renforcent les possibilités de lutte contre la discrimination à l'égard des Roms en matière d'accès à la santé et aux services connexes. Il faut à cet égard citer la Convention-cadre du Conseil de l'Europe pour la protection des minorités nationales et le Protocole n° 12 à la Convention européenne des Droits de l'Homme (analysée ci-dessous).

Toujours dans le cadre du Conseil de l'Europe, l'entrée en vigueur du Protocole n° 12 à la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (CEDH) offrira aux Roms et aux autres groupes vulnérables une protection accrue contre la discrimination. Avant l'adoption de ce protocole, l'article 14 de la CEDH interdisait la discrimination en ce qui concerne la jouissance des seuls droits et des libertés reconnus par la convention. Le protocole renforce les garanties de la CEDH en matière d'égalité et de non-discrimination en instituant l'interdiction indépendante de la discrimination selon une liste de motifs non exhaustive. L'article 1 stipule :

- 1 La jouissance de tout droit prévu par la loi doit être assurée, sans discrimination aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.
- 2 Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination de la part d'une autorité publique quelle qu'elle soit, fondée notamment sur les motifs mentionnés au paragraphe 1.

La portée élargie de la protection vise à englober les cas où un individu subirait une discrimination dans les domaines suivants :

- i. dans la jouissance de tout droit spécifiquement accordé à l'individu par le droit national ;

---

<sup>50</sup> Article 2(1) de la CEDR. A cette fin :

- a) Chaque Etat partie s'engage à ne se livrer à aucun acte ou pratique de discrimination raciale contre des personnes, groupes de personnes ou institutions et à faire en sorte que toutes les autorités publiques et institutions publiques, nationales et locales, se conforment à cette obligation ;
- c) Chaque Etat partie doit prendre des mesures efficaces pour revoir les politiques gouvernementales nationales et locales et pour modifier, abroger ou annuler toute loi et toute disposition réglementaire ayant pour effet de créer la discrimination raciale ou de la perpétuer là où elle existe ;
- d) Chaque Etat partie doit, par tous les moyens appropriés, y compris, si les circonstances l'exigent, des mesures législatives, interdire la discrimination raciale pratiquée par des personnes, des groupes ou des organisations et y mettre fin.

<sup>51</sup> Id., Article 5(e)(iv).

ii. dans la jouissance de tout droit découlant d'obligations claires des autorités publiques en droit national, c'est-à-dire lorsque ces autorités sont tenues par la loi nationale de se conduire d'une certaine manière ;

<sup>52</sup>iii. de la part des autorités publiques du fait de l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire (par exemple, l'octroi de certaines subventions)...

A travers l'Europe, l'accès à la santé et aux services publics connexes est souvent garanti par les constitutions ou d'autres législations nationales ; il est essentiellement assuré par l'Etat ou des personnes privées chargées de la fourniture d'un service fondamentalement public, et peut dépendre du pouvoir discrétionnaire des pouvoirs publics. En fait, le Protocole n° 12 ouvre les aspects de l'accès aux soins de santé à un examen attentif et confère à la Cour européenne des Droits de l'Homme l'autorisation de contrôler le respect de l'article 1 dans les affaires pour lesquelles elle est jugée compétente.

Pour entrer en vigueur, le Protocole n° 12 doit être ratifié par dix Etats. Les Etats peuvent démontrer leur engagement à garantir aux Roms l'accès aux services publics, sur une base non discriminatoire, en le signant et en le ratifiant.

L'Union européenne (EU) a également pris des mesures pour renforcer les droits fondamentaux. L'article 6 du Traité sur l'Union européenne a été amendé par le Traité d'Amsterdam<sup>53</sup>, qui déclare explicitement que l'Union est fondée sur les principes de liberté et de démocratie et sur les droits de l'homme, les libertés fondamentales et la prééminence du droit. L'article 7 prévoit un mécanisme politique destiné à prévenir toute violation des principes énoncés à l'article 6 par les Etats membres. Ce mécanisme est renforcé par l'article 7 du Traité de Nice<sup>54</sup>, qui renforce le rôle du Parlement européen. Ces normes sont applicables aux pays candidats à l'Union européenne. De plus, les critères de Copenhague exigent que ces Etats parachèvent la stabilité des institutions garantissant la démocratie, la primauté du droit, les droits de l'homme ainsi que le respect et la protection des minorités<sup>55</sup>.

La Charte des droits fondamentaux a été proclamée par l'Union européenne le 7 décembre 2000<sup>56</sup>. Elle vise à renforcer la protection des droits fondamentaux et à les rendre plus visibles pour les personnes résidant sur le territoire de l'Union. De caractère universel, les droits énoncés dans la Charte sont généralement accordés à toute personne, indépendamment de sa nationalité

---

<sup>52</sup> Protocole n° 12 à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, Rapport explicatif, paragraphes. 21, 22.

<sup>53</sup> Traité sur l'Union européenne, tel qu'amendé par le Traité d'Amsterdam, Article 6. Signé le 2 octobre 1997. Disponible à l'adresse suivante : [http://europa.eu.int/eur-lex/fr/treaties/dat/EU\\_consol.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/fr/treaties/dat/EU_consol.pdf).

<sup>54</sup> Le Traité de Nice, signé le 26 février 2001, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2003.

<sup>55</sup> Conseil européen de Copenhague, 21-22 juin 1993. Section 7.A.(iii) : Conclusions de la présidence, « Relations avec les pays d'Europe centrale et orientale : les pays associés ».

<sup>56</sup> Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne, Journal officiel (2000/C 364/01). Signée à Nice, le 7 décembre 2000.

ou de son lieu de résidence (à l'exception des droits liés à la citoyenneté de l'UE). L'article 1 garantit le respect et la protection de la dignité humaine ; l'article 20 reconnaît l'égalité de tous devant la loi ; l'article 21 interdit toute discrimination, quel qu'en soit le motif (couleur, origine ethnique ou sociale, langue, convictions philosophiques et religieuses), et l'article 22 érige en principe le respect de la diversité culturelle, religieuse et linguistique.

De plus, en l'an 2000, après l'introduction d'une clause anti-discriminatoire (article 13) dans le Traité instituant la Communauté européenne, le Conseil de l'Union a adopté une directive visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'origine raciale ou ethnique (Directive sur l'égalité raciale)<sup>57</sup>. D'ici la fin de l'année 2003, tous les Etats membres de l'Union européenne devraient avoir intégré la Directive sur l'égalité raciale à leur législation nationale, renforçant ainsi la lutte contre la discrimination raciale à l'échelle nationale et européenne. Cette directive porte sur de nombreux domaines, dont l'emploi, l'éducation, la protection sociale (sécurité sociale et soins de santé) ainsi que l'accès aux biens et services destinés au public, notamment le logement.

Elle interdit expressément toute discrimination directe et indirecte<sup>58</sup>. Une discrimination directe se produit lorsque « pour des raisons de race ou d'origine ethnique, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne le serait dans une situation comparable ». Une discrimination indirecte « se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes d'une race ou d'une origine ethnique donnée par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un objectif légitime et que les moyens de réaliser cet objectif ne soient appropriés et nécessaires<sup>59</sup>. »

Comme le suggèrent les exemples qui émaillent ce rapport, la discrimination directe et indirecte peut être au centre de l'expérience vécue par des nombreux Roms en matière d'accès à la santé et aux autres services publics. Pour ceux-ci, le fait que le harcèlement motivé par l'origine raciale ou ethnique s'inscrive dans la catégorie des discriminations prohibées par la Directive sur l'égalité raciale, est d'autant plus significatif. Défini comme « une forme de discrimination au sens du paragraphe 1 lorsqu'un comportement indésirable lié à la race ou à l'origine ethnique se manifeste, qui a pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité d'une personne et de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant »<sup>60</sup>, ce type de comportement caractérise effectivement parfois l'interaction des Roms avec les services publics. De ce fait, la Directive sur l'égalité raciale possède le potentiel pour protéger les Roms et d'autres groupes contre divers traitements au préalable regroupés sous le terme de discrimination.

Parmi les autres dispositions importantes s'agissant d'assurer un accès égal à la santé, il faut citer l'article 8, selon lequel il incombe à la partie défenderesse de prouver qu'il n'y a pas eu violation du principe de l'égalité de traitement. Ce renversement de la charge de la preuve devrait avoir une résonance particulière dans le contexte de la santé. La preuve de la discrimination peut être

---

<sup>57</sup> *Supra*, note 2.

<sup>58</sup> *Id.*, article 2(2).

<sup>59</sup> *Id.*

<sup>60</sup> *Id.*, article 2(3).

trouvée dans des dossiers médicaux ou des règlements internes qui ne sont pas facilement accessible aux plaignants. L'inégale dynamique du pouvoir qui caractérise traditionnellement la relation médecin-patient, compte tenu de la dépendance du patient à la santé en tant que service fondamental, pourrait décourager les individus de déposer une plainte. L'article 8 a pour rôle d'éradiquer cet obstacle, dans la perspective de remédier aux cas de discrimination.

Outre le fait de garantir l'accès à des réparations via des procédures judiciaires, administratives ou de conciliation<sup>61</sup>, la Directive sur l'égalité raciale exige que les législations nationales imposent des sanctions effectives, proportionnées et dissuasives<sup>62</sup>. La Directive pour l'égalité raciale appelle à la création d'une instance spécialisée chargée de la promotion de l'égalité de traitement de toutes les personnes, sans discrimination fondée sur la race ou les origines ethniques<sup>63</sup>. Ses compétences devraient inclure la capacité d'apporter aux personnes victimes d'une discrimination une aide indépendante pour engager une procédure pour discrimination, de conduire des études indépendantes concernant les discriminations, et de publier des rapports et des recommandations sur toutes les questions liées à ces discriminations<sup>64</sup>. Cette contrainte offre une opportunité historique de garantir aux Roms l'égalité et la non-discrimination en matière d'accès aux services publics et à tous les niveaux<sup>65</sup>.

On trouve des précurseurs majeurs à ces instruments européens juridiquement contraignants, entre autres, dans les engagements politiques des Etats participants à l'OSCE en ce qui concerne la protection des minorités nationales et l'éradication de la discrimination à l'égard des Roms et des Sinti.

Dans le Document de la réunion de Copenhague, les Etats participants à la CSCE reconnaissent que « les personnes appartenant à des minorités nationales ont le droit d'exercer pleinement et effectivement leurs droits de l'homme et leurs libertés fondamentales, sans aucune discrimination et en pleine égalité devant la loi<sup>66</sup>. Condamnant « la haine raciale et ethnique... la xénophobie et la discrimination contre quiconque », les Etats participants reconnaissent en outre les problèmes spécifiques des Roms<sup>67</sup>.

Le document de Copenhague réaffirme aussi la conviction des Etats que la promotion des droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels et autres, qui découlent tous de la dignité

---

<sup>61</sup> Id., article 7(1)(2).

<sup>62</sup> Id., article 15.

<sup>63</sup> Id., article 13(1).

<sup>64</sup> Id., article 13(2).

<sup>65</sup> Les États membres peuvent adopter ou maintenir des dispositions plus favorables à la protection du principe de l'égalité de traitement que celles prévues dans la présente directive. Mais la mise en oeuvre de la présente directive ne peut en aucun cas constituer un motif d'abaissement du niveau de protection contre la discrimination déjà accordé par les États membres dans les domaines régis par la présente directive. Voir Id., article 6, Prescriptions minimales.

<sup>66</sup> Document de la réunion de Copenhague de la Conférence sur la dimension humaine de la CSCE, 1990, paragraphe 31.

<sup>67</sup> Id., paragraphe 40.

inhérente à la personne humaine, sont essentiels à son épanouissement libre et intégral<sup>68</sup>.

Lors du Sommet d'Helsinki, en 1992, les Etats participants à l'OSCE ont souligné l'importance de l'application de législations nationales qui protègent de la discrimination raciale et ethnique<sup>69</sup>, et ont réaffirmé le besoin de développer des programmes appropriés ciblant les problèmes de leurs ressortissants nationaux membres des communautés roms<sup>70</sup>. Plus récemment, dans la Déclaration du Sommet d'Istanbul, les Etats participants à l'OSCE se sont engagés à faire en sorte que les lois et politiques respectent pleinement les droits des Roms et des Sinti<sup>71</sup>. Dans la Charte de Sécurité européenne, ils ont en outre reconnu « la nécessité de prendre des mesures efficaces afin de faire bénéficier de la pleine égalité des chances » les personnes appartenant aux Roms et aux Sinti »<sup>72</sup>.

## **2. Mesures spécifiques**

L'objectif d'une approche fondée sur les droits de l'homme est de garantir une égalité formelle et matérielle. Il convient par conséquent que les Etats, non seulement protègent de la discrimination, mais aussi prennent des mesures positives pour assurer l'égalité jouissance des droits.

Dans certaines instances, les garanties de pleine jouissance des droits et des libertés, sur un pied d'égalité, peuvent exiger un traitement différentiel. De fait, le principe d'égalité exige parfois des Etats qu'ils entament des actions positives dans le but d'assurer l'égalité des chances de groupes qui, dans l'histoire, ont été systématiquement défavorisés et sont donc victimes d'une situation qui les empêche de jouir de leurs droits humains. Dans de tels cas, des mesures spéciales peuvent être nécessaires pour diminuer ou éradiquer les conditions qui perpétuent la discrimination, ou y contribuent, et pour ainsi rétablir l'équilibre.

De nombreux instruments internationaux apportent leur soutien à des actions positives dans le but d'amener les groupes défavorisés, comme les Roms, à un niveau de jouissance de leurs droits comparable à celui du reste de la population.

Les Etats parties à la CEDR sont exhortés à prendre des mesures spéciales pour « assurer comme il convient le développement ou la protection de certains groupes raciaux ou d'individus appartenant à ces groupes en vue de leur garantir, dans des conditions d'égalité, le plein exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales<sup>73</sup>. » La Directive sur l'égalité raciale stipule

---

<sup>68</sup> Id., paragraphe 23. Les Etats participants réaffirment leur engagement, pris dans le Document de la Conférence de Bonn sur la coopération économique en Europe, de porter une attention particulière aux problèmes qui se posent dans les domaines de l'emploi, du logement, de la sécurité sociale, de la santé, de l'éducation et de la culture.

Voir Conférence de la CSCE sur la coopération économique, Bonn, 19 mars – 11 avril 1990.

<sup>69</sup> Document d'Helsinki de la CSCE, 1992, paragraphe 33.

<sup>70</sup> Id., paragraphe 35.

<sup>71</sup> Déclaration du Sommet d'Istanbul, 1999, paragraphe 31.

<sup>72</sup> Charte de la Sécurité européenne de l'OSCE, Istanbul, novembre 1999, paragraphe 20.

<sup>73</sup> PIRDCP, article 2.

que « le principe de l'égalité de traitement n'empêche pas un État membre de maintenir ou d'adopter des mesures spécifiques destinées à prévenir ou à compenser des désavantages liés à la race ou à l'origine ethnique »<sup>74</sup>. Et la Convention-cadre pour la promotion des minorités nationales affirme que des mesures adoptées en vue de promouvoir une égalité pleine et effective entre les personnes appartenant à une minorité nationale et celles appartenant à la majorité, et qui « tiennent dûment compte, à cet égard, des conditions spécifiques des personnes appartenant à des minorités nationales » , ne sont pas considérées comme un acte de discrimination<sup>75</sup>.

La Convention-cadre rend juridiquement contraignants beaucoup des engagements pris par les Etats participants à l'OSCE en ce qui concerne les minorités. De fait, cet instrument est le premier du genre dédié spécifiquement à la protection des droits des minorités. Les Etats parties « s'engagent à garantir à toute personne appartenant à une minorité nationale le droit à l'égalité devant la loi et à une égale protection de la loi » et à « prendre toutes mesures appropriées pour protéger les personnes qui pourraient être victimes de menaces ou d'actes de discrimination, d'hostilité ou de violence en raison de leur identité ethnique, culturelle, linguistique ou religieuse<sup>76</sup>. » Ils s'engagent en outre « à adopter, s'il y a lieu, des mesures adéquates en vue de promouvoir, dans tous les domaines de la vie économique, sociale, politique et culturelle, une égalité pleine et effective entre les personnes appartenant à une minorité nationale et celles appartenant à la majorité. Ils tiennent dûment compte, à cet égard, des conditions spécifiques des personnes appartenant à des minorités nationales<sup>77</sup>. » Parmi les principes visés par cette convention figurent notamment des principes qu'il est possible d'invoquer en ce qui concerne l'accès aux services publics tels que la santé, à savoir l'absence de discrimination, la promotion d'une égalité effective, l'éducation et la participation à la vie publique. Les Etats s'engagent à mettre en œuvre les principes énoncés dans la présente Convention-cadre au moyen de législations nationales et de politiques gouvernementales appropriées<sup>78</sup>. Les Etats qui n'ont pas encore signé ou ratifié la convention-cadre sont encouragés à le faire dans le but d'étendre les principes de protection qu'elle énonce à l'accès des Roms à la santé et aux autres services publics<sup>79</sup>.

Dans le contexte particulier de l'égalité des Roms, les Etats participants à l'OSCE ont affirmé leur volonté de « prendre des mesures effectives pour assurer la pleine égalité des chances entre les personnes appartenant aux Roms résidant habituellement sur leur territoire et le reste de leur population »<sup>80</sup>.

Concernant spécifiquement la santé, les Etats se doivent de faciliter la possibilité « de jouir du

---

<sup>74</sup> Directive sur l'égalité raciale , Article 5.

<sup>75</sup> Convention-cadre, article (4)(2)(3).

<sup>76</sup> Convention-cadre pour la protection des minorités nationales, Strasbourg, 1/2/1195, Conseil de l'Europe, STE n° 157. Article 4(1), 6(2).

<sup>77</sup> Id., article 4(2).

<sup>78</sup> Id., Préambule.

<sup>79</sup> Cette Convention est ouverte à la signature et à la ratification d'Etats non membres du Conseil de l'Europe.

<sup>80</sup> Rapport de la réunion de Genève, tel que cité dans le Rapport sur la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE, avril 2000, *supra*, note 4, p28.

meilleur état possible de santé physique et mentale » , sur une base équitable, comme nous en débattons plus loin dans ce document. Les Etats ont également un rôle à jouer lorsque les obstacles à l'accès à la santé sont attribuables à la communauté rom, comme l'inégalité des relations entre hommes et femmes. Cette obligation repose sur la responsabilité des Etats d'assurer un accès égal à tous les groupes de la société, indépendamment de leurs antécédents ethniques et culturels et des barrières spécifiques qui en découlent, comme la langue. En vertu du PIRDCP, les Etats parties ont l'obligation d'assurer que « les attitudes traditionnelles, historiques, religieuses ou culturelles ne servent pas à justifier les violations du droit des femmes à l'égalité devant la loi et à la jouissance sur un pied d'égalité de tous les droits énoncés dans le Pacte<sup>81</sup>. »

Lorsque les Etats appliquent des mesures spécifiques – y compris des traitements préférentiels –, dans le but de garantir la pleine égalité des chances des femmes roms, il est important de faire comprendre au reste de la population que ces mesures ne visent pas à avantager les femmes roms ; leur objectif est d'amener ces femmes à un niveau de jouissance de leurs droits comparable à celui de la société majoritaire. Il est important de parvenir à la reconnaissance de la responsabilité de la discrimination dans l'existence d'inégalités.

En vertu de l'article 5 de la Directive sur l'égalité raciale, les Etats membres de l'Union peuvent aussi intervenir dans le cadre d'actions positives « pour assurer la pleine égalité dans la pratique, [...] [en] mainten[ant] ou adopt[ant]er des mesures spécifiques destinées à prévenir ou à compenser des désavantages liés à la race ou à l'origine ethnique. »

### **3. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint**

Le droit à la santé est établi par de nombreux instruments internationaux dont la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>82</sup>, le PIRDESC<sup>83</sup>, le PIRDCP<sup>84</sup>, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>85</sup> (CEDEF), et la Convention relative

---

<sup>81</sup> Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 28 : Egalité des droits entre hommes et femmes (art. 3), U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000), paragraphe 3.

<sup>82</sup> L'article 25(1) de la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. »

<sup>83</sup> Dans l'article 12(1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les Etats parties reconnaissent « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »

<sup>84</sup> L'article 5(e)(iv) de la CEDR stipule : « les Etats parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toutes ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants :

<sup>85</sup> L'article 12(1) de la CEDEF déclare : « Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. »

aux droits de l'enfant<sup>86</sup> (CRC). Le droit à la santé est aussi consacré par l'article 11 de la Charte sociale européenne révisée<sup>87</sup>. De nombreuses constitutions codifient un droit à la santé ou au moins un engagement de l'Etat concernant la santé de ses citoyens<sup>88</sup>.

Le PIRDESC contient l'article le plus complet sur le droit à la santé dans la législation internationale des droits de l'homme<sup>89</sup>, en reconnaissant le « droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »<sup>90</sup>. Comme l'explique le comité chargé du contrôle d'application du PIRDESC<sup>91</sup>, le droit à la santé ne saurait se comprendre comme le droit d'*être en bonne santé*<sup>92</sup>. Il suppose plutôt des droits et libertés opposables juridiquement, et inclut tout particulièrement le droit à « à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible<sup>93</sup>. » Par conséquent, la notion de « meilleur état de santé possible susceptible d'être atteint repose à la fois sur la situation biologique et socioéconomique de chaque individu au départ, et sur les ressources dont dispose l'Etat<sup>94</sup>. »

Comme les autres droits économiques et sociaux, le droit à la santé est un droit fondamental en soi, indispensable à l'exercice des autres droits humains, et lié à, si ce n'est dépendant, de la réalisation de droits tels que les droits à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'accès à l'information et à la liberté de mouvement. Ainsi, les facteurs individuels et les ressources de l'Etat, compris dans le droit à la santé, ne se limitent pas « à des soins de santé appropriés en temps opportun », mais englobent aussi « les facteurs fondamentaux déterminants de la santé », tels que :

---

<sup>86</sup> L'article 24(1) de la CRC proclame : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. »

<sup>87</sup> Article 11 de la Charte sociale européenne révisée :

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

<sup>88</sup> Toebes, Brigit C.A. *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Intersentia, Anvers, 1999, p.79.

<sup>89</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels (ci-après CDESC), Observation générale n° 14, *supra*, note 3, paragraphe 2.

<sup>90</sup> PIRDESC, article 12(1).

<sup>91</sup> Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels surveille l'application du PIRDESC par les Etats parties. Il aide aussi les gouvernements à remplir leurs obligations en vertu du pacte, en produisant des recommandations spécifiques susceptibles de garantir plus concrètement ces droits. Parmi ces recommandations, les observations générales sont des interprétations des articles du pacte qui font autorité.

<sup>92</sup> Voir Observation générale n° 14 du CDESC, *supra*, note 3, paragraphe 8.

<sup>93</sup> Id., paragraphe 8.

<sup>94</sup> Id., paragraphe 9.

« l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique.<sup>95</sup> »

Comme l'explique l'Observation générale n° 14, les Etats sont soumis à une obligation immédiate de garantir l'exercice du droit à la santé sans discrimination d'aucune sorte<sup>96</sup>. Elle souligne aussi les obligations juridiques des Etats de respecter, protéger et appliquer le droit à la santé<sup>97</sup>.

En relation avec les femmes roms, l'obligation de respecter le droit à la santé est réalisable, entre autres, en assurant que les politiques n'instaurent pas de discrimination à l'égard de leur état de santé et de leurs besoins spécifiques. Protéger le droit à la santé peut impliquer de contrôler les traitements discriminatoires infligés aux femmes roms par les intervenants en matière de santé. Une autre façon de protéger ce droit peut consister à proposer des programmes éducatifs ciblés sur des questions telles que la violence dirigée contre les femmes, ou sur les normes communautaires qui refusent aux femmes la pleine jouissance de leurs droits en matière de procréation<sup>98</sup>. Et, de son côté, l'obligation de satisfaire le droit à la santé peut exiger des Etats parties qu'ils reconnaissent les besoins des femmes roms en termes de santé, par le biais de stratégies visant l'amélioration de la situation des Roms et leur intégration dans les programmes nationaux de santé publique. De telles mesures sont envisageables dans une démarche qui intègre une perspective soucieuse d'équité entre les sexes dans les politiques, plans et programmes, c'est-à-dire qui tienne compte des facteurs biologiques et socioculturels qui influent sur la santé des hommes et des femmes<sup>99</sup>. Dans l'objectif de réaliser le droit à la santé, on peut envisager des démarches complémentaires et essentielles, dont le développement de stratégies dédiées au droit des femmes à la santé tout au long de leur vie<sup>100</sup>, qui reflètent en outre les besoins des femmes des divers groupes minoritaires ou ethniques.

L'Observation générale impose aux États parties l'obligation fondamentale minimum d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits énoncés dans le Pacte, à savoir :

- a) de garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ;  
[...]
- c) d'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ;  
[...]
- e) de veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services

---

<sup>95</sup> Id., paragraphe 11.

<sup>96</sup> Id., paragraphe 30.

<sup>97</sup> Id., paragraphes 34-37.

<sup>98</sup> Id., paragraphe 35.

<sup>99</sup> Id., paragraphe 20.

<sup>100</sup> Id., paragraphe 21.

sanitaires ;

f) d'adopter et de mettre en oeuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques... le processus.. de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés<sup>101</sup>.

Plus généralement, et indépendamment des conditions propres à un Etat partie particulier, les Etats devront fournir des installations, des biens et des services, en tenant compte de quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité<sup>102</sup>.

Ce rapport entend se limiter à la question de l'*accessibilité*. Ceci dit, la discussion sur ses dimensions ne devrait pas manquer d'empiéter sur les trois autres questions. Par exemple, les problèmes de disponibilité de ces installations, biens et services, pour les femmes roms, pourraient découler d'une mise à disposition intentionnellement éloignée des communautés roms, ou de la négligence de leurs besoins dans la planification des campagnes de santé publique. Les professionnels et les institutions de la santé pourraient dispenser aux Roms des soins de qualité inférieure, au motif de leur ethnie. Ces soins de qualité inférieure pourraient aussi être la conséquence d'un accès insuffisant aux installations, dans le cas des communautés roms isolées. Pour ce qui est des femmes roms qui respectent diverses traditions de pureté, il est capital de prévoir des soins culturellement acceptables si l'on veut qu'elles bénéficient des services de santé dans des conditions d'égalité avec les femmes non roms.

Les dimensions de l'*accessibilité*, telles qu'identifiées dans l'Observation générale, sont la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information :

*Non-discrimination* : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits.

*Accessibilité physique* : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques [...], les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, [...] L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales.

*Accessibilité économique* : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous... y compris pour les groupes socialement défavorisés...

---

<sup>101</sup> Id., paragraphe 43.

<sup>102</sup> Id., paragraphe 12.

*Accessibilité de l'information* : le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé... et le droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

En matière de santé, l'accès à l'information, mais aussi l'accessibilité physique et économique, sur le principe de la non-discrimination, sont autant de repères par rapport auxquels entreprendre une étude des expériences des femmes roms. (Ce rapport, comme d'autres, pourrait servir de tremplin à des recherches futures, axées spécifiquement sur la disponibilité, l'accès et l'acceptabilité.) Outre les protections contre la discrimination raciale et ethnique décrites ci-dessus, les obligations légales des Etats et les lignes directrices pour la pleine réalisation du droit des femmes à la santé constituent des normes clés à l'aune desquelles les mesures visant à protéger les femmes roms de la discrimination doivent être mesurées. Elles constituent avant tout la base à partir de laquelle il sera possible d'améliorer l'accès à la santé des femmes roms et des personnes dont elles s'occupent.

#### **4. La participation des femmes roms à l'amélioration de l'accès à la santé**

« Peut-être n'est-il pas de principe plus essentiel au succès et à la légitimité des initiatives visant à apporter des solutions aux préoccupations des communautés roms que la participation de ces mêmes Roms à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes. Le principe économique de base, selon lequel les individus ont leur mot à dire sur la façon dont ils sont gouvernés, pose la même exigence ; et les considérations pragmatiques conseillent la même approche<sup>103</sup>. »

Les femmes roms sont les premiers usagers des services de santé ; ce sont elles aussi qui assurent l'interface entre ces derniers et leurs communautés. Par conséquent, il est important de connaître leur culture et leurs besoins pour élaborer des politiques efficaces dans ce domaine. Cette connaissance est aussi une condition nécessaire si l'on veut gagner la confiance des Roms et obtenir leur participation, mais aussi éviter que ces programmes ne créent ou ne perpétuent le syndrome classique de la dépendance et de la passivité<sup>104</sup>, déclenché par des approches de la santé excessivement paternalistes ou sociales<sup>105</sup>. D'une façon plus générale, la participation des femmes roms à l'élaboration des politiques fait partie intégrante de la pleine réalisation de leurs droits individuels, du développement de leurs communautés et de la société au sens large<sup>106</sup>.

L'Union européenne, le Conseil de l'Europe et les pays participants à l'OSCE ont reconnu l'importance d'inclure les Roms dans les décisions portant sur des initiatives les concernant. Plus

---

<sup>103</sup> Rapport sur la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE, *supra*, note 4, pp. 5-6.

<sup>104</sup> Id., p. 6.

<sup>105</sup> Voir Dimitrina Petrova, « *The denial of racism* » *Roma Rights*, n° 4, 2000, European Roma Rights Centre, Budapest, Hongrie, p. 32.

<sup>106</sup> Voir Comité de la CEDEF, Recommandations générales n° 23 sur la vie politique et publique, adoptée lors de la seizième session, 1997, paragraphes 2, 13 et 14.

récemment, l'intérêt pour la participation des femmes roms s'est accru. Ainsi, un projet entrepris récemment par le BIDDH et financé par la Commission européenne<sup>107</sup> porte notamment sur l'autonomisation des femmes roms. En réalité, on peut concevoir l'intégration des femmes roms dans les politiques en faveur d'un accès amélioré à la santé et aux autres services publics comme une obligation des Etats en vertu du droit international, comme ci-dessous.

En vertu de l'article 3 du PIRDCP, les Etats parties s'engagent à assurer le droit égal des hommes et des femmes de jouir de tous les droits civils et politiques énoncés dans le présent Pacte<sup>108</sup>. Cela englobe le droit de prendre part à la direction des affaires publiques, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis<sup>109</sup>. Le Comité des droits de l'homme a indiqué que les mesures à prendre devaient inclure l'adoption de mesures de protection, mais aussi de mesures positives de façon à assurer la réalisation du potentiel des femmes dans une mesure égale par rapport au reste de la population<sup>110</sup>. En outre, les Etats parties doivent « faire en sorte que les attitudes traditionnelles, historiques, religieuses ou culturelles ne servent pas à justifier les violations du droit des femmes à l'égalité devant la loi et à la jouissance sur un pied d'égalité de tous les droits énoncés dans le Pacte »<sup>111</sup>. A ce propos, le Comité suggère que les États parties communiquent des renseignements sur les aspects des pratiques traditionnelles, historiques et culturelles ainsi que des attitudes religieuses, qui compromettent ou risquent de compromettre l'application de l'article 3, et fassent connaître les mesures qu'ils ont prises ou se proposent de prendre pour surmonter ces facteurs<sup>112</sup>.

Les Etats parties à la CEDEF s'engagent à garantir la participation des femmes à la vie publique et politique de leur pays, dans des conditions d'égalité avec les hommes, en particulier pour ce qui est du droit à participer à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques gouvernementales<sup>113</sup>. Pour donner leur plein effet à ces droits, les Etats parties sont encouragés à prendre toutes les mesures appropriées, dont :

- garantir l'égale représentation des femmes dans les postes supérieurs de prise de décision et en tant que membres des instances consultatives gouvernementales, en prenant des mesures temporaires spéciales si nécessaire<sup>114</sup> ;
- consulter et intégrer les avis de groupes représentatifs des opinions et des intérêts des femmes<sup>115</sup> ;

---

<sup>107</sup> « *Mainstreaming, empowering and networking Roma as full participants in post crisis management, good goernance and development of sustainable civil society in south-eastern Europe* », Roma under the Stability Pact for South Eastern Europe, Projet du BIDDH, Février 2001-Février 2003.

<sup>108</sup> L'article 3 du PIRDCP stipule : « Les Etats parties au présent Pacte s'engagent à assurer le droit égal des hommes et des femmes de jouir de tous les droits civils et politiques énoncés dans le présent Pacte. »

<sup>109</sup> Id., art. 25(a).

<sup>110</sup> Comité des Droits de l'Homme, Commentaire général n° 28, *supra*, note 82, paragraphe 3.

<sup>111</sup> Id., paragraphe 5.

<sup>112</sup> Id.

<sup>113</sup> CEDEF, article 7(b).

<sup>114</sup> Id., paragraphes 26, 29, 43.

- surmonter les obstacles, tels que les attitudes traditionnelles et les règles, qui découragent les femmes de participer pleinement à la vie publique<sup>116</sup>.

Concernant les minorités nationales, les Etats participants à l'OSCE se sont engagés, dans le Document de Copenhague, à « respecter le droit des personnes appartenant à des minorités nationales de participer effectivement aux affaires publiques, notamment aux affaires concernant la protection et la promotion de l'identité de telles minorités »<sup>117</sup>. Pour sa part, la Convention-cadre oblige les Parties à « créer les conditions nécessaires à la participation effective des personnes appartenant à des minorités nationales à la vie culturelle, sociale et économique, ainsi qu'aux affaires publiques, en particulier celles les concernant »<sup>118</sup>.

La relation spécifique entre la participation politique et la création des conditions nécessaires visant à garantir la santé pour tous est mise en évidence par l'Observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Le contenu normatif du droit à la santé doit inclure « l'amélioration et l'encouragement de la participation de la population à la mise en place de services de prévention et de soins de santé, notamment dans le domaine de l'organisation du secteur sanitaire et du système d'assurance et, plus particulièrement, sa participation aux décisions politiques ayant des incidences sur le droit à la santé, prises tant à l'échelon de la communauté qu'à l'échelon national »<sup>119</sup>. Fait révélateur, l'Observation générale souligne que les Etats ont le devoir d'adopter à l'échelle nationale une stratégie visant à assurer à tous l'exercice du droit à la santé<sup>120</sup> d'une manière qui respecte le droit des individus et des groupes à participer à la prise de décisions susceptibles d'orienter leur développement<sup>121</sup>.

Ces engagements internationaux dans le domaine de la participation des femmes et des minorités à l'élaboration des politiques sont soutenus par des recommandations axées uniquement sur la lutte contre la discrimination à l'égard des Roms.

Le Haut Commissaire aux minorités de l'OSCE a produit d'ambitieuses recommandations afin d'assurer l'effective participation des Roms aux politiques les concernant<sup>122</sup>. Les Roms devraient participer au développement, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes intéressant leurs communautés, par la voie de consultations formelles et informelles et de leur participation à tous les niveaux de gouvernance. Ces mesures devraient être associées à des formations à l'élaboration des politiques et à des procédures transparentes permettant d'intégrer toute la diversité des intérêts roms.

---

<sup>115</sup> Id., paragraphe 26.

<sup>116</sup> Id., paragraphe 27.

<sup>117</sup> Document de Copenhague., paragraphe 35.

<sup>118</sup> Convention-cadre, article 15.

<sup>119</sup> Voir Observation générale n° 14 du CDESC, *supra*, note 3, paragraphe 17.

<sup>120</sup> Id., paragraphe 53.

<sup>121</sup> Id., paragraphe 54.

<sup>122</sup> Rapport sur la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE, *supra*, note 4, pp. 162-163.

La Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI) recommande aux Etats membres du Conseil de l'Europe de « développer des arrangements institutionnels qui favorisent un rôle actif et la participation des communautés roms/tsiganes au processus de prise de décision, notamment des mécanismes consultatifs aux niveaux national, régional et local et de favoriser dans ce contexte la notion de partenariat sur pied d'égalité »<sup>123</sup>. Dans ses rapports sur la situation du racisme et de l'intolérance dans les pays membres du Conseil de l'Europe, l'ECRI a attiré l'attention sur la nécessité de donner aux communautés roms/tsiganes la possibilité de jouer un rôle actif dans les initiatives visant à améliorer leur position dans la société, par exemple par leur représentation dans les structures de la société<sup>124</sup>.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CEDR) et le Comité consultatif de la Convention-cadre pour la protection des minorités (ACFC) ont également mentionné spécifiquement la nécessité d'inclure les Roms dans l'élaboration des politiques. Le CEDR recommande que les Etats parties « formulent et exécutent des programmes et projets dans le domaine de la santé en faveur des Roms, principalement des femmes et des enfants... et fassent participer les associations et communautés roms ainsi que leurs représentants, en particulier les femmes, à la conception et à la mise en œuvre de programmes et projets en rapport avec la santé intéressant les groupes roms »<sup>125</sup>. Les propositions spécifiques comprennent l'embauche des Roms dans l'administration et les institutions publiques<sup>126</sup>, la possibilité pour les minorités ou groupes roms de participer à égalité au fonctionnement de l'ensemble des administrations centrales et locales<sup>127</sup>, la promotion de la prise de conscience par les membres des communautés roms de la nécessité de participer plus activement à la vie publique et l'organisation de programmes de formation à cette fin<sup>128</sup>. Dans une recommandation séparée, le CEDR s'est engagé à étudier et à évaluer la dimension sexiste de la discrimination raciale<sup>129</sup>. Et l'ACFC propose que les Etats parties accordent une attention particulière à la situation des femmes roms, dans leurs efforts accrus pour assurer la participation effective des Roms aux affaires publiques et à la vie économique et sociale<sup>130</sup>.

---

<sup>123</sup> Voir la Recommandation de politique générale n° 3 de l'ECRI sur la lutte contre le racisme et l'intolérance envers les Roms/Tsiganes, adoptée à Strasbourg, 6 mars 1998.

<sup>124</sup> ECRI, Second Rapport sur l'Italie, *supra*, note 22, paragraphe 68 : Deuxième rapport sur la Slovaquie, CRI (200) 35, adopté le 10 décembre 1999, paragraphe 40 ; Second Rapport sur les Pays-Bas, CRI (2001) 40, adopté le 15 décembre 2000, paragraphe 39.

<sup>125</sup> Recommandation générale n° 27 du CERD relative à la discrimination à l'égard des Roms, adoptée lors de la 57<sup>e</sup> session, 2000, paragraphe 34.

<sup>126</sup> Id., paragraphe 28.

<sup>127</sup> Id., paragraphe 41.

<sup>128</sup> Id., paragraphes 44-45.

<sup>129</sup> Voir la Recommandation générale n° 25 du CERD relative à la dimension sexiste de la discrimination, adoptée lors de la 56<sup>e</sup> session, 2000, paragraphes 3-6. Voir *aussi* paragraphes 28 et 41-45.

<sup>130</sup> Voir la Proposition de Conclusions et de Recommandations pour le Comité des Ministres concernant l'article 15 dans l'avis du Comité consultatif sur la Slovaquie, adopté le 22 septembre 2000. Voir *aussi* l'avis du ACFC sur la Roumanie, *supra*, note 26, son avis sur l'Italie, adopté le 14 septembre 2001 et, pour l'article 4, l'avis sur la République tchèque, adopté le 6 avril 2001.

L'interprétation des normes juridiques et des recommandations analysées ci-dessus permet d'identifier une série de mesures visant à améliorer la participation des femmes roms à l'élaboration des politiques :

- Les Etats doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir aux femmes roms des possibilités égales de participation à tous les niveaux de l'élaboration des politiques sur des questions qui les concernent, elles et leurs communautés.
- Les Etats doivent adopter des mesures spécifiques pour identifier et promouvoir la participation des femmes représentatives des communautés roms au niveau des instances gouvernementales, y compris en employant les femmes roms dans l'administration et les services publics.
- Les Etats doivent développer des formations en vue d'améliorer les compétences des femmes roms dans les domaines de la politique, de la définition des politiques et des services publics, et de sensibiliser les femmes roms à la nécessité de participer plus activement à la vie publique et sociale.
- Il faut développer des mécanismes de consultation permettant d'inclure les femmes roms dans la conception des politiques aux niveaux local, régional, national et international.
- Il faut assurer la transparence dans les procédures de proposition, l'élection des représentants et l'élaboration des politiques.

Il existe notamment deux organisations qui oeuvrent en faveur de la participation des femmes roms dans la vie publique : le *Network Women's Program* (Programme « réseau de femmes ») de l'*Open Society Institute* du réseau des fondations Soros, et du *National Traveller Women's Forum* (Forum national des femmes de la communauté des gens du voyage) en Irlande. Le *Network Women's Program* est profondément engagé dans la mise en valeur des capacités militantes et organisationnelles des associations de femmes roms et des militants individuels, en Europe centrale et orientale. Parmi ses activités, citons deux conférences, dont une tenue dans le but d'examiner les aspects de la culture rom potentiellement préjudiciables aux droits des Roms<sup>131</sup>, et l'autre visant à développer une stratégie relative à l'avenir des femmes roms dans la société civile<sup>132</sup>. L'une des priorités clés identifiées concerne l'intégration des questions de femmes roms non seulement dans les mouvements mobilisés pour la cause des Roms et des droits de la femme, mais aussi dans les programmes des gouvernements et des organisations internationales<sup>133</sup>. Le *National Traveller Women's Forum* à Galway, Irlande, est une fédération d'organisations de Voyageurs et de femmes de la communauté des gens du voyage qui s'est donné pour mission de promouvoir la participation des femmes roms à la vie publique ; de lutter

---

<sup>131</sup> International Conference of Romani Women, Budapest, Hongrie, juin 1998.

<sup>132</sup> *Public Policies and Romani Women in Central and East European Countries*, 3-5 décembre 1999, Bucarest, Roumanie.

<sup>133</sup> Voir <http://www.soros.org/osi.html>.

contre le racisme et le sexisme subis par ces femmes ; et de parvenir à l'application des droits des femmes roms sur une base non discriminatoire<sup>134</sup>. Il faut espérer que les Etats soutiennent ce type d'initiative, tout en s'investissant eux aussi pour renforcer la participation politique des femmes roms et en s'inspirant des orientations exposées ci-dessus. A cet égard, les modes de participation au développement et à la délivrance de services sanitaires mis en place en Irlande méritent d'être imités ailleurs. Ils reposent notamment sur la création de partenariats actifs entre les organismes et personnels de santé et des « Unités sanitaires des Gens du Voyage », qui sont composées de membres de l'administration de la santé et de représentants des gens du voyage et chargées de planifier et appliquer la stratégie dans chaque service régional de santé locale<sup>135</sup>.

Les Etats doivent notamment se demander si les médiateurs de la santé issus des communautés roms peuvent contribuer significativement à la promotion de la participation des femmes roms aux affaires publiques qui les concernent<sup>136</sup>. (Les programmes relatifs aux médiateurs sont étudiés plus en détail dans la suite de ce rapport.) Compte tenu de leurs liens étroits avec les communautés roms, les médiateurs pourraient participer à la prévention et à la gestion des conséquences de la discrimination en matière d'accès aux services publics. Ils disposent en effet du potentiel requis pour entreprendre des actions visant à éduquer les membres des communautés roms sur les questions de droit et à renforcer leur autonomie, mais aussi pour relever les cas de discrimination, et pour repérer et combler les lacunes dans les services en place – par leur action individuelle mais aussi en partenariat avec les autorités. Ainsi, et par d'autres moyens, les programmes de médiateurs pourraient ouvrir les portes des services publics aux femmes, mais aussi à leurs communautés.

---

<sup>134</sup> Entretiens, Dublin, Irlande, 5 décembre 2001.

<sup>135</sup> Commentaires du gouvernement irlandais (déposés au Conseil de l'Europe).

<sup>136</sup> Voir la Recommandation générale n° 37 de CERD, *supra*, note 126, paragraphe 8 : Définir et promouvoir des modalités appropriées de communication et de dialogue entre les communautés roms et les autorités centrales et locales.

### C. L'importance de la collecte de données à caractère ethnique pour améliorer l'accès à la santé

Parfois, l'égalité devant la loi peut ne pas garantir l'égale jouissance des droits – en particulier des droits économiques, sociaux et culturels – à certains groupes minoritaires d'un pays<sup>137</sup>. Des mesures spéciales, répondant à des besoins réellement constatés, peuvent s'avérer nécessaire pour parvenir à cet objectif. La volonté d'améliorer la situation des Roms doit passer par des politiques élaborées sur la base de données et d'informations fiables sur leurs besoins et leurs intérêts. Les politiques tendant vers l'amélioration de la situation des femmes roms, en particulier, devraient être fondées sur des données ventilées par ethnie et par sexe. La collecte de données sur l'état de santé et les besoins des femmes roms est donc indispensable si l'on veut améliorer leur accès à la santé et à d'autres services publics.

La collecte de données sur la base de l'identité ethnique répond à plusieurs objectifs qui, considérés dans leur ensemble, vont dans le sens d'une véritable égalité. Cette démarche peut en effet permettre la mise en évidence des besoins et des intérêts à partir desquels développer des politiques et en vertu desquels évaluer les progrès réalisés. Les informations relatives à la situation d'une population – par exemple si elle est rurale, urbaine, sédentaire, nomade – peuvent faciliter la formulation de politiques de qualité<sup>138</sup>. La connaissance des particularités (nombre, concentration, besoins spécifiques, etc.) d'une population minoritaire peut influencer de manière substantielle sur la politique appliquée à son égard et mener, par exemple, à fixer des objectifs en terme d'embauche dans des structures gouvernementales ou de localisation des services publics. Les statistiques sont aussi un outil essentiel permettant d'appuyer les plaintes de discrimination indirecte dans les procédures judiciaires<sup>139</sup>. Les données sur la situation des Roms, ventilées par sexe, apporteraient des informations précieuses sur les relations complexes entre les hommes et les femmes, sur la dynamique de relations au sein de leurs communautés et sur les perceptions de la majorité à leur sujet – qui influent sur l'accès des femmes roms aux services publics. Ces données peuvent fournir les éléments nécessaires pour la mise en oeuvre efficace des politiques dans la durée. De plus, la sélection et la compilation officielles de données comparables, combinées à des campagnes d'information et de sensibilisation, peuvent aider à expliquer les priorités de politiques ciblées sur un groupe défavorisé et à contrer les interprétations dénuées de

---

<sup>137</sup> Voir, p.ex., Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels : France, 30/11/2001. E/C.12/1/Add.72, paragr. 15.

<sup>138</sup> Sachant que les recensements n'incluent pas les personnes telles que les réfugiés et les migrants, et que de nombreux Roms se trouvent dans l'une ou l'autre de ces situation, des enquêtes complémentaires aux recensements peuvent être nécessaires afin d'obtenir une vision plus précise de leur situation. « Les Roms et les statistiques », Strasbourg, 22-23 mai 2000, Conseil de l'Europe, MG-S-ROM (2000) 13, paragraphe 49.

<sup>139</sup> Voir, p.ex., « *The Importance of Race/Ethnic Statistics for Combating Discrimination* », Déclaration du European Roma Rights Centre à l'occasion de la Conférence de l'OSCE *Equal Opportunities for Roma and Sinti : Translating Words Into Facts*, 10-13 septembre 2001, Bucarest. Voir aussi le Second Rapport de l'ECRI sur les Pays-Bas, *supra*, note 125, paragraphe 10, dans lequel l'ECRI « se félicitait de ce que des méthodes expérimentales [...] de même que des données statistiques soient également acceptées comme moyens de preuve pour étayer une plainte [de discrimination] ».

fondement et le détournement d'informations collectées de manière non officielle et systématique qui ne reflètent pas fidèlement la réalité socio-économique d'une situation ou d'un groupe donné.

Les instances internationales manifestent un intérêt croissant pour la collecte de données à caractère ethnique. La Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée a invité les Etats à développer des politiques pour lutter contre la discrimination infligée aux Roms, en recourant à la collecte de statistiques fiables, dans le respect des dispositions relatives à la protection des informations à caractère personnel et en consultation avec les personnes concernées<sup>140</sup>. Le Comité des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale a entrepris d'étudier les liens entre la discrimination raciale et les genres<sup>141</sup>. L'ECRI a appelé à la ventilation par sexe des données concernant les Roms<sup>142</sup>. L'Union européenne a créé l'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC) qui témoigne de sa reconnaissance de l'importance de la collecte de données pour l'analyse et l'élaboration des politiques<sup>143</sup>. L'objectif premier de l'EUMC est de collecter des données sur le racisme, la xénophobie et l'antisémitisme afin de constituer un fonds d'informations fiables et comparables sur lesquelles les institutions et les Etats membres de l'UE pourront fonder leur action. Les organisations internationales concernées reconnaissent donc que l'existence de données fiables est importante pour prendre des mesures pratiques. Un effort concerté pour réunir des données fiables sur l'état de santé et l'accès aux soins devrait aider ces instances de contrôle à étudier les impacts de la discrimination sur la santé.

En dépit de ce soutien, les Etats et les Roms expriment de légitimes préoccupations en ce qui concerne la pratique. Force est de reconnaître l'existence d'abus, dans le passé et aujourd'hui encore, notamment en ce qui concerne de l'application de la loi. Ces préoccupations se manifestent clairement, entre autres, par la faible participation des Roms aux recensements de population. Ainsi, en République tchèque, moins de 10% de la population rom estimée a déclaré son appartenance à la communauté rom lors du recensement de 2001<sup>144</sup>. Il est donc important que les Etats et les populations roms sachent que les droits liés à la collecte de données – droit à la vie privée, droit d'information, égalité de traitement – peuvent être protégés au moyen de garde-fous adaptés<sup>145</sup> et qu'il est possible d'instaurer des mécanismes sûrs et indépendants pour la collecte et la conservation de ces données. De plus, l'existence de données complètes et fiables sur les questions ethniques profite à la fois aux communautés roms et à l'ensemble de la société en facilitant la définition de politiques d'intégration adaptées et bien ciblées, qui ont dès lors plus de chances de réussir. Il existe néanmoins des pays qui reconnaissent de plus en plus la nécessité

---

<sup>140</sup> Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, Programme d'action, *supra*, note 7, paragraphe 44.

<sup>141</sup> Voir CERD, Recommandation générale n° 25, *supra*, note 130.

<sup>142</sup> ECRI, Second rapport sur la Slovaquie, *supra*, note 125, paragraphe 40. 43.

<sup>143</sup> Voir <http://eumc.eu.int/>

<sup>144</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 31.

<sup>145</sup> « *The Importance of Race/Ethnic Statistics for Combating Discrimination* », *supra*, note 140.

de disposer de données sur les aspects ethniques pour orienter leurs politiques de développement sanitaire. En Irlande, par exemple, les dossiers d'admission à l'hôpital et dans le système périnatal comporte une question sur l'appartenance ethnique, introduite dans le cadre de la *National Traveller Health Strategy*<sup>146</sup>.

Reconnaissant l'importance des données à caractère ethnique dans la perspective de l'amélioration de la situation des Roms, le Conseil de l'Europe a tenu une conférence pour débattre des perceptions de la question par les Roms et les institutions, mais aussi de la protection des données dans le droit international, et des recensements de population<sup>147</sup>. Ces discussions, et les suggestions de l'ECRI et du ACFC concernant les méthodes et les protections, ont abouti à une série de recommandations traitant des différentes préoccupations autour de la collecte de données à caractère ethnique, tout en démontrant son potentiel s'agissant d'améliorer l'accès aux services publics.

Les Etats devraient mettre en place un système officiel de collecte des données<sup>148</sup> pour documenter la situation et les besoins des Roms, et pour recenser les cas de discrimination directe et indirecte, la violence fondée sur l'ethnie ou la race, et le harcèlement, tels que les définit la Directive sur l'égalité raciale. L'ECRI recommande que les Etats établissent une instance spécialisée dans le domaine du racisme et l'intolérance ; celle-ci pourrait avoir pour mandat de superviser la collecte de données<sup>149</sup>. Elle pourrait aussi assister les établissements de soins dans leur travail de sensibilisation des intervenants de la santé et des patients, à l'importance des données à caractère ethnique et de leur gestion appropriée. Une des façons d'entamer ce processus pourrait consister à attirer l'attention des autorités sur la Recommandation de politique générale n° 4 de l'ECRI sur les enquêtes nationales sur l'expérience et la perception de la discrimination et du racisme par les victimes potentielles<sup>150</sup>.

Pour obtenir l'acceptation des collectes de données par les Roms, et leur participation, certaines mesures et protections sont nécessaires. En vertu de l'article 3 de la Convention-cadre, les principes du libre choix de l'identification et du consentement éclairé doivent être respectés<sup>151</sup>. Ce point est déterminant non seulement au stade initial de la collecte des données, mais aussi pour leur utilisation ultérieure, par exemple lorsqu'elles doivent être communiquées à des tierces

---

<sup>146</sup> Commentaires du gouvernement irlandais (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>147</sup> « *Roma and Statistics* », *supra*, note 139.

<sup>148</sup> Voir, p.ex., ECRI, Second Rapport sur la Bulgarie, CRI (2000) 3, adopté le 18 juin 1999 ; Second Rapport sur la Grèce, CRI (2000) 32, adopté le 10 décembre 1999 ; Second Rapport sur la Croatie, CRI (2001) 34, adopté le 15 décembre 2000.

<sup>149</sup> Voir ECRI, Recommandation de politique générale n° 2 relative aux organes spécialisés dans la lutte contre le racisme, la xénophobie, l'antisémitisme et l'intolérance au niveau national, CRI (97) 36.

<sup>150</sup> ECRI, Recommandation de politique générale n° 3 relative aux enquêtes nationales sur l'expérience et la perception de la discrimination et du racisme par les victimes potentielles, CRI (98) 30.

<sup>151</sup> L'article 3(1) stipule : « Toute personne appartenant à une minorité nationale a le droit de choisir librement d'être traitée ou ne pas être traitée comme telle et aucun désavantage ne doit résulter de ce choix ou de l'exercice des droits qui y sont liés. »

parties<sup>152</sup>. L'anonymat doit être garanti ; à cet égard, l'attention des Etats est attirée sur la Recommandation (97)18 du Comité des Ministres concernant la protection des données à caractère personnel collectées et traitées à des fins statistiques<sup>153</sup>. Plus généralement, il est rappelé aux Etats membres de l'Union européenne, de même qu'aux pays candidats, leur obligation d'adapter leur législation nationale aux normes énoncées par la Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données<sup>154</sup>.

Mais surtout, les Roms et les autres groupes que la collecte de données concerne devraient participer à la préparation, la mise en oeuvre et le suivi du processus de collecte. Les expériences du Comité européen sur la population (CDPO) du Conseil de l'Europe ont abouti à des recommandations (informelles) sur cette question, concernant l'administration des recensements de population. Des mesures pourraient, lorsque c'est faisable, être appliquées à d'autres formes de collecte de données :

- Elaboration de la loi sur le recensement en conformité avec, entre autres, les normes internationales en la matière garantissant que les données collectées ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles prévues par le recensement.
- Etablissement de commissions de recensement, comprenant des représentants des groupes minoritaires au niveau national et local ; les représentants des minorités doivent donc être formés de façon adéquate.
- Le formulaire de recensement doit être rédigé dans une langue qui peut être comprise par la personne recensée ; l'agent recenseur doit également pouvoir parler la langue de la personne recensée.
- La première page du formulaire de recensement, qui contient des données personnelles permettant d'identifier les individus, doit être détruite dès que le contrôle de fiabilité du processus a été effectué (contrôle d'éventuels doubles comptages, etc.).
- Des représentants des minorités doivent être présents lors du comptage et du processus de dépouillement<sup>155</sup>.

---

<sup>152</sup> Voir Recommandation (91)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur la communication à des tierces personnes de données à caractère personnel détenues par des organismes publics, adoptée le 9 septembre 1991.

<sup>153</sup> Voir Recommandation (97)18 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe concernant la protection des données à caractère personnel collectées et traitées à des fins statistiques, adoptée le 30 septembre 1997.

<sup>154</sup> Directive 95/46/CE relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, adoptée le 24 octobre 1995, Journal officiel L 281, 23 novembre 1995, p. 31-50.

<sup>155</sup> « Les Roms et les statistiques », Strasbourg, 22-23 mai 2000, *supra*, note 139, paragraphe 43.

Une instance spécialisée pourrait entreprendre une campagne de sensibilisation, afin d'encourager les Roms, y compris les femmes, à participer au processus de recensement de la population et à d'autres efforts de collecte de données. En coopération avec les femmes roms, cette instance pourrait aider à garantir la ventilation des données par sexe, ainsi que leur analyse adéquate. Toutes ensemble, ces mesures pourraient améliorer considérablement la compréhension et la prise en considération des besoins des femmes roms relativement à divers services publics.

L'établissement d'institutions et de protections pour une collecte appropriée ne suffit pas cependant à garantir que les données recueillies viendront étayer des politiques visant l'amélioration de la situation des Roms. Ces mesures doivent s'accompagner d'une forte volonté politique. En France, des ONG – Les Amis des Voyageurs de la Gironde et Médecins du Monde – se sont mobilisées pour attirer l'attention sur les risques de saturnisme auxquels sont exposés les Roms et les Tsiganes (du fait de la récupération de ferraille). Leurs efforts n'ont pas abouti, au motif que le problème soulevé était trop différent et spécifique pour qu'on lui affecte des ressources<sup>156</sup>. Une récente étude de population conduite au Royaume-Uni n'avait que peu de chances d'appréhender le vécu de nombreux Tsiganes et Gens du Voyage, car elle était axée sur les ménages<sup>157</sup>. Les réponses à de nombreuses questions auraient pu apporter de précieuses informations sur les cas de discrimination vécus et sur les besoins des personnes habitant en caravane<sup>158</sup>. Et, « la plus grande enquête sur la santé des minorités ethniques jamais conduite en Angleterre » n'inclut pas ces groupes<sup>159</sup>, alors que le *Race Relations Act* de 1976 (loi sur les relations raciales) classe les Roms, les Tsiganes et les Voyageurs parmi les groupes raciaux et les protège.

A l'université de Sheffield, des chercheurs tentent de pallier ces insuffisances au moyen d'un nouveau projet visant à mesurer l'état de santé des populations de Tsiganes/Voyageurs au Royaume-Uni, et à le comparer avec celui des populations sédentaires et d'autres groupes ethniques minoritaires et à faible revenu<sup>160</sup>. Au final, cependant, il incombe à l'Etat d'assurer que des données sont réunies et exploitées dans le but d'assurer à tout individu des chances égales de parvenir au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

L'édition 1994-1996 de « *Why Mothers Die : Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* » (Pourquoi les femmes meurent : rapport d'enquête confidentiel sur les décès de mères au Royaume-Uni) témoignait de la volonté d'examiner les risques auxquels seront exposées les femmes de différents groupes ethniques dans un proche avenir.<sup>161</sup>

---

<sup>156</sup> Entretiens, Talence, France, 11 décembre 2001.

<sup>157</sup> Entretiens, Londres, Angleterre, 25 octobre 2001.

<sup>158</sup> Voir « Home Office Citizenship Survey : People, Families and Communities 2001 », Final Questionnaire, Home Office, Royaume-Uni, 19 mars 2001.

<sup>159</sup> Voir « *Health Survey England : The Health of Minority Ethnic Groups '99* », Summary of Key Findings, Department of Health, Royaume-Uni, 1999.

<sup>160</sup> Entretiens, Sheffield, Angleterre, 24 octobre 2001.

<sup>161</sup> « *Why Mothers Die : Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994-1996* », Executive Summary and Key Recommendations, Department of Health, Royaume-Uni, novembre 1998, p. 3.

Effectivement, les recommandations qu'il contient exhortent les commissaires et les trusts à fournir aux femmes les moins susceptibles d'utiliser ces services – les exclues de la société, les très jeunes et les membres des minorités ethniques – la possibilité de jouir d'un soutien social et professionnel de qualité durant leurs grossesses<sup>162</sup>. Ces suggestions devraient déjà avoir déclenché des actions aux niveaux local et régional en faveur de ces groupes. Les femmes roms, tsiganes et celles issues de la communauté des gens du voyage devraient être, il faut l'espérer, la cible des futures enquêtes des Services de santé. Plus généralement, ces exemples du Royaume-Uni illustrent les bénéfices potentiels de la collecte de données à caractère ethnique, en matière de santé et dans d'autres domaines connexes, pour l'engagement des Etats à répondre aux besoins des groupes minoritaires, dont les Roms.

---

<sup>162</sup> Id., p. 5.

## **SECTION II**

### **A. La discrimination des Roms en matière d'accès à la santé**

Les attitudes et les actes des intervenants de la santé ont un impact déterminant sur l'accès des Roms aux soins. Les membres des communautés roms sont parfois victimes de violences verbales, de soins tardifs, de ségrégation, voire de refus caractéristique des services au motif de leur ethnie. Ce sont les femmes qui sont le plus affectées par ce type de problèmes, étant donné qu'elles ont généralement plus souvent affaire aux services de santé que les hommes. Ce problème se pose aussi pour l'accès des enfants aux services de santé, qui sont potentiellement la cible de comportements discriminatoires de la part du personnel de ces services<sup>163</sup>. La persistance de telles pratiques est le résultat de l'échec des Etats à protéger l'accès de leurs citoyens à la santé sur une base non discriminatoire. Il faut réparer ces préjudices, de sorte à améliorer le médiocre état de santé des Roms et à leur redonner confiance dans les services traditionnels<sup>164</sup>. Une fois ces conditions réunies, on pourra alors envisager une intégration réussie des Roms dans la société.

#### **1. Le refus des médecins de soigner les patients roms**

Les médecins ont toute latitude pour refuser l'inscription de patients sur leurs listes. Dans la mesure où il faut pouvoir consulter un généraliste pour bénéficier d'analyses et de soins spécialisés, de tels refus inquiètent particulièrement parce qu'ils entravent l'accès au système de santé.

Dans certains pays, il est courant pour les Roms d'être refusés des listes des généralistes. L'ethnie peut être le facteur déterminant de ces refus, mais les doutes qui pèsent sur la solvabilité des patients roms et les charges potentielles qu'implique leur nomadisme pour les médecins, font partie des nombreux autres motifs évoqués. Dans tous les cas, il y a discrimination.

En Bulgarie, les réformes entreprises dans le secteur de la santé ont donné aux généralistes le droit de choisir leurs patients. Des généralistes auraient refusé d'inscrire des Roms parce qu'ils ne souhaitent pas se rendre dans leurs quartiers ou affronter les difficiles conditions des plus pauvres de leurs communautés<sup>165</sup>. Toujours en Bulgarie, où les généralistes sont rémunérés pour chaque patient soigné, certains d'entre eux revendiquent l'inscription de Roms sans la moindre intention de les traiter sur un pied d'égalité avec les autres patients, voire de leur prodiguer des

---

<sup>163</sup> Voir, par exemple, Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Observations finales : Italie, CRC/C/15/Add. 198, 18 mars 2003, paragraphe 54 et CRC/C/15/Add.201, 18 mars 2003, paragraphe 67.

<sup>164</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, supra, note 10, p. 399.

<sup>165</sup> Etude conduite par la fondation Romani Baht, telle que citée dans *Minority Protection in the EU Accession Process*, supra, note 10, p. 92.

soins<sup>166</sup>. En Roumanie, la répugnance des médecins à recevoir des Roms dans leur cabinet s'explique, entre autres raisons avancées, par le fait que 30% des Roms ne sont pas inscrits auprès des généralistes<sup>167</sup>. Cette situation n'est pas propre à l'Europe orientale : une enquête menée à Londres a révélé que 10% des généralistes n'étaient pas prêts à soigner des Roms ; une étude à Avon, en Angleterre, a démontré que 80% des familles de Voyageurs visitées par un inspecteur des services de santé avaient fait l'objet d'un refus de traitement médical<sup>168</sup>. Une enquête par sondage du *Save the Children Fund*, en Ecosse, a démontré que plus de 25% des gens du voyage s'étaient vu refuser l'inscription auprès d'un ou plusieurs médecins de famille, et ce malgré l'existence de vacances sur leurs listes<sup>169</sup>. On a aussi rapporté le refus d'inscrire tous les membres d'une communauté de gens du voyage installés sur un emplacement municipal particulier<sup>170</sup>.

Aux refus d'assistance initiale, les codes d'éthique professionnelle et la législation répondent généralement par l'obligation des médecins à recevoir les patients, sans discrimination<sup>171</sup>. Mais il faut souligner l'absence de sanctions qui permettraient de rendre ces réglementations effectives. Par exemple, la République tchèque ne dispose pas de loi anti-discrimination relative à la santé. Par contre, le code de déontologie de l'Ordre des médecins oblige les professionnels à « préserver la santé et la vie et à réduire les souffrances, sans distinction de nationalité, de race, de couleur de peau, etc. »<sup>172</sup> Néanmoins, il n'existe pas de sanctions spécifiques en cas de violations du code de déontologie. Les mêmes insuffisances sont relevées dans la loi hongroise sur les soins de santé : elle interdit la discrimination dans l'accès aux services de santé et permet aux victimes de porter plaintes contre les prestataires de soins ou les organes de contrôle, qui doivent dès lors en répondre, mais ne prévoit pas de sanctions<sup>173</sup>. La Loi sur la chambre hongroise de médecine (qui est l'organe officiel de la profession médicale, tenu d'instruire toutes les plaintes) prévoit cependant des sanctions pour les médecins qui contreviennent aux lois régissant l'égalité d'accès aux services de santé, y compris à la Loi sur les soins de santé<sup>174</sup>.

---

<sup>166</sup> Entretiens, Sofia, Bulgarie, 19 novembre 2001.

<sup>167</sup> Ina Zoon, *supra*, note 14, p. 83.

<sup>168</sup> Voir Sarah Cemlyn, *Traveller Children and the State : Welfare or Neglect ?*, Child Abuse Review, Vol. 4, 1995, pp. 278-290.

<sup>169</sup> Michelle Lloyd, Richard Morran, « *Traveller Health Issues in Scotland – Submission to the Secretary of State's Advisory Committee on Scotland's Travelling People* », Save the Children Fund, Ecosse, février 1999, p. 6.

<sup>170</sup> Id.

<sup>171</sup> « *Women of the World : Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives : East Central Europe* » Centre for Reproductive Law and Policy, New York, New York, octobre 2000, p. 181.

<sup>172</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 148.

<sup>173</sup> Id., p. 231.

<sup>174</sup> La Chambre hongroise de médecin sanctionne aussi les atteintes aux lois suivantes : Loi n° 107 de 2001 sur les services de santé publique ; Loi n° 34 de 2001 sur les formes d'activité médicale ; Loi n° 35 de 2001 sur l'obligation de dispenser des soins de santé spéciaux ; Loi n° 83 de 1997 sur l'assurance maladie obligatoire ; Loi n° 28 de 1994 sur la Chambre hongroise de médecine. Voir les commentaires du gouvernement hongrois (conservés au Conseil de l'Europe).

La disposition contenue dans la Directive pour l'égalité raciale, qui appelle à un renversement de la charge de la preuve – en imposant à la partie mise en cause de prouver, devant la justice ou l'autorité compétente, qu'il n'y a pas eu atteinte au principe de l'égalité de traitement lorsque les personnes qui s'estiment lésées peuvent se prévaloir de faits permettant de présumer qu'elles ont été victimes de discrimination directe ou indirecte<sup>175</sup> –, devrait se traduire par des procédures locales visant à assigner des généralistes aux personnes dont l'inscription sur les listes a été refusée à plusieurs reprises. En Irlande, par exemple, le Conseil de santé local a pour rôle d'attribuer un généraliste à toute personne en mesure de présenter les refus notifiés par écrit de trois généralistes. Ceci dit, il revient aux patients concernés de s'adresser à leur médecin pour obtenir une lettre, ce qui s'avère souvent une démarche difficile<sup>176</sup>. Le fardeau qui pèse sur ces personnes pourrait être considérablement allégé, et les soins de santé pourraient reprendre plus rapidement, s'il incombait au généraliste de démontrer au Conseil de santé qu'elles n'ont pas été refusées pour des raisons discriminatoires. Le même Conseil de santé pourrait faciliter les enquêtes et les sanctions en cas de discrimination sur des motifs prohibés, et faire en sorte que les éventuels patients soient dirigés vers un médecin facilement accessible.

Les Roms sont aussi exclus des listes de médecins parce qu'ils ne peuvent s'acquitter des « pourboires » qui leur sont demandés en échange de services de qualité « normale », ou des taxes administratives exigées des personnes ayant droit à la gratuité des soins<sup>177</sup>. Les conséquences en termes de santé peuvent être particulièrement graves lorsque ces pratiques entravent l'accès à un spécialiste. S'il peut être démontré que ces « exigences » désavantagent significativement les Roms en matière d'accès aux services, du fait des taux élevés de pauvreté et/ou de chômage qui affectent leurs populations, alors on peut parler de discrimination indirecte. Il faudrait donc prendre des mesures concrètes pour informer les travailleurs et les autorités sanitaires, mais aussi les Roms, au sujet du concept de discrimination indirecte ; des instances spécialisées et des associations professionnelles devraient être préparées à enquêter sur les plaintes déposées en matière de santé.

A cause des difficultés rencontrées pour s'inscrire auprès d'un médecin de famille, les Roms tentent parfois de poursuivre leur traitement avec un agent de la santé qui les a acceptés par le passé, même si celui-ci ou eux-mêmes ont quitté la région voire le pays<sup>178</sup>. Cette pratique, outre ses éventuelles conséquences dramatiques en cas d'urgence sanitaire, fait peser de lourdes responsabilités sur les professionnels concernés et risque en outre de ne pas répondre aux attentes des patients roms.

Les dossiers détenus par les patients se sont avérés efficaces dans le cas d'individus ou de familles qui changent de médecins assez fréquemment<sup>179</sup>. Cela étant, dans la mesure où les Roms

---

<sup>175</sup> Directive sur l'égalité raciale, article 8(1).

<sup>176</sup> Entretien, Dublin, Irlande, 6 décembre 2001.

<sup>177</sup> Entretien, Budapest, Hongrie, 9 novembre ; Dublin, Irlande, 6 décembre ; Toulouse, France, 11 décembre 2001. Voir aussi *Minority Protection in the EU Accession Process*, supra, note 10, p. 232.

<sup>178</sup> Voir Sarah Cemlyn, note 169 ; Entretien, Amsterdam, Pays-Bas, 12 octobre 2001.

<sup>179</sup> Patrice Van Cleemput, « *The Health Care Needs of Travellers* », Specialist Health Visitor for Travellers in Sheffield, Community Health Sheffield NHS Trust, pp. 11-12.

ont des difficultés à se faire inscrire sur une liste, l'accès à ces dossiers ne devraient pas être conditionné à l'inscription auprès d'un médecin particulier. Plus généralement, les services de santé attachés à un territoire devraient pouvoir s'adapter plus facilement aux populations migrantes et mobiles<sup>180</sup>. Beaucoup de Roms affirment que leurs besoins de santé sont ignorés dès lors qu'ils recherchent de l'aide hors de leurs régions de résidence. Dans le même temps, certains personnels de santé justifient cette exclusion en expliquant qu'ils pensent que ces patients relèvent de « la responsabilité de quelqu'un d'autre » ou par la crainte qu'ils fassent peser une charge supplémentaire sur le service. Autrement dit, répondre à ces demandes de services reviendrait à encourager les visites des communautés mobiles, et donc à alourdir la charge qui pèse sur les intervenants de la santé.

En Roumanie, en Angleterre et ailleurs, des généralistes salariés ont été proposés dans les régions où les Roms, les Tsiganes et les Voyageurs ont du mal à accéder aux soins<sup>181</sup>. Cette initiative, ainsi que d'autres incitations pour améliorer l'assistance des travailleurs sanitaires aux Roms, seront probablement nécessaires pour régulariser l'accès aux services réguliers. Cette approche est indubitablement bénéfique à court terme ; pourtant, il faut veiller à ne pas institutionnaliser un système de soin parallèle, de moindre qualité.

## **2. Le refus des services de soins de porter assistance aux Roms**

Le refus d'assistance aux Roms peut constituer une discrimination directe s'exprimant de différentes manières, dont le refus d'accès aux établissements sanitaires, les limites imposées aux temps de consultation réservés aux Roms et le refus d'assistance aux membres de leurs familles ou à leurs visiteurs.

Dans certains cas, les Roms qui cherchent à entrer dans un établissement de soins se heurtent à un véritable barrage physique. Par une décision du Fonds de sécurité sociale et des Services de santé à Iași, en Roumanie, les Roms qui ne peuvent payer pour leur traitement médical, ou prouver qu'ils possèdent une assurance médicale, ne sont pas admis à l'hôpital du comté de Iași<sup>182</sup>. Cette pratique a semble-t-il été interdite après avoir été portée à l'attention du ministère de la Santé, du ministère de la Protection des Minorités nationales et du Bureau national des

---

<sup>180</sup> Voir, p.ex., *Proposed objectives and actions to promote the health of migrant Roma through improvement of living conditions, access to health care, and mother and child care*, in « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 44.

<sup>181</sup> En Roumanie, le ministère de la Santé et de la Famille et la Caisse nationale assurance maladie ont élaboré un plan d'incitation financière adressé aux médecins généralistes qui travaillent dans des régions très pauvres, habitées par des Roms. Soumis par le conseiller des questions roms du ministère roumain de la Santé et de la Famille à la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, dans le cadre du Projet sur l'accès des femmes roms aux soins de santé publique ; Entretien, Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre 2001 ; Voir aussi Sarah Cemlyn, « *From Neglect to Partnership ? Challenges for Social Services in Promoting the Welfare of Traveller Children* » *Child Abuse Review*, Vol. 9, 2000, p. 237.

<sup>182</sup> *State of Impunity : Human Rights Abuse of Roma in Romania*, European Roma Rights Centre Country Reports series n° 10, European Roma Rights Centre, Budapest, Hongrie, septembre 2001, p. 96.

Roms<sup>183</sup>. Aussi faudrait-il une surveillance efficace, opérée par des autorités compétentes, afin que telles interdictions ne soient pas édictées, en Roumanie ou ailleurs.

Parmi les pratiques courantes, il faut citer les limites posées par les professionnels de la santé quant aux jours et heures de consultation réservés aux Roms, apparemment en raison de leur appartenance ethnique. Un exemple concernant l'accès à des soins gynécologiques à Košice, en Slovaquie, illustre parfaitement les histoires relatées par des femmes Roms dans différentes régions :

A Lunik IX, une communauté d'environ 4.000 citoyens roms dans la ville de Košice, les femmes sont systématiquement privées d'un accès régulier aux soins. Dans cette communauté, souvent évoquée comme le plus grand ghetto rom d'Europe centrale, les femmes ne peuvent obtenir de consultations gynécologiques que le vendredi. Cette structure médicale publique est ouverte aux autres patientes du lundi au jeudi, mais les femmes de Lunik IX n'y ont pas accès ces jours-là<sup>184</sup>.

Ce type d'allégations ne se limite pas aux soins routiniers ; il en va de même pour les soins d'urgence. Lorsque les Roms du camp de Kerinov, en Slovaquie, vont consulter les médecins locaux, il est fréquent qu'ils soient invités à revenir plus tard, voire le lendemain. Lorsqu'ils se présentent aux urgences la nuit, on leur répond qu'il est impossible de réveiller les médecins. Les patients attribuent ce traitement à leur ethnie<sup>185</sup>.

L'accueil réservé aux parents ou aux visiteurs des patients roms est aussi un sujet de préoccupation. En Roumanie, un Rom a indiqué qu'on lui avait refusé un lit pour passer la nuit au chevet de son enfant malade. L'hôpital lui a refusé ce lit non pas parce qu'il n'y a pas de lit pour les familles des malades, mais parce que « les lits ne sont pas pour les Roms »<sup>186</sup>. On lui a en outre précisé que même s'il proposait de payer, ça ne changerait rien.<sup>187</sup> En d'autres termes, en tant que Rom, il n'avait pas accès aux mêmes services que les non-Roms.

Les établissements de santé devraient prendre des mesures pour prévenir, contrôler et sanctionner de tels comportements. Les patients roms, et ceux qui s'occupent d'eux, devraient être encouragés à porter plainte, en partie par l'intermédiaire de mécanismes confidentiels et avec l'assurance que leur accès aux services de santé ne sera pas menacé ou supprimé du fait de leur démarche.

### **3. La ségrégation des Roms dans les services de soins**

---

<sup>183</sup> Id.

<sup>184</sup> « *Human Rights Report on Situation of Roma in Eastern Slovakia, 2000-2001* », Roma Rights Center, Košice, Slovaquie, p. 10.

<sup>185</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 506.

<sup>186</sup> Entretiens, Budapest, Hongrie, 9 novembre 2001.

<sup>187</sup> Id.

Un exemple particulièrement inquiétant de discrimination directe, dans les services de soins, concerne la ségrégation des patients roms. Cette forme de discrimination – qui se manifeste par des salles, douches, salles à manger et autres infrastructures réservées aux Roms – a été constatée à l'occasion des premières investigations<sup>188</sup> ; des allégations de cet ordre ont aussi été entendues lors des recherches conduites pour ce rapport<sup>189</sup>. Cette pratique semble particulièrement courante dans les maternités. Selon les femmes roms, la séparation entre salles réservées aux Roms, d'une part, et aux Blanches, d'autre part, est fondée sur des motifs raciaux : les femmes roms sont dites « associables », « indisciplinées », « sales » et « voleuses ». Les professionnels de la santé cachent ces préjugés derrière le prétexte qu'il est plus convivial pour les femmes roms d'être entre elles. Mais, lorsque ces femmes demandent à être installées dans les salles mixtes, elles se voient souvent opposer un refus<sup>190</sup>. Devant la remise en cause des motifs de telles pratiques, les travailleurs de la santé se disent impuissants à transférer ces patientes dans les salles mixtes, ces décisions étant le fait de plus hautes instances au sein des institutions sanitaires<sup>191</sup>.

Pour des raisons de situation géographique, beaucoup de femmes roms (comme les membres du reste de la population) n'ont pas le choix concernant les établissements sanitaires. Elles courent par conséquent le risque de ne pouvoir éviter une structure soupçonnée de pratiquer une ségrégation raciale<sup>192</sup>. La ségrégation amène souvent à une moindre attention de la part du personnel médical, ainsi qu'à des traitements de moindre qualité, comme l'estiment les personnes qui en ont fait l'expérience<sup>193</sup>.

Le *Roma Rights Centre* (Centre pour les droits des Roms), en Slovaquie, a recueilli des témoignages concernant la ségrégation des femmes à Vranov nad Topľou, Slovaquie. La maternité locale dispose de cinq salles d'accouchement, dont deux sont réservées aux femmes roms. Et, lorsque ces deux salles sont occupées, les femmes roms ne sont pas envoyées dans l'une des trois autres salles, mais dans les couloirs<sup>194</sup>. On peut supposer que, dans les couloirs, les traitements ne sont pas dispensés dans les meilleures conditions d'hygiène, dans le respect de la vie privée et avec les équipements requis. Un autre exemple provient de Hongrie, où une femme rom s'est plainte que les infirmières d'un proche hôpital n'ont pas soigné son enfant immédiatement, laissant passer une journée avant de lui administrer la médication prescrite<sup>195</sup>. Dans un cas de possible discrimination à l'égard d'un enfant, une autre femme de Slovaquie orientale a allégué que sa petite fille serait morte pour avoir été laissée sans soin et sans surveillance dans une salle réservée aux enfants roms<sup>196</sup>. La femme prétendait en outre avoir été traitée avec hostilité, suspicion et manque de respect, et qu'on avait refusé de lui donner, en temps opportun, des

---

<sup>188</sup> Voir, p.ex., Zoon, *supra*, note 14, p. 95.

<sup>189</sup> Entretiens, Vidin, Bulgarie, 18 novembre 2001.

<sup>190</sup> Entretiens, Vidin, Bulgarie, 18 novembre 2001.

<sup>191</sup> Id., Entretiens, Hermanovce, Slovaquie, 2 octobre 2001.

<sup>192</sup> Entretiens, Vranov, Slovaquie, 3 octobre 2001.

<sup>193</sup> Voir Zoon, *supra*, note 14, p. 43.

<sup>194</sup> « *Human Rights Report on Situation of Roma in Eastern Slovakia, 2000-2001* », *supra*, note 185, p. 10.

<sup>195</sup> Entretiens, Imréné, Hongrie, 10 novembre 2001.

<sup>196</sup> « *Human Rights Report on Situation of Roma in Eastern Slovakia, 2000-2001* », *supra*, note 185, p. 9.

informations sur l'état de santé de sa fille. Mais surtout, elle pensait que le traitement qui lui avait été réservé était motivé par son identité rom<sup>197</sup>.

A Vidin, en Bulgarie, un groupe de Roms a tenté de remédier au problème de la qualité des soins dispensés par un établissement de santé en organisant, auprès de la communauté rom, une collecte de fonds censée attirer l'attention des professionnels de la santé<sup>198</sup>. Il serait possible d'éviter de telles offenses, à cette communauté et d'autres, en exhortant les autorités locales et les instances professionnelles à déployer des efforts concertés en vue d'adopter des normes, de les porter à la connaissance du public et de mettre en place un contrôle et des sanctions effectives. Une initiative louable, dans le sens de ces objectifs, est le Code de pratiques des services de maternité produit par la *Commission for Racial Equality* (Commission pour l'égalité raciale) au Royaume-Uni. Ce code, qui encourage tous les acheteurs et prestataires de services de maternité à adopter une politique d'égalité raciale, proposent plusieurs facteurs éléments déterminants, à savoir l'attribution de la responsabilité de cette politique à une instance de niveau supérieur ; un contrôle régulier visant à assurer que les services ne pratiquent pas de discrimination directe ou indirecte à l'encontre des minorités ethniques ou ne les désavantagent pas et l'inclusion des communautés ethniques minoritaires dans les commissions instituées pour contrôle à intervalle régulier l'application de cette politique<sup>199</sup>.

Même si les plaintes de discrimination ne sont pas toujours justifiées, l'impression qu'ont les Roms d'être victimes de discrimination est importante et ne doit pas être sous-estimée. Il est donc essentiel que l'existence de mécanismes de protection et de sanction contre la discrimination soit effectivement perçue et qu'ils fonctionnent efficacement si l'on veut que la confiance puisse s'instaurer.

#### **4. Les traitements dégradants et de qualité inférieure infligés aux Roms**

Les allégations abondent concernant les traitements de qualité inférieure infligés aux Roms au motif de leur ethnie – comme le refus de certaines options de soins médicaux ou les violences verbales. De tels comportements relèvent de la discrimination directe. Qui plus est, ils tendent à décourager les Roms de rechercher une assistance médicale, par crainte du harcèlement et de l'humiliation. Les patients qui se laissent décourager sont peu susceptibles d'accéder aux informations et aux services préventifs. Il en résulte des soins intervenant à des stades plus avancés de la maladie, de ce fait souvent plus délicats et coûteux.

Les femmes roms doivent parfois attendre des temps qui leur semblent excessivement longs pour bénéficier d'une assistance – une fois que tous les autres patients, non roms, ont été soignés<sup>200</sup>.

---

<sup>197</sup> Id., p. 10.

<sup>198</sup> Entretiens, Vidin, Bulgarie, 18 novembre 2001.

<sup>199</sup> Royaume-Uni, Commission for Racial Equality Maternity Services Code of Practice, Racial Equality Policies. [www.cre.gov.uk/gdpract/health.html](http://www.cre.gov.uk/gdpract/health.html)

<sup>200</sup> Entretiens, Jarovnice, Slovaquie, 2 octobre ; Hermanovice, Slovaquie, 2 octobre ; Patras, Grèce, 13 novembre Toulouse, France, 11 décembre 2001.

Un dispensaire aurait paraît-il expliqué cette situation par la répugnance des patients non roms à utiliser les mêmes sièges que les Roms<sup>201</sup>. En Irlande, on administrerait des doubles doses de vaccin aux Tsiganes et Voyageurs sous prétexte qu'ils négligent leur santé et n'ont probablement encore jamais été vaccinés<sup>202</sup>. Dans le camp de Kirtimai, dans la banlieue de Vilnius, un médecin aurait dit à une femme que, les Roms étant un peuple solide, elle devait attendre que la douleur soit devenue insupportable pour revenir consulter<sup>203</sup>. De tels comportements sont discriminatoires s'ils sont motivés par des considérations de race ou d'ethnie. Quoi qu'il en soit, il s'agit de comportements humiliants et négligents, qui constituent une menace potentielle pour la vie.

Les violences verbales de la part des professionnels de la santé, pour des raisons d'ethnie, font partie des expériences couramment évoquées par les femmes roms. Cette violence s'exprime de différentes façons, par des moqueries, des commentaires salaces, des insultes sur leur illettrisme et leur conditions de vie insalubres. A Madrid, une femme à qui sa famille était venue rendre visite dans une maternité raconte que l'infirmière lui a demandé si « elle avait amenée la tribu avec elle » et lui a ordonné qu'elle quitte son lit, malgré ses douleurs, pour « faire sortir la tribu »<sup>204</sup>. Dans un autre cas de ségrégation dans les maternités, une femme, en Slovaquie orientale, a affirmé que, durant l'accouchement, elle a subi les insultes raciales de l'infirmière et du docteur qui l'ont traitée de « bohémienne » et de « sale pute bohémienne »<sup>205</sup>. En Hongrie, le personnel de certains centres de santé est réputé pour la grossièreté et les préjugés avec lesquels il traite les Roms<sup>206</sup>.

Les médiateurs de la santé issus des communautés roms pourraient contribuer à l'identification des comportements discriminatoires, et aider les intervenants de la santé à éradiquer les préjugés qui étayent les traitements dégradants et de qualité inférieure. Ils pourraient aussi sensibiliser les communautés roms aux mécanismes de plaintes et aux sources alternatives en matière de soins de santé.

## **5. La discrimination en matière d'accès aux soins d'urgence**

---

<sup>201</sup> Entretiens, Kovil, Serbie, 6 décembre 2001.

<sup>202</sup> Cette situation provient du fait qu'un centre de vaccination mobile pour les Voyageurs n'informe pas toujours les généralistes de ses interventions. Si les Roms ont des doutes, l'établissement de santé ou le médecin part du principe qu'ils ne sont pas vaccinés. Ce problème pourrait être résolu par la voie de l'échange obligatoire d'informations ou la gestion des dossiers médicaux par les patients eux-mêmes. Entretiens, Dublin, Irlande, 6 décembre 2001.

<sup>203</sup> Entretiens, Vilnius, Lituanie, 16 octobre 2001.

<sup>204</sup> Entretiens, Madrid, Espagne, 27 novembre 2001.

<sup>205</sup> « *Human Rights Report on Situation of Roma in Eastern Slovakia, 2000-2001* », *supra*, note 185, p. 10.

<sup>206</sup> *The Health Status of Romas in Hungary*, Bureau régionale de la Banque mondiale en Hongrie, NGO Studies n°. 2, Roma Press Centre, Puporka, Lajos, et Zsolt, Zadori, p. 59.

L'accès aux services médicaux d'urgence fait partie intégrante du droit à la santé<sup>207</sup>. Dans la pratique, cependant, la discrimination, les barrières physiques et économiques et les obstacles à l'information (voir les dimensions de l'accessibilité dans l'Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, discutées ci-dessus au troisième point de la Section I, B.), ainsi que les stéréotypes des autorités et du personnel soignant au sujet des Roms, qui nuisent à l'accès des Roms aux soins, non seulement à titre individuel, mais aussi pour l'ensemble des communautés, peuvent s'avérer particulièrement graves dans les cas d'urgence.

Le mauvais état des routes et l'absence de service téléphonique empêchent les communautés roms de bénéficier des soins d'urgence. Ces obstacles physiques pouvant être symptomatiques des privations endurées par la population en général, il faut entreprendre des recherches afin de déterminer si le manque d'attention accordée à ces problèmes, lorsqu'ils concernent les communautés roms, est motivé par des considérations raciales.

Le *Roma Rights Centre* de Slovaquie orientale a enquêté sur l'un des nombreux exemples de difficulté d'accès à un campement rom :

Moldava dispose d'un hôpital relativement grand qui répond aux besoins de santé des nombreuses villes et villages isolés dans la région. Les Roms n'ont pas rapporté de problèmes particuliers concernant les services et le personnel de cet hôpital. Ils ont par contre affirmé que, lorsqu'une ambulance est appelée, elle ne vient pas jusqu'au camp, mais stationne en haut de la colline sur la route principale. Nous avons pu constater par nous-mêmes qu'une ambulance ne pouvait emprunter l'étroit chemin pavé menant au camp et qu'il lui serait très difficile de monter et de descendre le chemin abrupt et cahoteux. Les personnes vivant dans ce camp nous ont dit devoir attendre jusqu'à deux heures l'arrivée d'une ambulance<sup>208</sup>.

Compte tenu des routes non pavées, inondées et pleines de nids de poule, qui mènent à la plupart des camps roms, et faute de ligne téléphonique, de nombreux résidents doivent attendre excessivement longtemps une aide médicale. Ces problèmes ont des conséquences disproportionnées sur les Roms, dont on estime qu'ils sollicitent les services d'urgence plus fréquemment et pour des cas moins graves que les autres sous-groupes de la société. Si l'on peut prouver cela, alors la négligence de ces problèmes pourrait être assimilée à de la discrimination indirecte.

En fait, le mauvais accueil réservé aux Roms en quête de soins médicaux routiniers explique peut-être qu'ils sollicitent « excessivement » les services d'urgence<sup>209</sup>. Une autre explication réside peut-être dans leur éloignement des centres de soins, qui les empêche de bénéficier des services traditionnels faute de moyens de transport ou de ressources financières suffisantes. Pour

---

<sup>207</sup> « Le droit au traitement suppose la mise en place d'un système de soins médicaux d'urgence en cas d'accidents, d'épidémies et de risques sanitaires analogues. » Voir Observation générale n° 14 du CDESC, *supra*, note 3, paragraphe 16.

<sup>208</sup> « Human Rights Report on the Situation of Roma in Moldava nad Bodvou », mars 2001, annexe D dans « Human Rights Report on Situation of Roma in Eastern Slovakia, 2000-2001 », *supra*, note 185.

<sup>209</sup> Voir, p.ex., « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19 p. 41.

les Roms dans ces situations, les services d'urgence restent leur unique source de conseil médical.

A cause de cette perception d'usage abusif, les intervenants de santé, individuellement, ou les services sanitaires, répugnent à porter assistance aux Roms, en refusant de leur prodiguer des soins, ou en les prodiguant avec lenteur. D'une manière générale, les Roms se plaignent de devoir appeler plusieurs fois pour obtenir une ambulance, parce que l'opérateur ne prend pas l'urgence au sérieux ou estime avoir affaire à une blague, lorsque la communauté a déjà lancé des appels de ce type<sup>210</sup>. Les femmes sinti à Stein, aux Pays-Bas, par exemple, ne pensent pas que les ambulances soient susceptibles de répondre aux appels venant de leur camp, à cause de leur appartenance ethnique. Bien qu'elles ne savent généralement pas conduire, elles se sentent obligées de le faire pour se rendre dans les services d'urgence. Ce manque de confiance dans les services d'urgence les mènent à se mettre elles-mêmes en danger ainsi que les autres usagers des routes<sup>211</sup>.

Leur dénier de la sorte l'accès aux services d'urgence pénalise les Roms à double titre : d'abord en raison de leur appartenance raciale ou ethnique et, ensuite, parce qu'ils sont victimes de discrimination en situation de premiers soins. S'il est raisonnable de vérifier l'urgence d'une situation, répéter cette démarche à plusieurs reprises est excessif et contraire au principe de disponibilité des services d'urgence. Une législation anti-discrimination incluant dans sa sphère de compétences la fourniture de soins d'urgence et des sanctions effectives, pourrait contribuer à éviter de telles situations.

L'accès aux soins d'urgence, pour les Roms, serait parfois conditionné à des paiements ou à d'autres garanties qui ne sont pas exigées des populations majoritaires. Les agents chargés de diriger les ambulances vers le camp rom à Hermanovice, en Slovaquie, demanderaient si le patient est rom et exigeraient, pour envoyer les véhicules, les numéros d'identification des travailleurs sociaux non roms souvent présents dans la communauté<sup>212</sup>. Dans d'autres cas, les Roms sont contraints de payer des suppléments pour bénéficier des services d'urgence ; ils se voient parfois refuser le transport lorsqu'ils ne peuvent payer immédiatement<sup>213</sup>. Les communautés dans l'incapacité d'accéder au système de santé régulier doivent s'acquitter de « dons » contraints aux services d'urgence ; ces pratiques bloquent leur accès à la plupart des aspects du système de santé, si ce n'est tous.

La crainte de se faire dévaliser ou agresser en se rendant dans une communauté spécifique – rom ou non – ressentie de manière générale ou, plus spécifiquement, par les personnels de santé amène aussi les services d'urgence à refuser d'intervenir et les médecins à refuser de se déplacer

---

<sup>210</sup> Entretiens, Szaflary, Pologne, 4 octobre ; Vidin, Bulgarie, 18 novembre ; Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre ; Strasbourg, France, 4 décembre ; Patras, Grèce, 13 novembre 2001.

<sup>211</sup> Entretiens, Stein, Pays-Bas, 10 octobre 2001.

<sup>212</sup> Entretiens, Hermanovice, Slovaquie, 2 octobre 2001.

<sup>213</sup> Entretiens, Hâncesti, Moldova, 18 septembre 2001.

en cas d'appels de nuit<sup>214</sup>. Dans ces situations, les autorités devraient prendre des mesures pour protéger les professionnels de la santé, plutôt que priver de soins des communautés entières. Il faudrait aussi faire en sorte de briser les stéréotypes des fournisseurs de service, au sujet de l'agressivité liée à l'ethnie.

Les conséquences médicales désastreuses de soins retardés ou refusés sont évidentes et ne se justifient en aucune manière. En outre, dénier aux Roms l'accès aux soins d'urgence risque de les priver de la seule surveillance médicale dont ils peuvent réellement bénéficier. Indubitablement, il faut éduquer les communautés roms au sujet des problèmes médicaux méritant des interventions d'urgence, et les sensibiliser au fait que les services d'urgence sont une denrée rare. Les médiateurs pourraient se charger de cette mission. Mais ces leçons resteront vaines si elles ne sont pas associées à des efforts, de la part des services de santé traditionnels, pour accueillir les Roms sans discrimination.

## **B. Améliorer l'accès des femmes roms à la santé**

Les obstacles à l'information et les problèmes d'accessibilité économique et physique à la santé, auxquels se heurtent les Roms, sont le résultat des effets combinés de plusieurs causes : la pauvreté et la discrimination, mais aussi la méconnaissance des communautés roms concernant les institutions gouvernementales en général et les services de santé en particulier, et vice-versa. Pour les femmes, ces difficultés sont aggravées par les attitudes et les pratiques de leurs communautés, qui détournent leur attention de leur propre santé. En conséquence de quoi, ces femmes vont avoir tendance à se méfier des établissements de soins, voire à renoncer à les solliciter. Elles peuvent aussi se montrer incapables de rompre avec des traditions « invisibles » qui les poussent à négliger leurs besoins en termes de santé<sup>215</sup>. L'amélioration de leur état de santé et de leur accès aux soins exige que les politiques et les services afférents reflètent leurs besoins et leurs intérêts.

### **1. L'accès aux soins préventifs et les attitudes des femmes roms à l'égard de la santé**

La discrimination systémique et systématique, les traitements dégradants et les difficultés à trouver un médecin traitant se combinent à divers facteurs socioculturels et psychologiques pour

---

<sup>214</sup> Entretiens, Nis, Serbie, 6 novembre ; Strasbourg, France, 4 décembre ; Toulouse, France, 11 décembre ; Belgrade, Serbie, 5 novembre ; Vilnius, Lituanie, 16 octobre ; Zefyri, Grèce, 12 novembre 2001.

<sup>215</sup> La définition de la santé, appliquée aux femmes, et les ressources qui lui sont allouées, ont été influencées par les perceptions sociales du statut et du rôle de la femme qui, de leur côté, sont influencées par la classe sociale, la caste et l'ethnie. De nombreuses femmes acceptent leur mauvaise santé comme si telle était leur destinée, en ignorant souvent des symptômes douloureux et débilitants parce que, dans leur culture, elles sont censées souffrir en silence ; ou parce que les tabous et les mythes les ont conduites à croire que leurs problèmes de santé découlent de quelque comportement reprochable de leur part ; ou simplement parce qu'elles n'ont pas d'autre alternative. WHO/FHE/95.9 – « La santé des femmes : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes ». Organisation mondiale de la santé, Genève, 1995, p. 1.

décourager les femmes roms de s'intéresser à leur santé et à rechercher les soins dont elles ont besoin. Par exemple, ces femmes répugnent souvent à s'adresser à un médecin tant que la douleur n'est pas intolérable<sup>216</sup>. De nombreux facteurs expliquent cette attitude, par exemple :

- le manque d'informations sur les possibilités de soins (du fait peut-être des barrières linguistiques<sup>217</sup>), auquel vient s'ajouter le fait que ces femmes présentent souvent plusieurs affections à des stades irréversibles<sup>218</sup> ;
- une mauvaise compréhension de l'intérêt des tests de dépistage ou de ce qui constitue un grave risque ou problème pour la santé ;
- la honte de demander de l'aide, notamment si cela exige de violer les traditions de pureté ou les codes de pudeur ;
- leur renonciation à des perspectives d'avenir personnelles, mais des préoccupations concernant l'éducation de leurs enfants<sup>219</sup> ;
- la négligence de leur bien-être personnel au profit des soins à leur famille et de l'entretien de leur foyer.

Pour ces raisons, et d'autres, beaucoup de femmes négligent les soins préventifs. En outre, elles estiment généralement que les services de santé ne sont pas faits pour elles. Pourtant, il faudrait qu'elles puissent y accéder, compte tenu de leurs conditions de vie, de leur état de santé souvent médiocre et de pratiques qui présentent des risques spécifiques pour leur santé. (Voir plus haut, L'état de santé des populations roms : un aperçu de la situation).

De plus en plus, les stratégies gouvernementales reconnaissent la relation entre les conditions de vie et l'état de santé. De leur côté, de nombreuses organisations gouvernementales ont entrepris de mobiliser l'attention des femmes roms sur leur santé et de leur donner les moyens d'agir pour l'améliorer, notamment grâce aux soins préventifs. De toute évidence, beaucoup de ces mesures exigent de ces femmes une prise de conscience et un certain degré d'autonomie, pour admettre que leur santé doit prendre le pas sur les besoins de la famille et de la communauté. Par exemple, un programme en faveur des femmes, conduit par l'*Asociación Secretariado General Gitano* à Madrid, les encourage certes à penser à la prévention, mais aussi à identifier et à exprimer leurs

---

<sup>216</sup> Voir, p.ex., « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, Section 5.a ; « *ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000* », *supra* note 19 p. 25.

<sup>217</sup> L'Assemblée parlementaire de l'OSCE a suggéré que les Etats européens dans lesquels vivent des communautés roms favorisent l'utilisation professionnelle du romani dans la prévention médicale et les soins, dans les conseils juridiques et d'autres domaines où l'usage de la langue maternelle optimise les effets de l'action entreprise. Bureau pour les institutions démocratiques et les droits de l'homme de l'OSCE, Implementation Meeting, Varsovie, 9-19 septembre 2002, Working Session 4 : Tolerance and Non-discrimination I (National minorities ; Roma and Sinti). Disponible à l'adresse suivante : [http://www.osce.org/odhr/documents/reports/hdim/hdim2002\\_fr.php3](http://www.osce.org/odhr/documents/reports/hdim/hdim2002_fr.php3)

<sup>218</sup> Voir « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, Section 4.b.

<sup>219</sup> Id.

besoins et leurs objectifs personnels<sup>220</sup>. A Ephyri, dans la banlieue d'Athènes, en Grèce, l'organisation Klimaka exploite la mobilisation des femmes roms pour la santé de leurs enfants en leur proposant des consultations gynécologiques assurées par une doctoresse à la sortie des consultations pédiatriques<sup>221</sup>. Chacun de ces programmes apporte aux femmes le capital personnel et culturel requis pour promouvoir leurs propres besoins en matière de santé.

## **2. L'accès aux soins de santé génésique et sexuelle**

Comme on l'a indiqué dans la Section I, B. Les normes juridiques ci-dessus, diverses conventions internationales, telles que le PIRDESC, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant, contiennent des dispositions qui protègent les droits de la femme à la santé sexuelle et en matière de procréation. Dans la pratique, cependant, la santé génésique fait souvent l'objet d'une définition étroite, en relation avec la grossesse et la maternité ; comparativement, peu de ressources sont affectées à la santé génésique des femmes tout au long du cycle de leur vie<sup>222</sup>. On observe généralement un empressement moindre à financer les services de planning familial destinés à aider les femmes à choisir le nombre d'enfants et l'intervalle entre les naissances qu'à promouvoir la sécurité de la maternité<sup>223</sup>. Dans le monde, le droit des femmes à une sexualité sûre et à l'autonomie dans toutes les décisions liées à leur sexualité est relativement négligé<sup>224</sup>. Ces tendances ont des retombées particulièrement néfastes sur les femmes dont les tentatives pour accéder à la santé en matière de sexualité et de procréation sont entravées par les effets combinés de la pauvreté, de la discrimination, mais aussi les obstacles à l'information et les problèmes d'accessibilité physique et économique.

### **a. L'accès aux soins de santé maternelle**

L'article 12 du PIRDESC énumère les mesures que doivent prendre les Etats parties en vue d'assurer le plein exercice du droit à la santé, y compris celles nécessaires pour assurer « la diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant<sup>225</sup>. Comme l'Observation générale sur le droit à la santé l'explique, cette disposition doit être comprise comme exigeant « des mesures pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la

---

<sup>220</sup> Voir « Guide de la santé pour les femmes gitanes » (« *Guía de salud paragr mujeres gitanas* »), Carmen Arbex Sánchez, Instituto de la Mujer y Asociación Secretariado General Gitano, Madrid, 2000.

<sup>221</sup> Entretiens, Zefyri, Grèce, 12 novembre 2001.

<sup>222</sup> « *Women of the World : Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives : East Central Europe* » Centre for Reproductive Law and Policy, *supra*, note 172, p. 183.

<sup>223</sup> Id.

<sup>224</sup> « Les droits de la personne, les femmes et le VIH/SIDA », Aide-mémoire n° 247, Organisation mondiale de la santé, juin 2000.

<sup>225</sup> PIRDESC, article 12 (2)(a).

planification de la famille, les soins pré et postnatals, les services d'obstétrique d'urgence ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information »<sup>226</sup>.

Pour des raisons complexes, beaucoup de femmes roms ne sont pas informées sur l'importance du suivi de la grossesse et sur la façon de prendre soin d'elles durant cette période<sup>227</sup>. Le Centre flamand pour les minorités rapporte que, en coopération avec le service officiel des soins préventifs pour enfants – *Kind en Gezin* –, il a constaté que les femmes roms venaient rarement pour des consultations prénatales, souvent parce qu'elles « croient plus en la chance » qu'en les services préventifs et parce que les pères, qui les amènent, ne voient pas l'intérêt de prendre du temps pour ces consultations<sup>228</sup>. Les traditions de pureté et d'autres coutumes peuvent dissuader les femmes de poser des questions sur la procréation, voire de demander des soins durant ou après leur grossesse<sup>229</sup>. Certaines femmes affirment que les médecins ne leur fournissent pas ces informations<sup>230</sup>. Il faudrait entreprendre des recherches pour déterminer les causes de ce manque de communication. Plus généralement, dans le but d'assurer un accès équitable à la santé, les établissements de soins devraient identifier les diverses causes qui s'opposent à la promotion de la santé des femmes, et prendre des dispositions raisonnables concernant la fourniture de ces services.

Les problèmes d'accès aux informations sur la santé génésique pourraient avoir un impact disproportionné sur les femmes roms, compte tenu du taux élevé de naissances avant l'âge de 18 ans dans certaines de leurs communautés. Les femmes qui enfantent avant 18 ans sont trois fois plus susceptibles de mourir en couche que leurs aînées<sup>231</sup>. On peut attribuer ce phénomène aux facteurs combinés de l'insuffisante maturité physique pour porter une grossesse et accoucher sans danger, et du manque de maturité psychologique et intellectuelle pour rechercher l'assistance nécessaire aux soins maternels et prénatals et postnatals<sup>232</sup>. L'âge du mariage et de la première grossesse est peut-être en train d'augmenter dans certaines communautés roms, avec la prise de conscience de l'importance de l'éducation et de l'indépendance économique pour l'éducation des

---

<sup>226</sup> CDESC Observation générale n° 14, *supra*, note 3, paragraphe 14.

<sup>227</sup> Voir, p.ex, « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, section 5.b.

<sup>228</sup> L'instance concernée gère ce problème grâce à des travailleurs de la santé qui rendent visite aux mères et aux pères, sur de longues périodes, afin de les encourager à venir aux consultations. Soumis par le Centre flamand pour les minorités, section des Voyageurs et des Tsiganes, à la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, dans le cadre du Projet sur l'accès des femmes roms aux soins de santé publique.

<sup>229</sup> Les questions de pureté et autres traditions peuvent se prolonger au-delà de la naissance : une femme peut par exemple refuser de voir quiconque durant les six semaines suivant l'accouchement. Cette pratique pose des problèmes aux dispensaires ou aux visiteuses sociales qui souhaitent assurer le suivi de la femme et de l'enfant. Entretiens, Budapest, Hongrie, 9 novembre 2001.

<sup>230</sup> Entretiens, Jarovnice, Slovaquie, 2 octobre ; Vilnius, Lituanie, 16 octobre ; Szaflary, Pologne ; 4 octobre Amsterdam, Pays-Bas, 11 octobre 2001.

<sup>231</sup> Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens, *et al.*, « *Advancing Safe Motherhood through Human Rights* », Organisation mondiale de la santé, 2001 (WHO/RHR/01.5) p. 54, faisant référence au « *Rapport sur le développement dans le monde en 1993 – Investir dans la santé* », Banque mondiale, Oxford University Press, New York, 1993, p. 84-117.

<sup>232</sup> *Id.*, p. 38.

enfants<sup>233</sup>. Pour soutenir cette tendance, il faudrait déployer des efforts d'envergure, systématiques, afin d'éduquer les jeunes femmes roms, leurs partenaires sexuels et leurs parents aux risques d'une grossesse précoce.

La Convention relative aux droits de l'enfant définit l'enfant comme tout être humain de moins de 18 ans<sup>234</sup>. En outre, elle stipule que « les Etats doivent s'efforcer de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès... aux services médicaux »<sup>235</sup>. L'interdépendance entre mère et enfant est reconnu dans l'article 24(2)(d), en vertu duquel les Etats conviennent de prendre des mesures « pour assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés<sup>236</sup> ». Assurer la non-discrimination sur la base de l'âge dans la réalisation des droits relatifs à la santé génésique exige des Etats qu'ils mettent sur pied des campagnes pour la promotion de la santé publique, et qu'ils fournissent des services spéciaux pour réduire la mortalité et la morbidité des jeunes femmes roms.

Les femmes roms se heurtent aussi à des barrières économiques sur le chemin de la santé. En vertu de la CEDEF, les Etats parties sont tenus de fournir aux femmes, durant la grossesse et pendant et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement<sup>237</sup>. Lorsque ces soins sont effectivement fournis gratuitement ou à un prix réduit aux femmes sans couverture maladie, force est de constater que se pose parfois le problème de la discrimination ethnique. Ainsi, bien que de tels soins soient prévus en Macédoine, on rapporte que les femmes roms de Skopje sont contraintes de payer et se voient parfois refuser des traitements urgents lorsqu'elles ne remplissent pas les conditions requises<sup>238</sup>. Il faudrait par conséquent exiger le suivi et l'application de cette disposition si l'on veut assurer aux femmes roms l'accès aux soins de santé maternelle sur une base non discriminatoire.

Dans certains cas, les ONG se sont mobilisées contre ces obstacles potentiellement discriminatoires à l'accès aux soins de santé maternelle. A Plovdiv, en Bulgarie, un centre local de soins et les services municipaux se sont associés à la Fondation sociale Stolipinovo pour promouvoir une approche holistique de la maternité et la prise en compte des femmes roms dans les services sociaux et sanitaires traditionnels ; c'est ainsi qu'a été organisé un atelier, destiné à 120 mères, sur les soins aux enfants, les conditions de vie et la gestion du budget familial<sup>239</sup>. Une telle initiative, de part sa dimension multisectorielle et émancipatrice, est susceptible de promouvoir l'autonomie des femmes dans les décisions quotidiennes relatives aux soins de santé et à leurs aspects connexes.

---

<sup>233</sup> Entretiens, Grenade, Espagne, 30 novembre ; Amsterdam, Pays-Bas, 11 octobre 2001.

<sup>234</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, article 1.

<sup>235</sup> Id., article 24(1), tel que cité dans Cook et Dickens, *supra*, note 232, p. 54.

<sup>236</sup> Id.

<sup>237</sup> CEDEF, article 12(2).

<sup>238</sup> Zoon, *supra*, note 14, p. 105.

<sup>239</sup> Entretiens, Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre 2001.

Au final, pourtant, il incombe à l'Etat d'assurer aux mères une maternité sans danger. Il faudra peut-être prévoir des adaptations des services réguliers pour garantir un accès égal aux femmes roms. Là encore, les médiateurs pourraient contribuer à l'atteinte de cet objectif. Ils pourraient être employés à conduire des actions d'éducation et de formation afin de réaffirmer que la sécurité de la maternité est un droit humain ; de négocier pour l'amélioration des services de santé maternelle et d'autres conditions favorables à la promotion de la santé maternelle et, enfin, de contrôler les conditions d'accès aux niveaux local et autres<sup>240</sup>.

### **b. L'accès à la planification familiale**

De nombreux facteurs se combinent pour entraver l'accès des femmes roms aux services de planification familiale. Néanmoins, l'article 12(1) de la CEDEF stipule que les Etats parties doivent prendre « toutes les mesures appropriées... pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille ». En vertu de l'article 16(e), les Etats parties doivent garantir les droits des femmes « de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits. » Des mesures spéciales semblent nécessaires pour assurer aux femmes roms des chances égales de bénéficier de ces droits.

Comme parmi les femmes de la majorité, il existe chez les femmes roms diverses opinions sur l'acceptabilité de l'utilisation de la contraception. Des préoccupations surgissent, devant les positions de ces dernières, probablement attribuables au manque d'informations, sachant que divers obstacles à la santé (évoqués ci-dessus) peuvent entraver l'accès à l'information sur les méthodes contraceptives, leur efficacité et leur disponibilité. Faute de pouvoir accéder régulièrement aux services de soins, les femmes risquent de devoir se contenter d'informations incomplètes qui les exposent au risque de grossesses non désirées ou à d'autres problèmes de santé. Les médecins de famille, notamment, sont les premiers vecteurs d'information en matière de planification familiale ; les femmes roms, compte tenu de consultations très irrégulières, sont particulièrement défavorisées. Dans la réalité, elles endurent souvent une discrimination non seulement ethnique mais aussi sexuelle.

Une information incomplète risque aussi d'amener les femmes roms à utiliser des méthodes contraceptives qui leur conviennent moins, sont moins accessibles ou peuvent présenter plus de risques que d'autres pour la santé. Certaines situations sont particulièrement préoccupantes, comme par exemple celles où les professionnels de la santé répugnent à informer les femmes en raison de préjugés ethniques. Le cliché selon lequel ces femmes ne pensent pas à l'avenir peut conduire certains intervenants de la santé à ne pas leur proposer d'informations relatives au planning familial. Ils peuvent aussi être tentés de ne leur donner des informations que sur certaines méthodes contraceptives, parce qu'ils les jugent incapables d'appliquer correctement toutes les méthodes existantes. Ils peuvent avoir tendance à les informer sans aucune sensibilité culturelle, par exemple en privilégiant les méthodes les moins facilement détectées par les

---

<sup>240</sup> Cook et Dickens, *supra*, note 232, p. 67.

partenaires, convaincus que si certaines femmes roms ont – comme dans les populations majoritaires – des difficultés à parler de contraception avec leurs maris, alors toutes sont dans ce cas. En agissant ainsi, les travailleurs de la santé se rendent complices non seulement du renforcement des clichés, mais aussi de l'inégalité entre les sexes.

Un autre problème se pose dans ce domaine en raison des craintes de stérilisation forcée, auxquelles les femmes roms sont très sensibles dans les régions où la pratique de campagnes de stérilisation est historiquement avérée ou colportée par la rumeur ainsi que dans les endroits où des cas individuels sont encore censés se produire, comme récemment en Slovaquie<sup>241</sup>. La Plateforme d'action de Beijing, élaborée lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue en 1995, affirme que le principe de la liberté du choix est essentiel au succès à long terme des programmes de planning familial et qu'aucune forme de coercition ne doit s'exercer<sup>242</sup>. Les organisateurs de campagnes de santé publique et les intervenants de la santé doivent être sensibilisés à la façon dont le planning familial est encouragé auprès des femmes roms, sachant que celles-ci peuvent avoir entendu parler de cas de coercition<sup>243</sup>.

Dans l'accès à la planification familiale, d'autres facteurs peuvent jouer un rôle déterminant, et notamment les diverses traditions religieuses, les pratiques de pureté et de préservation de l'honneur familial par une vigilance extrême à l'égard de la virginité des filles. Une fois de plus, l'adhésion à de telles traditions, et leurs conséquences sur l'action de communication relative à la planification familiale, varient énormément dans et selon les communautés. La popularité croissante de l'évangélisme et du pentecôtisme, dans certaines communautés roms de Finlande et de France, entre autres, se traduit par une pression sur les femmes afin qu'elles cachent leur volonté et les efforts qu'elles déploient pour accéder aux services de planification familiale et d'avortement<sup>244</sup>. Comme dans les communautés majoritaires, les traditions religieuses peuvent amener les parents et les chefs des communautés à refuser aux adolescentes l'accès aux services de planification familiale. De telles pratiques sont susceptibles d'accroître les risques pour la santé, dans la mesure où elles interdisent aux filles d'apprendre à reconnaître les signes d'alertes des problèmes génésiques, ou de s'informer sur les effets indésirables des diverses méthodes de contraception.

Le droit à la liberté et à la sûreté de la personne, tel qu'énoncé dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques<sup>245</sup>, peut s'appliquer pour exiger que des mesures positives soient prises en vue d'assurer le respect concernant la fourniture des services de santé génésique aux

---

<sup>241</sup> Voir Joanna Wells, « *Silent attack : a campaign of sterilization of Romani women* », Roma Rights n° 1, 2000, *supra*, note 45. Voir aussi « *Body and Soul ; Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia* », Centre for Reproductive Rights et Poradna pre občianske a ľudske práva en consultation avec Ina Zoon.

<sup>242</sup> Paragraphe 7.12, cité dans « *Considerations for formulating reproductive health laws* », Human Rights and Reproductive Self Determination, Part 1. 2000 – WHO/RHR/00.1, disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_00\\_1/RHR\\_00\\_1\\_Chapter3part1.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_1/RHR_00_1_Chapter3part1.html)

<sup>243</sup> L'Association bulgare pour la planification familiale et la santé sexuelle dispose de trois centres dans des quartiers roms ; il lui est souvent difficile de convaincre les femmes roms de s'y rendre, car elles ont peur de la stérilisation ; Entretiens, Sofia, Bulgarie, 20 novembre 2001.

<sup>244</sup> Entretiens, Talence, France, 11 décembre ; Helsinki, Finlande, 20 octobre 2001.

<sup>245</sup> PIRDGP, article 9(1) : « Tout individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne [...] Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs, et conformément à la procédure, prévus par la loi. »

femmes particulièrement à risque<sup>246</sup> ; parmi elles, on trouve des adolescentes enceintes sans être mariées, des cas de grossesses extra-maritales et d'avortements incomplets. Ces situations infamantes empêchent ces femmes de s'adresser aux services de santé génésique, par crainte de ne pouvoir préserver leur anonymat<sup>247</sup>. Il faudrait par conséquent envisager des mesures pour assurer le respect de la confidentialité lors des consultations de planning familial, mais aussi prévoir la formation des personnels de santé qui travaillent avec ces groupes à risque. L'Association des femmes roms de Kovial, Serbie, est une ONG qui tente de venir en aide aux jeunes femmes roms. Elle propose des ateliers hebdomadaires aux femmes de 13 à 22 ans qui répugnent parfois à consulter les services gynécologiques traditionnels. Elle fournit en outre des informations sanitaires et offre la possibilité de consulter, en toute confidentialité, un pédiatre et un conseiller en matière de procréation sensibilisés à leur culture<sup>248</sup>.

Même en possession d'informations sur la planification familiale, ces femmes sont confrontées à la difficulté d'accès, aux plans physique et économique, à ces services. En Europe centrale et orientale, notamment, les services de planification familiale sont restreints en termes de disponibilité et d'accessibilité<sup>249</sup>. Les femmes qui vivent dans des communautés isolées ou sur des sites de halte n'ont généralement pas accès à un dispensaire offrant des services de planification familiale, du fait de la distance, du coût du transport et des stigmates associés au lieu<sup>250</sup>. Il faudrait mener des recherches pour identifier si tous les services de santé génésique, compte tenu aussi de leur diversité, de leur situation géographique et de leur coût, sont accessibles aux communautés roms dans des conditions d'égalité.

Les obstacles à l'information, mais aussi les problèmes d'accessibilité physique et économique, qui empêchent les femmes roms de bénéficier des services de planification familiale, se traduisent par un taux élevé d'interruption de grossesse, souvent perçue comme la seule méthode réaliste de contrôle des naissances<sup>251</sup>. L'avortement reste un moyen répandu et nécessaire pour les femmes désireuses d'affirmer leur autonomie en matière de procréation. Le Comité de la CEDEF a fait observer que « le grand nombre de couples qui souhaiteraient avoir moins d'enfants mais qui n'ont pas accès à la contraception ou n'y ont pas recours montre bien que tous les États parties ne s'acquittent pas de leur obligation d'assurer aux femmes l'accès aux soins de

---

<sup>246</sup> Cook et Dickens, *supra*, note 232, p. 31.

<sup>247</sup> Id.

<sup>248</sup> Entretiens, Kovil, Serbie, 5 novembre 2001.

<sup>249</sup> Dans les pays d'Europe centrale et orientale, les taux d'avortement par femme sont les plus élevés au monde. Ces taux reflètent le manque d'accès des femmes à des méthodes modernes de planification de la famille. Depuis 1989, peu de progrès ont été réalisés pour l'accès aux méthodes contraceptives modernes. La plupart des contraceptifs sont encore importés. Beaucoup de pays de la région ne disposent pas des infrastructures qui leur permettraient de distribuer efficacement les contraceptifs, notamment dans les zones rurales. » East Central Europe Abortion Laws and Policies in Brief », Centre for Reproductive Law and Policy, New York, New York, août 2000.

<sup>250</sup> Entretiens, Mizil, Roumanie, 14 septembre ; Vilnius, Lituanie, 16 octobre ; Toulouse, France, 11 décembre 2001.

<sup>251</sup> Voir, p.ex., « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, section 5.b.

santé »<sup>252</sup>. Par conséquent, le Comité a exhorté les Etats à assurer que les femmes ne sont pas contraintes de recourir à des moyens médicaux risqués, comme l'avortement illégal, à cause du manque de services appropriés pour le contrôle de la fertilité<sup>253</sup>. Etant donné le coût élevé de la contraception, les taux d'avortement et le faible niveau d'éducation en matière de planification familiale, en Hongrie, le Comité de la CEDEF a demandé au gouvernement de proposer des programmes d'éducation sexuelle à tous les jeunes gens et de subventionner les contraceptifs, dans le but de promouvoir l'action de planification familiale et de réduire le nombre des interruptions de grossesse<sup>254</sup>. Les mêmes recommandations pourraient être adressées à tous les Etats avec des populations roms importantes et marginalisées.

### **c. L'accès aux soins de santé sexuelle**

La Plate-forme d'action de Beijing réaffirme la définition de la santé génésique développée lors de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement, tenue en 1994<sup>255</sup>, tout en introduisant la notion plus large de santé sexuelle. La Plate-forme stipule de façon explicite que :

Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le

---

<sup>252</sup> Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 24 : Les femmes et la santé, paragraphe 17, cité dans Cook et Dickens, *supra*, note 232, p. 52.

<sup>253</sup> Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 19 : La violence à l'égard des femmes, adoptée lors de la onzième session, juin 1992, paragraphe 24(m).

<sup>254</sup> Cité dans « *Considerations for formulating reproductive health laws* », Enforcement of Legal Standards and Human Rights Obligations, Part II : International Enforcement, *supra*, note 243.

<sup>255</sup> « Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et elle est libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), 5-13 septembre 1994, Le Caire, Egypte, Chapitre VII, Section A. Droits et santé en matière de reproduction, Principes d'action, paragraphe 7.2.

consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences<sup>256</sup>.

L'un des facteurs essentiels pour améliorer l'accès des femmes roms aux soins de santé sexuelle est l'accès à l'information sur les maladies sexuellement transmissibles (MST), notamment sur le VIH/SIDA, et aux traitements correspondants.

Généralement, les Roms sont assez mal informés sur les traitements des MST et du VIH/sida. Ils sont en outre souvent peu conscients des symptômes de ces maladies et du fait que les préservatifs ou d'autres méthodes peuvent empêcher leur transmission, voire que le sida est sexuellement transmissible. Une étude conduite dans deux communautés en Roumanie – une urbaine et l'autre rurale – a montré que 28% de leurs populations seulement étaient en possession d'informations exactes sur le VIH/sida. Cette réalité s'expliquait principalement par le faible niveau d'instruction et de scolarisation : seulement 57 % des personnes concernées avaient terminé leur scolarité primaire<sup>257</sup>. Il semble en outre qu'un accès irrégulier aux soins exacerbe les lacunes éducatives.

Les informations sur les MST, dont le VIH/sida, intéressent tout particulièrement les femmes. Elles sont en effet généralement plus sensibles aux MST que les hommes, et les conséquences de ces affections sont plus graves dans leur cas. De nombreuses MST, asymptomatiques chez les femmes, ne sont par conséquent pas traitées ; leur présence constitue un facteur de risque supplémentaire d'infection par le VIH ; les femmes sont aussi quatre fois plus vulnérables aux infections par le VIH (et les jeunes femmes plus encore)<sup>258</sup>. Il faudrait poursuivre les recherches afin d'établir si le manque d'informations sur les MST et le VIH, chez les Roms, est la conséquence de campagnes de santé publique ou de travailleurs de la santé qui négligent leurs communautés ou ne parviennent pas à les atteindre.

L'inégalité des relations entre les sexes peut aussi entraver l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et génésique. Ces relations, que ce soit au sein des communautés ou dans les couples, sont dynamiques et complexes et autorisent quelques généralisations. Ainsi, les rôles attribués de façon rigide aux deux sexes, dont la subordination des femmes aux hommes dans tous les aspects de la vie quotidienne, sont caractéristiques de la plupart des communautés roms<sup>259</sup>. Dans ce contexte, il est peu probable que les femmes soient autorisées à choisir quand, avec qui et avec quelle protection, le cas échéant, avoir des relations sexuelles<sup>260</sup>. Un nombre significatif de ces femmes ne peuvent suggérer à leurs partenaires d'utiliser des préservatifs, car cela pourrait être interprété comme un aveu d'infidélité, ou comme un refus de porter des enfants selon le nombre

---

<sup>256</sup> Plate-forme d'action, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing, 1995, paragraphe 96, cité dans « Considerations for formulating reproductive health laws, Challenges to Sexual and Reproductive Health », *supra*, note 243.

<sup>257</sup> « HIV/AIDS Situation and Response Analysis, Romania, 1999 », *supra*, note 46.

<sup>258</sup> « Women and HIV/AIDS » Fact sheet 242, juin 2000, Organisation mondiale de la santé.

<sup>259</sup> Voir p.ex. « Women's Rights », in Roma Rights n° 1, 2000, *supra*, note 45 ; Etudes Tsiganes : « Femmes Tsiganes », Paris, Vol. 10, Second semestre, 1997 ; « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 19.

<sup>260</sup> « Human Rights, Women, and HIV/AIDS », *supra*, note 225.

et l'espace désirés par leur mari. D'autre part, le refus de relations sexuelles peut être vu comme le signe d'une « tromperie » avec un autre partenaire. En outre, un nombre significatif de femmes roms ne se sentent pas libres de choisir la méthode et le moment d'une contraception. Pourtant, indubitablement, quelques-unes sont les égales de leurs maris concernant ces décisions. D'autres se sentent plus à l'aise pour aborder la question après avoir donné naissance à un enfant ou avoir subi un avortement<sup>261</sup>. A l'extrême inverse, les hommes sont parfois perçus comme les « maîtres des ventres [de leurs femmes] »<sup>262</sup>, susceptibles d'en abuser ou de les couvrir de honte si elles utilisent un moyen de contraception sans leur accord. Une conséquence de ces relations est un renforcement des préjugés autour de la quête de soins en cas de MST ou de VIH. Les femmes tendent à ne pas rechercher d'attention médicale par crainte de la violence, de l'abandon, de la négligence (de leur santé et des besoins matériels), de la destitution ou de l'ostracisme de leur partenaire sexuel, de leur famille et de leur communauté<sup>263</sup>.

Les adolescents roms peuvent être particulièrement affectés par les traditions et par les rôles attribués à l'homme et à la femme qui font obstacle à l'accès à l'information sur la santé sexuelle. D'une manière générale, l'ignorance autour des MST et du VIH est largement répandue chez les adolescents et les jeunes – les groupes mêmes susceptibles d'être les plus actifs sexuellement et qui dont l'accès aux services de prévention des MST est limité<sup>264</sup>. Les jeunes filles roms, dont les familles ou les communautés adhèrent à des traditions qui associent la virginité des filles à l'honneur familial, et qui délèguent la responsabilité de l'éducation sexuelle à la belle-mère ou à la sœur du mari, rencontrent des difficultés d'accès à l'information plus grandes encore. Etant donné la stigmatisation de la non-hétérosexualité dans de nombreuses communautés roms<sup>265</sup>, les jeunes et les adultes cherchant à s'informer sur les orientations sexuelles différentes rencontrent les mêmes problèmes<sup>266</sup>. Il peut ainsi être difficile de s'informer sur les questions relatives à la santé sexuelle et génésique concernant les femmes bisexuelles ou lesbiennes.

La Recommandation générale de la CEDEF sur les femmes et la santé exhorte les pays à garantir le droit des adolescentes et des adolescents à une éducation en matière d'hygiène sexuelle et de santé génésique, dispensée par du personnel convenablement formé, sous forme de programmes spécifiques qui respectent leurs droits à la vie privée et à la confidentialité<sup>267</sup>. Assurer que de tels services sont accessibles aux jeunes Roms de façon non discriminatoire devrait impliquer d'identifier les traditions et la dynamique des genres au sein des communautés locales, de sorte à développer des programmes susceptibles de les atteindre.

---

<sup>261</sup> Entretien, Zefyri, Grèce, 12 novembre ; Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre 2001.

<sup>262</sup> Entretien, Stein, Pays-Bas, 10 octobre 2001.

<sup>263</sup> « *Human Rights, Women, and HIV/AIDS* », *supra*, note 225.

<sup>264</sup> « *The public health approach to STD control* », UNAIDS Technical Update, mai 1998, p. 5.

<sup>265</sup> Voir p. ex. « *Everything we don't want to hear!* », Notebook, Roma Rights n° 1 ; 2000, *supra*, note 45.

<sup>266</sup> La Fondation pour la promotion des jeunes Roms, dans le quartier de Fakulteta à Sofia, Bulgarie, a organisé au printemps 2002 un séminaire pour les jeunes Roms homosexuels, afin d'évoquer les difficultés sociales qu'ils rencontrent du fait de leur orientation sexuelle. Correspondance, Fondation pour la promotion des jeunes Roms, 28 août 2002.

<sup>267</sup> Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 24 : Les femmes et la santé, adoptée lors de la vingtième session, 1999, article 18.

Des initiatives, lancées en coopération avec les gouvernements, ont commencé à aborder ces questions. Le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé propose que les infirmiers scolaires assurent l'interface entre les jeunes Roms et les enseignants sur les questions de sexualité<sup>268</sup>. En Hongrie, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, en coopération avec le ministère de la Santé et le Bureau des minorités du Premier ministre, a organisé un projet d'éducation par les pairs destiné aux adolescents roms non scolarisés. De jeunes Roms du secondaire ont été formés à la collecte de données sur la consommation de tabac et d'alcool, mais aussi sur l'acceptation de soi et la santé sexuelle de leurs pairs, dans l'objectif d'améliorer leurs connaissances sur les services de santé et l'accès à ces services<sup>269</sup>. Ces jeunes devraient venir former la colonne vertébrale d'un système d'éducateurs pairs issus des communautés roms, en Hongrie.

Les ONG ont également abordé les besoins d'information des adolescents roms de diverses façons. L'ONG *Romano Missio*, à Helsinki en Finlande, développe des programmes éducatifs sur la santé pour les adolescentes, afin de leur offrir la possibilité de poser des questions à des femmes roms ou finlandaises, qu'elles ne pourraient poser à leurs mères, pour diverses raisons<sup>270</sup>. Dans le quartier de Fakulteta à Sofia, Bulgarie, la Fondation pour la promotion des jeunes Roms a organisé des discussions sur la prévention des MST et du VIH/sida. Diverses questions ont pu être abordées, telles que l'importance de connaître son corps et la contraception, notamment dans le contexte de traditions changeantes, concernant le mariage, qui autorisent les jeunes à avoir des relations sexuelles avant d'être mariés<sup>271</sup>. A Belgrade, le Centre pour l'autonomie des femmes a traduit l'ouvrage novateur sur la santé des femmes « *Our Bodies, Our Selves : A Book By and For Women* » (Nos corps et nous : un livre par et pour les femmes<sup>272</sup>) en serbe<sup>273</sup>. Il faudrait donner la priorité à de tels programmes et ressources, afin d'aider les adolescents, les filles en particulier, à se procurer des informations et une assistance en matière de santé sexuelle.

Pour améliorer l'accès à la santé, les Etats pourraient envisager d'adopter, entre autres, l'approche prônée par le programme de santé publique de l'ONU contre le sida, l'ONUSIDA. Il s'agit de promouvoir des relations sexuelles protégées et l'emploi de préservatifs, mais aussi des comportements globalement en faveur de la santé publique et l'intégration d'un contrôle (adapté à la réalité culturelle) des MST dans les services de soins<sup>274</sup>. Pour les femmes roms, la fourniture d'informations et de services devrait être associée à des possibilités d'éducation et d'emploi qui

---

<sup>268</sup> « *Strategies of the Policy on Roma* », Ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, Reports 2000 :8 (anglais) p. 89.

<sup>269</sup> « *Training for gypsy peer educators* », un projet OMS/MTP, *supra*, note 30.

<sup>270</sup> Entretiens, Helsinki, Finlande, 19 octobre 2001.

<sup>271</sup> Correspondance, Fondation pour la promotion des jeunes Roms, 28 août 2002.

<sup>272</sup> « *Our Bodies, Ourselves : A Book By and For Women* », Boston Women's Health Book Collective.

Informations sur les traductions et adaptations de cette ouvrage à l'adresse suivante : :  
<http://www.ourbodiesourselves.org/adapt.htm>.

<sup>273</sup> Entretiens, Belgrade, Serbie, 5 novembre 2001.

<sup>274</sup> « *The public health approach to STD control* », *supra*, note 265.

leur permettent d'être maîtresses de leurs relations sexuelles et d'autres aspects de leur vie<sup>275</sup>. Il faudrait aussi prévoir des interventions visant spécifiquement les hommes, dont la participation et la prise de responsabilités sont cruciales si l'on veut protéger la santé des femmes<sup>276</sup>. (La plupart des médiateurs roms sont des femmes ; il faudrait envisager la possibilité de former les hommes sur les questions de sexualité et de genre. Par exemple, la Fondation pour la promotion de la jeunesse rom a engagé des jeunes gens Roms en tant qu'éducateurs pairs chargés d'intervenir sur les questions de contraception et de MST<sup>277</sup>. Il faudrait multiplier les recherches afin d'identifier les éléments qui font la réussite de tels programmes et explorer les possibilités de coopération entre gouvernements et ONG.

Les médiateurs de la santé pourraient contribuer de diverses manières à la prévention et au contrôle des MST/VIH. Ils pourraient mettre sur pied des approches créatives pour éduquer les membres des communautés roms aux dangers de relations sexuelles non protégées, aux symptômes et aux traitements des MST/VIH. Ils pourraient aussi encourager les adultes des deux sexes à s'engager dans un dialogue sur les vertus de la virginité et sur le droit de chacun à l'autonomie et à la liberté de choix dans toutes les décisions relatives à la sexualité<sup>278</sup>. Pour améliorer l'accès des adolescents aux soins de santé sexuelle, les médiateurs pourraient expliquer aux parents l'importance des informations s'agissant de conférer aux jeunes filles la responsabilité et la capacité de prendre des décisions respectueuses de leur santé.

### **3. La violence familiale et les femmes roms**

Le Comité directeur pour l'égalité entre les femmes et les hommes définit la violence à l'égard des femmes, et ses conséquences, en ces termes :

« ...toutes les formes de contraintes et les moyens d'intimider, punir, maintenir dans des rôles stéréotypés liés au sexe, d'ébranler son amour-propre ou sa personnalité, de diminuer ses capacités physiques ou intellectuelles. » Comprenant la violence physique, sexuelle et psychologique, elle menace les droits fondamentaux, la liberté individuelle et l'intégrité physique des victimes<sup>279</sup>. »

Par définition, la violence affecte négativement la santé des femmes, et par conséquent, viole leur droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, tel qu'énoncé par l'article 12 du PIRDESC. La violence a notamment un impact négatif direct sur plusieurs aspects de la santé des femmes, dont la maternité, la planification familiale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Plus généralement, la violence est

---

<sup>275</sup> « *Women and HIV/AIDS* », *supra*, note 259, p. 2.

<sup>276</sup> *Id.*, p. 4.

<sup>277</sup> Correspondance, Fondation pour la promotion des jeunes Roms, 28 août 2002.

<sup>278</sup> « *Human Rights, Women, and HIV/AIDS* », *supra*, note 225, pp. 1-2.

<sup>279</sup> « Eliminer la violence familiale : quelles actions, quelles mesures ? » Acte du Forum, Bucarest (Roumanie) 26-28 novembre 1998, Conseil de l'Europe, EG/BUC(99)1, p. 92.

responsable de souffrances extrêmes et de graves conséquences sur la santé, qu'il s'agisse de blessures physiques, de problèmes mentaux, d'accidents ou de suicides<sup>280</sup>. En conséquence, la violence sape le potentiel d'épanouissement personnel et de contribution des victimes à la communauté et à la société au sens large<sup>281</sup>.

Pour toutes les femmes, la violence a des conséquences immenses en termes de santé. Pour les femmes roms, confrontées à de nombreux obstacles les empêchant d'accéder aux soins, de se protéger contre la violence ou de chercher secours, ces conséquences peuvent être particulièrement graves. Aussi, pour celles-ci, le besoin de faire sortir du contexte familial clos le phénomène de la violence (à l'égard des femmes<sup>282</sup>) est-il particulièrement urgent.

Les causes de violence à l'égard des femmes roms sont complexes et diverses, selon les communautés qui en sont le théâtre. Néanmoins, il est possible de les rattacher au fait que les femmes ne se conforment pas aux rôles traditionnels qui leur sont attribués par leur partenaire ou leur communauté. Les conditions de vie, médiocres et stressantes, ont aussi leur responsabilité. Les comportements qui remettent en cause les conceptions traditionnelles de l'autorité des hommes et de la soumission des femmes à leur partenaire et de leur sacrifice à celui-ci et à leur famille<sup>283</sup> figurent parmi les motifs souvent avancés pour justifier la violence conjugale, que la femme ait contredit son mari, refusé de lui obéir, juré ou qu'elle ne parvienne pas à avoir d'enfant, se refuse sexuellement ou ne se comporte pas comme le voudrait son petit-ami ou son père<sup>284</sup>. Pour ce qui est des conditions de vie, les femmes roms expliquent la colère et les frustrations des hommes, et la violence qui en découle, par les soucis financiers, le chômage, les craintes pour l'avenir, la sédentarité contrainte, le manque de nourriture et l'abus d'alcool<sup>285</sup>.

Les études ont démontré qu'une femme enfermée dans des traditions patriarcales pouvait trouver normal de subir des actes de violence en réaction à son refus de se plier à ses rôles d'épouse, de mère et de femme<sup>286</sup>. Le fait qu'elle dépende économiquement de son partenaire et ses liens avec sa communauté peuvent l'empêcher de se révolter contre les abus dont elle est victime<sup>287</sup>. Le fait

---

<sup>280</sup> « *Violence Against Women : A Priority Issue* », Violence Against Women Information Pack, Organisation mondiale de la santé, p. 4. Voir aussi pp. 12-15. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/vaw/infopack.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.html)

<sup>281</sup> Id., p. 15.

<sup>282</sup> Synthèse, Campagne européenne de sensibilisation contre la violence à l'égard des femmes, Commission européenne. [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/equ\\_opp/violence\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/violence_en.html). Décision n° 293/2000/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 janvier 2000, adoptant un programme d'action communautaire (programme Daphné) (2000-2003) relatif à des mesures préventives pour lutter contre la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes.

<sup>283</sup> « Eliminer la violence familiale : quelles actions, quelles mesures ? », *supra*, note 280, p. 85.

<sup>284</sup> Entretiens, Paris, France, 10 décembre ; Dublin, Irlande, 6 décembre ; Stein, Pays-Bas, 10 octobre ; Chisinau, Moldova, 18 septembre ; Nis, Serbie, 6 novembre ; Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre ; Vidin, Bulgarie, 18 novembre 2001.

<sup>285</sup> Entretiens, Toulouse, France, 11 décembre ; Ploiesti, Roumanie, 14 septembre ; Sofia, Bulgarie, 19 novembre ; Chisinau, Moldova, 18 septembre 2001.

<sup>286</sup> « Eliminer la violence familiale : quelles actions, quelles mesures ? », *supra*, note 280, p. 85.

<sup>287</sup> « La dépendance économique oblige grand nombre de femmes à vivre dans des situations de violence. Les hommes qui ne s'acquittent plus de leurs responsabilités familiales peuvent aussi exercer de cette façon une

qu'elles ne connaissent pas d'exemples de relations maritale se passant autrement peut amener les femmes à croire qu'être battues est un signe d'amour ou d'affection. De nombreux entretiens que nous avons eus avec des femmes roms corroborent cette hypothèse<sup>288</sup>.

Parmi les autres facteurs qui entretiennent le silence autour de la violence à l'égard des femmes roms, il faut citer le faible niveau de conscience des droits associés à la liberté vis-à-vis de la violence, ainsi que le manque d'autonomie pour concrétiser cette conscience ; cela est particulièrement vrai pour les femmes possédant un faible niveau d'instruction. En conséquence, les causes profondes de la violence ne sont pas traitées ; seuls les symptômes le sont, et encore. Certaines femmes racontent que la réaction typique des familles ou de la communauté est de se demander si les raisons qu'un homme a eues de battre sa femme étaient justifiées et non s'il avait le droit de la battre<sup>289</sup>. Quand les femmes roms sont conscientes de ces notions, la volonté de préserver l'honneur de la famille ou le désir de maintenir des relations harmonieuses entre la famille et la communauté les empêchent de rechercher de l'aide. Comme les femmes des autres groupes de population, elles peuvent refuser d'intervenir au nom d'une voisine victime de violences familiales ou retirer une plainte déposée auprès des autorités, dans le but d'éviter les tensions<sup>290</sup>.

Le manque de ressources, notamment de structures de conseil ou d'accueil, peut contribuer à renforcer le silence des femmes roms autour de la violence familiale, comme d'ailleurs dans le cas des autres femmes. Par conséquent, il faudrait conduire des recherches afin de déterminer si les services en place sont accessibles aux femmes dans des conditions égales. En Irlande, la National Traveller Health Strategy (Stratégie irlandaise pour la santé des gens du voyage) prévoit de contrôler l'accès aux foyers, afin de garantir que les femmes des communautés des gens du voyage n'ont pas été exclues et que leurs besoins spécifiques sont pris en compte<sup>291</sup>. De plus, tout projet de recherche entrepris sur la question de la violence à l'égard des femmes devra s'intéresser aux communautés nomades<sup>292</sup>. D'autres Etats pourraient envisager d'intégrer de telles mesures dans leurs stratégies en faveur des Roms.

Dans beaucoup de communautés roms, comme dans d'autres, la violence familiale est gérée par les membres de la communauté : les membres de la famille, les voisins, les aînés ou un juge de la communauté ; les autorités publiques sont rarement sollicitées. Dans les cas où elles le sont, certaines femmes peuvent faire état, dans leur plainte, de ce qui pourrait constituer des traitements discriminatoires. Mais, parfois, les autorités répugnent à arrêter le coupable, pensant que dans la mesure où certaines femmes roms ont tendance à retirer leurs plaintes (comme les

---

forme de violence ou de contrainte. Cette violence met la santé des femmes en péril et compromet leur capacité de participer à la vie familiale et à la vie publique sur un pied d'égalité. » Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 19, *supra*, note 254, paragraphe 23.

<sup>288</sup> Entretiens, Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre ; Nis, Serbie, 6 novembre ; Ploiesti, Roumanie, 14 septembre ; Vilnius, Lituanie, 16 octobre ; Chisinau, Moldova, 18 septembre ; Zefyri, Grèce, 12 novembre 2001.

<sup>289</sup> Entretiens, Chisinau, Moldova, 18 septembre ; Zefyri, Grèce, 12 novembre 2001.

<sup>290</sup> Entretiens, Strasbourg, France, 4 décembre ; Toulouse, France, 11 décembre ; Chisinau, Moldova, 18 septembre ; Niš, Serbie, 6 novembre 2001.

<sup>291</sup> Traveller Health – A National Strategy 2000-2005, Ministère irlandais de la Santé et de l'Enfance, 2002, point 36.

<sup>292</sup> Id., point 38.

femmes de la majorité), toutes font de même<sup>293</sup>. En Irlande, le *National Traveller Women's Forum* (Forum national des femmes de la communauté des gens du voyage) s'est dit préoccupé par le comportement des forces de police, qui profitent souvent des appels lancés par les communautés des gens du voyage pour enquêter sur des agissements illégaux ou des véhicules non immatriculés<sup>294</sup>. Dans une communauté rom de Roumanie, les femmes ont exprimé leur crainte que le dépôt de plainte débouche soit sur une amende, infligée à la fois à la femme et à l'homme coupables de perturber l'ordre public, soit sur leur expulsion, faute de pouvoir présenter la preuve d'un contrat de location ou de domicile permanent<sup>295</sup>. De telles pratiques, qui constituent une discrimination fondée sur l'appartenance ethnique mais aussi sur le sexe, devraient faire l'objet d'enquêtes. Parce qu'elles amènent la communauté à ressentir les visites de la police comme une menace, ces pratiques risquent d'avoir des conséquences dangereuses sur les femmes qui sollicitent ses services.

En dépit des difficultés décrites ci-dessus, les femmes roms tentent de réagir aux rôles rigides attribués à chacun des sexes et à leurs conséquences néfastes sur leur santé. Dans le même temps, des organisations travaillant pour ces femmes luttent concrètement contre la violence familiale dont les femmes sont victimes. A Dublin en Irlande, *Pavee Point* a entrepris de former des femmes des communautés des gens du voyage, afin qu'elles puissent intervenir dans les foyers et les situations de crise, et travailler avec les hommes de leurs communautés à l'éradication de la violence familiale<sup>296</sup>. En Angleterre, le *Community Health Sheffield Trust* (Fondation communautaire pour la santé) a produit, en coopération avec les inspecteurs des services de la santé, une brochure présentant les spécificités de la culture et des coutumes tziganes et nomades, afin d'aider le personnel qui soutient les femmes et les enfants victimes de la violence familiale<sup>297</sup>. La brochure aborde quelques-unes des difficultés rencontrées par les femmes dans ces communautés très unies, ainsi que les problèmes susceptibles de se poser, dans les refuges, entre les femmes de la communauté des gens du voyage et les autres. Des médecins de Mizil, en Roumanie, ont tenté de procéder à des échanges de formation et d'information concernant les réponses apportées à la violence familiale par leurs collègues, ailleurs en Roumanie et à l'étranger<sup>298</sup>.

Quels que soient les efforts déployés par la société civile, l'Etat détient l'ultime responsabilité de prévenir les violations des droits, d'instruire les affaires de violence, et de punir ou de proposer des dédommagements<sup>299</sup>. Ces obligations, prévues par la CEDEF, s'étendent aux acteurs privés<sup>300</sup>. Néanmoins, lorsque les Etats ne remplissent pas cette mission, ils devraient faire en

---

<sup>293</sup> Entretiens, Nis, Serbie, 6 novembre ; Ferenesti, Roumanie, 14 septembre ; Chisinau, Moldova, 18 septembre 2001.

<sup>294</sup> Entretiens, Dublin, Irlande, 6 décembre 2001.

<sup>295</sup> Entretiens, Ferenesti, Roumanie, 14 septembre 2001.

<sup>296</sup> Voir Fay, Ronnie. « Pavee Beoirs Breaking the Silence : Racism and Violence Against Women. » Pavee Point Traveller's Centre, Dublin, Irlande.

<sup>297</sup> « Supporting Gypsy and Traveller Women and Children Living with Domestic Violence », N7877, Community Health Sheffield Trust, 1998.

<sup>298</sup> Entretiens, Mizil, Roumanie, 14 septembre 2001.

<sup>299</sup> Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 19, *supra*, note 254, paragraphe 9.

<sup>300</sup> Id.

sorte de coordonner les efforts mis en œuvre auprès des femmes roms pour combattre la violence dont elles sont victimes. De cette façon, les Etats pourraient parvenir à appréhender la dimension unique de la violence familiale dans les diverses communautés roms, et développer des interventions effectives.

La recommandation du Comité de la CEDEF précise que les mesures gouvernementales visant à aborder les questions de droit et de santé impliquées dans la violence à l'égard des femmes doivent être multisectorielles<sup>301</sup>. Dans le contexte de l'assistance aux femmes roms, il pourrait s'agir de programmes d'information et d'éducation visant à modifier les comportements, au sein des communautés roms, en ce qui concerne les rôles et le statut des deux sexes<sup>302</sup>. Des services d'assistance – foyers, personnel soignant spécifiquement formé, structures de réinsertion et de conseil – devraient être créés et entretenus, en veillant à respecter les différences culturelles et à assurer leur accessibilité aux communautés roms isolées et aux femmes des zones rurales<sup>303</sup>. (En Slovaquie, des foyers de femmes refuseraient d'accueillir des femmes roms par peur des conflits qui pourraient découler de leurs « approches divergentes de l'hygiène »<sup>304</sup>.) Les agents de la paix et les officiers de justice devraient suivre des formations de sensibilisation sur la discrimination, les questions liées aux spécificités de chaque sexe et les différences culturelles<sup>305</sup>. En outre, il devrait exister des procédures effectives de dépôt de plainte et des recours civils qui s'intéressent à la dynamique des genres et à la résolution des conflits au sein des communautés roms<sup>306</sup>. L'action gouvernementale contre la violence familiale devrait être planifiée parallèlement à des programmes en faveur de l'émancipation économique des femmes<sup>307</sup>. Dans tous ces cas, il faudrait des mesures spéciales pour garantir que les femmes jouissent d'un accès égal à la formation aux droits, aux services de protection et aux recours.

Pour les femmes roms qui ne vont pas rechercher de soutien auprès des autorités, les professionnels de la santé sont parfois les seuls points de contact avec les services publics prestataires d'aide et d'information<sup>308</sup>. Ces professionnels devraient par conséquent établir des contacts avec les agences gouvernementales et les ONG qui proposent de l'aide, des conseils et un soutien juridique, en tenant compte des besoins des diverses femmes roms.

En fin de compte, la nature privée de la violence familiale, qui empêche généralement les femmes de solliciter l'intervention de l'Etat, autorise aux médiateurs un large éventail

---

<sup>301</sup> Voir Recommandation générale n° 19, *supra*, note 254.

<sup>302</sup> Id., paragraphe (d), (f).

<sup>303</sup> Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 19, *supra*, note 254, paragraphes (k), (o). La *National Traveller Health Strategy* comporte également une disposition visant à encourager les foyers à développer et à adopter des codes de pratiques anti-racistes et à dispenser des formations à l'anti-racisme et à l'interculturalisme. *Traveller Health – A National Strategy 2000-2005*, *supra*, note 292, point 40.

<sup>304</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 505.

<sup>305</sup> Au sujet des formations sur la violence à l'encontre des femmes destinées au système de justice pénale, voir aussi *A Focus On Women*, WHO/MSA/NAM/97.4, Organisation mondiale de la santé, 1997.

<sup>306</sup> Comité de la CEDEF, Recommandation générale n° 19, *supra*, note 254, paragraphes (b), (i).

<sup>307</sup> Id., paragraphe 24(p).

<sup>308</sup> « *Violence Against Women : A Priority Issue* », *supra*, note 281, p. 3.

d'initiatives. Ceux-ci pourraient aider les autorités et les professionnels de la santé à identifier des réponses adéquates, adaptées aux traditions et aux besoins des communautés particulières. Ils pourraient aussi aider les femmes victimes de violences à revendiquer leurs droits et à accéder à des conseils, des protections et des recours juridiques. Enfin, ils pourraient s'engager dans un dialogue avec les communautés, dans le but de faire évoluer leurs conceptions du mariage en s'inspirant d'un modèle basé sur l'égalité des partenaires.

#### **4. L'accès aux soins de santé mentale**

L'accès aux soins de santé mentale fait partie intégrante du droit à la santé : « La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie, tant physique que mentale, suppose... la fourniture de traitements et de soins appropriés de santé mentale<sup>309</sup>. » En décrivant les obligations des Etats, l'Observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint stipule :

« Les États doivent veiller à ce que les médecins et les autres personnels médicaux suivent une formation appropriée et à ce que le nombre des hôpitaux, des dispensaires et des autres établissements en relation avec la santé soit suffisant, ainsi que promouvoir et soutenir la création d'institutions chargées de fournir des services de conseil et de santé mentale, en veillant à ce qu'elles soient équitablement réparties dans l'ensemble du pays<sup>310</sup>. »

Des liens clairs ont été établis entre la pauvreté, la médiocrité des conditions de vie, le statut de soumission des femmes et le risque accru de maladies mentales<sup>311</sup>. Chez les femmes en général, les cas de dépression et de stress post-traumatique sont deux fois plus nombreux que chez les hommes<sup>312</sup>. Ces observations révèlent la nécessité d'un accès aux soins de santé mentale pour les membres les plus vulnérables de la société, en particulier les femmes.

Dans de nombreuses communautés visitées pour les besoins de ce rapport, les femmes roms ont fait état de l'ampleur de leurs préoccupations économiques, de leurs responsabilités en matière de soins, de leurs relations avec leurs partenaires et de leur interaction avec les services publics. Leurs observations correspondent avec les constats des ONG actives dans ce domaine. Parmi les émigrés roms en situation irrégulière, Médecins du Monde a constaté que 12% des hommes et 21% des femmes souffraient de troubles neuropsychiques<sup>313</sup>. Une étude, menée dans des camps roms à Belgrade, a mis en évidence que beaucoup de (femmes) roms souffraient des conséquences d'états de stress profonds et fréquents... de troubles de l'humeur, de l'anxiété et de

---

<sup>309</sup> Voir Observation générale n° 14 du CDESC, *supra*, note 3, paragraphe 17.

<sup>310</sup> Id., paragraphe 36.

<sup>311</sup> Jill Astbury, « *The State of the Evidence : Gender Disparities in Mental Health* », OMS Collaborating Centre in Women's Health, School of Population Health, University of Melbourne, p. 74.

<sup>312</sup> Id., p. 78.

<sup>313</sup> « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 25.

somatisations, comme des maux de tête, des douleurs dorsales et des problèmes respiratoires<sup>314</sup>. Parmi les membres de la communauté des gens du voyage, le stress résultant d'aires mal équipées ou de la mobilité forcée, du fait du manque de sites autorisés, semblait être une source potentielle majeure de dépressions<sup>315</sup>. Parmi les facteurs aggravants, il faut évoquer l'hostilité des populations sédentaires et le sentiment de ces communautés de devoir accepter le confinement et la restriction imposés par des règles « apparemment inutiles », concernant par exemple le nombre et le type de caravanes et de visiteurs<sup>316</sup>. L'occurrence potentiellement forte de ces problèmes met le doigt sur l'urgence de l'attention requise, afin d'assurer aux communautés roms l'accès aux services de santé mentale, et de s'attaquer aux racines de ces problèmes.

L'université de Sheffield, en Angleterre, a récemment mis en œuvre un projet visant à étudier l'accès des Tsiganes et des Voyageurs aux soins de santé mentale<sup>317</sup>. De telles recherches sont nécessaires pour encourager les services traditionnels à s'adapter aux besoins de ces groupes, en tenant compte de leurs spécificités culturelles de façon non discriminatoire.

Les médiateurs pourraient promouvoir des efforts en faveur de la recherche et de la fourniture de services, en aidant les professionnels de la santé mentale et les communautés roms à se familiariser les uns avec les autres. Ils pourraient notamment contribuer à identifier les membres des communautés roms qui requièrent des soins professionnels, dans la mesure où les liens psychologiques étroits et les réseaux de protection, qui font la fierté de beaucoup de communautés roms, risquent de retarder involontairement le repérage de ces cas. Une attention particulière devrait être accordée aux adultes qui n'ont entendu parler de soutien psychologique que dans le contexte de l'institutionnalisation ou de la correction du comportement des enfants. Par exemple, les parents qui ont du défendre leurs enfants, souvent victimes de discrimination, d'accusation de folie, ont probablement besoin d'être aidés à comprendre la portée et le bénéfice des services disponibles<sup>318</sup>. Lors de la définition d'interventions, il faut veiller à ne pas stigmatiser les Roms, les Tsiganes et les Voyageurs ; il convient donc de faire des efforts pour promouvoir leur intégration dans les services de santé réguliers.

## **5. L'accès aux traitements en cas d'abus de substances psychoactives**

Comme les maladies mentales, l'abus de substances psychoactives est plus répandu dans les circonstances de pauvreté et de difficultés socio-économiques – celles dans lesquelles se trouvent précisément les Roms, en nombre disproportionné. Qui plus est, l'abus de drogues pose des problèmes différents s'agissant des femmes, et exige des traitements différents.

---

<sup>314</sup> « *Report on Medical Issues* », Autonomous Women's Center, *supra*, note 15.

<sup>315</sup> Lloyd et Morran, « *Traveller Health Issues in Scotland – Submission to the Secretary of State's Advisory Committee on Scotland's Travelling People* », *supra*, note 170, p. 5.

<sup>316</sup> Id.

<sup>317</sup> Entretien, Sheffield, Angleterre, 24 octobre 2001.

<sup>318</sup> Entretien, Amsterdam, Pays-Bas, 11 octobre ; Vidin, Bulgarie, 18 novembre 2001.

Dans les communautés roms, le degré de conscience du problème de l'alcoolisme est très divers. De par leur expérience, certaines femmes roms sont arrivées à croire qu'il était normal d'avoir des maris alcooliques ; beaucoup d'hommes et de femmes ignorent les risques potentiels de l'alcoolisme ; rares sont ceux qui savent où s'adresser pour obtenir de l'aide et qui connaissent des personnes soignées avec succès. Bien que les informations précises sur le sujet soient pratiquement inexistantes, une étude de l'OMS a montré que 41% des adolescents roms, en Hongrie, étaient des consommateurs réguliers d'alcool<sup>319</sup> ; à Belgrade, une ONG, le Centre pour l'autonomie des femmes, a constaté que si la consommation d'alcool des femmes vivant dans des campements est faible, celle des hommes est en revanche très élevée<sup>320</sup>.

En ce qui concerne les stupéfiants, il semble que l'on en sache sensiblement moins au sujet des taux d'abus, et encore moins au sujet de l'accès aux informations sur les méfaits et les possibilités de traitement. Il faudrait intensifier les recherches pour déterminer le besoin de traitements de la toxicomanie, dans les diverses communautés roms, mais aussi pour vérifier si ces communautés jouissent d'un accès égal à l'information et aux possibilités de réinsertion.

Les recherches ont montré que les femmes consommatrices de stupéfiants disposaient de possibilités restreintes pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles et étaient davantage exposées à la violence et aux infections par le VIH<sup>321</sup>. A la lumière de ces observations, le *International Harm Reduction Development Program* (Programme international de développement pour la réduction des préjudices) de l'Open Society Institute a ciblé les femmes roms par le biais de diverses initiatives, dont l'organisation d'un séminaire destiné aux travailleurs sociaux roms à Prague – pour leur apprendre à limiter les risques et à mettre en place des stratégies de rechange pour dispenser leurs services –, l'organisation d'une formation sur les besoins des communautés minoritaires, destinée aux organisations qui cherchent à limiter les risques auprès d'une vaste population rom, ainsi qu'une action menée auprès des responsables des communautés roms pour développer des modèles de services adaptés à leurs réalités culturelles.<sup>322</sup>

L'ampleur des responsabilités des femmes roms dans leur foyer, dans l'éducation des enfants et d'autres domaines, laisse penser que les hommes risquent davantage d'être concernés par les comportements toxicomanes<sup>323</sup>. Il faudrait par conséquent sensibiliser à la nécessité d'actions préventives et curatives auprès de la population masculine. A ce propos, se pose la question de savoir si les programmes de médiateurs roms, à l'origine conçus pour les femmes, pourraient être mis plus activement au service de la lutte contre la toxicomanie chez les hommes. Au même moment, le stress et l'instabilité que la toxicomanie des hommes est susceptible de provoquer

---

<sup>319</sup> « *Training for gypsy peer educators* », *supra*, note 30, Annexe 1 : Summary of the closing report of the survey : Alcohol consumption.

<sup>320</sup> « *Report on Medical Issues* », Autonomous Women's Center, *supra*, note 15.

<sup>321</sup> Soumis par l'Open Society Institute à la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, pour le Projet d'accès des femmes roms à la santé publique.

<sup>322</sup> Id.

<sup>323</sup> « Travailler avec la communauté gitane : un guide pour les prestataires de services sociaux en matière de toxicomanie » (« *Actuar con la comunidad Gitana : Orientaciones para la intervención en drogodependencias desde los servicios asistenciales* »), Asociación Secretariado General Gitano, Madrid, 1996.

chez leurs partenaires et leurs familles, suggèrent la nécessité d'élargir le soutien aux femmes et aux enfants.

Il existe des programmes pour aider les Roms souffrant de dépendances, via des mesures préventives et curatives. Dans le but d'améliorer les services intervenant en cas d'abus de substances psychoactives, la Asociación Secretariado General Gitano (ASGG), à Madrid, a mis en place des programmes pour sensibiliser les professionnels de la santé et d'autres secteurs à la communauté gitane. L'accès aux soins, le contact avec les personnels, le maintien de la participation aux traitements, le travail avec les familles et la prévention, font partie des sujets discutés. Parmi les programmes d'intervention en matière de toxicomanie organisés par l'ASGG, diverses actions éducatives ont été développées à destination des parents, afin de les amener à jouer un rôle proactif dans la prévention de la toxicomanie au niveau familial ; et une bande dessinée pour les enfants, sur la prévention de la toxicomanie, a été produite par un médiateur. Ces programmes s'inscrivent dans le réseau Sastipen – le réseau européen pour la prévention de la toxicomanie et du VIH/sida dans la communauté rom.

Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme de l'OMS 2000-2005 recommande de soutenir les programmes qui renforcent la mobilisation des communautés, le développement et le leadership au profit de la prévention des problèmes associés à l'alcool<sup>324</sup>. Lorsque les médiateurs – hommes ou femmes, de divers groupes d'âge – ne sont pas déjà engagés dans la lutte contre l'abus de substances psychoactives, leur action pourrait avoir un impact significatif sur les comportements de dépendance, en orientant les membres des communautés nécessitant des traitements et en apportant un soutien aux Roms et à leurs familles<sup>325</sup>.

---

<sup>324</sup> Voir « *European Alcohol Action Plan 2000 – 2005* », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.euro.who.int>.

<sup>325</sup> Entretien, Madrid, Espagne, 27 novembre 2001.

## **SECTION III**

### **A. L'accès à un statut juridique attesté par des documents**

#### **1. L'accès au statut juridique**

Pour accéder aux services publics et de santé, il est primordial d'avoir un statut juridique attesté par des documents, ces derniers étant exigés pour bénéficier de divers droits et libertés. Dans de nombreux pays, un grand nombre de Roms ne possèdent pas de statut juridique ou de documents prouvant leur statut. Cette situation résulte généralement d'un ou plusieurs facteurs étroitement liés : manque d'information sur les démarches à effectuer ou mauvaise compréhension de ces dernières ou ignorance des délais dans lesquels elles doivent être accomplies (voire ignorance de la nécessité de le faire), difficultés à prouver sa nationalité, traitement discriminatoire, méfiance des autorités ou conjugaison de plusieurs de ces facteurs<sup>326</sup>. Comme l'ECRI l'a relevé dans le cas de la Croatie, certains groupes, tels que les minorités, les personnes déplacées et celles qui ont des difficultés à faire valider leurs documents ou à obtenir la citoyenneté – et parmi lesquels on trouve une forte proportion de Roms – risquent fort de subir une discrimination et d'avoir du mal à se faire soigner et à bénéficier d'autres prestations<sup>327</sup>.

En vertu de la Convention des Nations Unies de 1954, relative au statut des apatrides, les Etats sont exhortés à naturaliser les personnes sans patrie en vue de leur assurer la jouissance des libertés et des droits fondamentaux, sans discrimination<sup>328</sup>. Pour éviter d'aggraver l'exclusion économique, sociale et politique de personnes déjà marginalisées, le Haut Commissaire aux minorités de l'OSCE a également recommandé l'élaboration et l'application de lois sur la citoyenneté et les étrangers, afin qu'elles évitent l'augmentation du nombre d'apatrides, en tenant compte de leur résidence prolongée, si ce n'est de toujours, dans le pays, et qu'elles servent de base à des liens loyaux de citoyenneté avec l'Etat<sup>329</sup>. Compte tenu du lien privilégié entre le statut juridique et l'accès aux services, les Etats sont encouragés à assurer aux citoyens une identité juridique, en prenant en considération les aspects humanitaires dans leurs exigences d'accès à la citoyenneté (et à d'autres statuts)<sup>330</sup>.

Dans certains pays, les Roms rencontrent parfois des problèmes pour obtenir un statut juridique (y compris la citoyenneté) car les autorités ne reconnaissent pas leur lieu de résidence ou parce qu'ils ne possèdent pas de titre d'occupation de leur lieu de résidence. En Italie, les autorités auraient refusé d'accorder des permis de séjour à des Roms résidant dans des camps non

---

<sup>326</sup> Paivi Hernesniemi, Lauri Hannikainen. « *Roma Minorities in the Nordic and Baltic countries – are their rights realised ?* » *Juridica Lapponica* n° 24, Northern Institute for Environmental and Minority Law, Université de Laponie, 2000. Voir aussi, Zoon, *supra*, note 14, p. 37 et p. 107.

<sup>327</sup> ECRI, Second rapport sur la Croatie, *supra*, note 149, paragraphe 32.

<sup>328</sup> Préambule, Convention relative au statut des apatrides, adoptée le 28 septembre 1954 par une conférence de plénipotentiaires réunie en application des dispositions de la résolution 526 A (XVII) du 26 avril 1954.

<sup>329</sup> Roma (Gypsies) in the CSCE Region, rapport du Haut Commissaire aux minorités de l'OSCE, Conférence sur la sécurité et la coopération en Europe, 1993. Section 3.3. Migration, paragraphe 8.

<sup>330</sup> Id. Section 5.2, Recommandations générales, paragraphe 4.

autorisés, les empêchant ainsi arbitrairement d'acquérir la citoyenneté italienne<sup>331</sup>. De même, en République tchèque, beaucoup de Roms rencontrent des difficultés pour produire la preuve de leur résidence, nécessaire pour accéder à la citoyenneté tchèque. Ils sont aussi victimes de la discrimination des fonctionnaires locaux, qui les découragent de poursuivre leur demande de statut juridique ou leur fournissent des renseignements inadaptés<sup>332</sup>. Dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, les taxes administratives élevées sont, entre autres facteurs, un obstacle à l'accès à la citoyenneté pour beaucoup de Roms et de membres d'autres groupes ethniques qui endurent des niveaux de chômage et de pauvreté particulièrement élevés<sup>333</sup>. En Serbie, où un grand nombre de Roms ne sont pas enregistrés et n'ont pas de documents officiels de type carte d'identité, ce problème serait la principale raison qui les empêcherait de se réinstaller et d'obtenir un accès, même temporaire, aux services : à Novi Sad, on aurait refusé une aide médicale à des Roms dont la carte de santé n'était pas à jour<sup>334</sup>. Les personnes déplacées originaires du Kosovo sont confrontées à des problèmes supplémentaires. Dans l'incapacité de se faire enregistrer officiellement du fait qu'elles vivent dans des campements illégaux, elles ont des difficultés à obtenir non seulement une carte d'identité ou de sécurité sociale, mais aussi la carte de personne déplacée, nécessaire pour bénéficier de l'aide humanitaire<sup>335</sup>.

Pour lever ces obstacles, il faudrait mettre en œuvre tout une série de mesures – de préférence en coopération avec des organisations roms –, comme l'introduction de règles administratives flexibles en ce qui concerne la preuve de la résidence ; un contrôle gouvernemental central strict des fonctionnaires locaux et des campagnes de sensibilisation pour expliquer aux Roms l'importance du statut juridique et les moyens de l'obtenir.<sup>336</sup> Entre autres efforts du gouvernement pour faciliter l'obtention du statut juridique, il faut citer les mesures, prises par le ministère de l'Intérieur de l'ex-République yougoslave de Macédoine, pour accroître la transparence du processus d'application de la citoyenneté, libéraliser les contraintes de naturalisation, renoncer aux taxes administratives en ce qui concerne les personnes bénéficiant de l'aide sociale de l'Etat, et prendre des initiatives spéciales pour épauler la communauté rom<sup>337</sup>.

---

<sup>331</sup> « *Campland : Racial Segregation of Roma in Italy* », Country Report Series n° 9, European Roma Rights Centre, Budapest, Hongrie, octobre 2000, p.20, note 47.

<sup>332</sup> ECRI, Second Rapport sur la République tchèque, (CRI (2000) 4), adopté le 18 juin 1999, paragraphe 6.

<sup>333</sup> ECRI, Second Rapport sur l'ex-République yougoslave de Macédoine, CRI (2001) 5, adopté le 16 juin 2000, paragraphes 6-7.

<sup>334</sup> Fitzpatrick, Catherine A., « *Forgotten Refugees : Roma in the Balkans* », Radio Free Europe/Radio Liberty (Un)Civil Societies, Vol. 3, n° 43, 23 octobre 2002, disponible sur <http://groups.yahoo.com/group/balkanhr/message/4709>, citant les observations du Centre humanitaire de Novi Sad mentionnées dans le rapport du European Roma Rights Centre.

<sup>335</sup> Projet de Stratégie serbe pour l'intégration et l'autonomisation des Roms, 13 décembre 2002, p. 13. Voir aussi : Bibija-Roma Women's Centre, *Alternative Report on the Implementation of the Framework Convention for the Protection of National Minorities : the Situation of Roma Women in Serbia and Montenegro*, 27 mars 2003, soumis au Conseil de l'Europe en mai 2003.

<sup>336</sup> ECRI, Second Rapport sur l'ex-République yougoslave de Macédoine, *supra*, note 334, paragraphes 7-9 ; Second Rapport sur la Croatie, *supra*, note 149, paragraphe 32 ; Second Rapport sur la République tchèque, *supra*, note 333, paragraphe 6.

<sup>337</sup> ECRI, Second rapport sur la Macédoine, *supra*, note 334, paragraphes 8-9.

Une ONG de Belgrade – le *Bibija Roma Women Center* – s'est associée à deux autres ONG locales pour lancer, avec le soutien de la Communauté européenne, un projet visant à améliorer les camps des Roms. Une part importante du projet consiste à garantir le statut juridique des habitants, dont beaucoup sont des victimes des conflits dans les Balkans, et de les intégrer dans les services municipaux<sup>338</sup>.

Outre le fait d'assurer la mise en oeuvre de procédures pour l'acquisition du statut juridique et leur application non discriminatoire, les Etats devraient garantir, en matière de migration et d'immigration, des pratiques non discriminatoires, adaptées aux réalités culturelles, en prenant notamment en considération les problèmes rencontrés par les femmes. Lorsque des soins de santé sont dispensés, la crainte d'une surveillance excessive et d'une complicité du personnel soignant dans les procédures de migration ainsi que le manque d'informations sur les documents nécessaires pour accéder aux services sont autant d'obstacles pratiques à l'obtention d'une assistance<sup>339</sup>.

Certains pays ont pris des mesures pour y remédier. En France, l'assurance maladie a été étendue à toute personne vivant sur le territoire national et prend en charge à 100% les soins des personnes à très faible revenu<sup>340</sup>. La Convention relative aux droits de l'enfant peut être lue comme garantissant l'assurance médicale aux enfants, dont les enfants de parents en possession d'un statut juridique irrégulier ; cette obligation lie tous les Etats parties<sup>341</sup>.

## **2. L'accès aux papiers d'identité**

Quantité de papiers d'identité – certificat de naissance, carte d'identité personnelle, permis de séjour, certificat de mariage, contrat de travail, passeports et autres – sont généralement nécessaires pour accéder à divers droits et services. Pour de multiples raisons, cependant, beaucoup de Roms ne sont pas en possession de ces documents. Dans de nombreux cas, l'absence d'un seul peut déclencher une « réaction en chaîne », à savoir l'impossibilité de se procurer plusieurs de ces pièces. Dans les cas extrêmes, un enfant rom sans certificat de naissance peut se retrouver dans une impasse totale pour ce qui est de l'exercice de ses droits de

---

<sup>338</sup> Entretiens, Belgrade, Serbie, 5 novembre 2001 ; Voir aussi « Roma Women Centre Bibija Annual Report », Belgrade, Serbie, 2001, p. 34.

<sup>339</sup> « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 24.

<sup>340</sup> Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels : France, *supra*, note 138, paragraphe 11.

<sup>341</sup> L'article 2 de la CRC stipule que les droits énoncés dans la présente Convention seront garantis à tout enfant, sans distinction aucune. En vertu de l'article 22, les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention ; cela inclut le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation (article 24(1)). Selon Médecins du Monde, seule l'Espagne remplit ces obligations. « ROMEUROPE Project Final Report, 1999-2000 », *supra*, note 19, p. 15.

base : impossibilité d'accéder aux soins de santé de base, privation de liberté de mouvement (y compris du droit de quitter son propre pays), refus du droit de vote, exclusion des logements sociaux, et ainsi de suite<sup>342</sup>. Parmi les obstacles, il faut citer les barrières des taxes administratives et autres, le manque d'information et la discrimination des autorités. Dans la mesure où l'enregistrement officiel et les documents associés fournissent des informations de référence pour les politiques et les dispositions des services publics, les Etats sont encouragés à favoriser et à faciliter ces démarches pour tous.

En Moldova, les documents d'identité sont excessivement chers pour 30% de la population, dont une majorité sont des Roms<sup>343</sup>. Ces documents étant une condition à l'exercice d'autres droits, les Etats concernés par cette situation devraient envisager des mesures spéciales pour les personnes qui ne peuvent s'acquitter de ces taxes.

Les documents d'identité sont généralement produits sur la base des certificats de naissance. Pour diverses raisons, certaines personnes peuvent ne pas en avoir ; les enfants nés sous le toit familial peuvent ne pas avoir été déclarés par leurs parents, par négligence, par manque d'argent ou d'information sur l'importance de la démarche<sup>344</sup>. Le coût d'une aide juridique pour une déclaration *ex post facto*, et d'amendes de toutes sortes, peut aussi être prohibitif pour certains parents<sup>345</sup>. Ce type de situation est particulièrement répandu chez les Roms qui ne jouissent pas d'un accès régulier aux soins médicaux ou aux prestations sociales, par le biais desquels les déclarations seraient facilitées. Le Comité consultatif de la Convention-cadre a exprimé sa préoccupation après avoir reçu des informations crédibles, provenant de plusieurs sources, selon lesquelles les maternités de certains hôpitaux roumains auraient refusé de délivrer des certificats de naissance à de jeunes mères – dont de nombreuses Roms – parce qu'elles étaient dans l'impossibilité de payer les frais médicaux liés à l'accouchement<sup>346</sup>. D'après le gouvernement roumain, le véritable problème est qu'en Roumanie, les hôpitaux ne peuvent pas délivrer de certificats de naissance aux jeunes mères sans un certificat de la mairie où les nouveaux-nés doivent d'abord être enregistrés. Si la mère n'a, elle-même, pas de papiers d'identité, la mairie ne peut pas délivrer le certificat nécessaire pour l'hôpital. Obtenir des papiers d'identité pour une jeune mère dans cette situation demande beaucoup de temps et d'argent à la famille, ce qui amène certains Roms à abandonner tout espoir d'obtenir un certificat de naissance.<sup>347</sup>. Un cercle-

---

<sup>342</sup> « European Roma Rights Center (ERRC) : *Personal Documents and Threats to the Exercise of Fundamental Rights among Roma in the Former Yugoslavia*, communiqué de presse publié à la fin de la conférence tenue les 6-8 septembre, à Igalo, Montenegro. La conférence a appelé les Etats à une vigilance permanente concernant les droits fondamentaux des Roms en ex-Yougoslavie ; elle a recommandé que les Etats de l'ex-Yougoslavie oeuvrent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies visant à mettre un terme à l'apatridie des Roms sur leurs territoires, ainsi qu'à résoudre le problème du déni des droits infligé aux Roms parce qu'ils ne possèdent pas les documents requis.

[http://www.errc.org/publications/letters/2002/montenegro\\_sept\\_18\\_2002.shtml](http://www.errc.org/publications/letters/2002/montenegro_sept_18_2002.shtml)

<sup>343</sup> Entretiens, Chisinau, Moldova, 18 septembre 2001.

<sup>344</sup> Voir Zoon, *supra*, note 14, p. 35-37.

<sup>345</sup> Zoon, *supra*, note 14, p. 36 ; Correspondance, Greek Helsinki Monitor, Athènes, Grèce, 13 janvier 2002.

<sup>346</sup> ACFC, Avis sur la Roumanie, *supra*, note 26, paragraphe 28.

<sup>347</sup> Commentaires du gouvernement roumain (conservés au Conseil de l'Europe).

vieux bureaucratique s'amorce ainsi, les parents qui ne sont pas correctement enregistrés par le système étant dans l'impossibilité d'enregistrer leurs enfants.

Des hôpitaux, toujours en Roumanie, ont refusé de soigner des Roms qui ne pouvaient prouver qu'ils avaient une assurance médicale<sup>348</sup>. Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a récemment exprimé sa préoccupation devant le non-respect, en Grèce, du droit des Roms à l'enregistrement officiel à la naissance, compte tenu du manque d'information sur les procédures, de représentation légale et de services suffisamment décentralisés<sup>349</sup>. Les Etats devraient prendre des mesures pour faciliter et faire appliquer la procédure d'enregistrement à la naissance ; ici aussi, il faudrait envisager des mesures spéciales pour les parents qui ont des difficultés à se procurer les informations nécessaires ou à financer les démarches en question. Des mesures préventives, ainsi que des campagnes d'information et la formation des personnels, sont urgentes si l'on veut garantir l'accès aux soins sur une base non discriminatoire et éviter les conséquences malheureuses de ces lacunes sur la santé.

En Roumanie, le ministère chargé de la Protection des Minorités nationales et la Commission interministérielle pour les minorités nationales ont commencé à étudier le problème des documents d'identification pour les Roms, en coopération avec le Groupe de travail des associations roms<sup>350</sup>. Le Comité de la Convention-cadre encourage l'élargissement de cet effort aux enfants des personnes assistées et aux personnes détenues par la police, qui pâtissent aussi de ne pas posséder ces documents<sup>351</sup>. En Roumanie, la fondation Romani Baht a entrepris d'aider les Roms du district de Fakulteta, à Sofia, à se procurer des papiers d'identité et à clarifier leurs droits concernant ces documents<sup>352</sup>.

Dans l'intervalle, il faudrait prendre des mesures pour améliorer l'accès aux soins médicaux des personnes qui ne possèdent pas les documents requis pour bénéficier de la santé et des autres services publics. Dans les situations où les médecins de famille sont les principaux vecteurs d'informations sur la santé, les autorités sanitaires devraient mettre à disposition d'autres sources d'aide pour les personnes qui, faute des documents requis, ne peuvent s'adresser à un médecin. Certains Etats sont en train d'initier de telles mesures. Par exemple, au Portugal, le récent plan national d'intégration<sup>353</sup> prévoit des unités sanitaires mobiles, dans le but d'améliorer l'accès à la santé des groupes vulnérables. De cette façon, les Roms non portugais peuvent bénéficier du système de santé national.

Parmi les efforts des ONG, il faut notamment citer le projet de « tickets pour des vies sauvées », à Sofia en Bulgarie, qui vise à aider les Roms gravement malades. Cet effort a été coordonné par *Romani Baht*, la *Foundation for Assisting Charity*, en collaboration avec le V<sup>e</sup> hôpital de Sofia et

---

<sup>348</sup> Id.

<sup>349</sup> Observations finales du Comité des droits de l'enfant : Grèce. CRC/C/15/Add.170, 1er février 2002, paragraphe 40(a).

<sup>350</sup> Voir Zoon, *supra*, note 14, p. 37-39.

<sup>351</sup> ACFC, Avis sur la Roumanie, *supra*, note 26, paragraphe 42.

<sup>352</sup> Entretiens, Sofia, Bulgarie, 19 novembre 2001.

<sup>353</sup> Voir Plan national d'intégration, Résolution du Conseil des Ministres, 91/2000, Gouvernement du Portugal.

la Fondation pour la promotion de la jeunesse rom. Ces deux fondations réunissent des fonds pour les soins de ces patients, en échange du droit à contrôler leur traitement et à exiger des données sur les besoins et les résultats<sup>354</sup>. Près de Vilnius, le Fonds lituanien pour l'enfance œuvre pour l'intégration des nombreux Roms sans papier qui vivent dans le camp isolé et pauvre de Kirtimai, via des visites médicales aux mères et aux enfants, et un enseignement préscolaire dans le nouveau centre communautaire<sup>355</sup>. Les gouvernements qui n'ont pas encore pris de mesures pour solutionner le problème des documents d'identification devraient envisager des initiatives similaires.

## **B. L'accès aux prestations sociales et à la santé**

L'accès aux prestations sociales est en relation directe avec l'accès à la santé, dans la mesure où est inclus l'accès à l'assurance médicale non contributive et à d'autres avantages en matière de santé. Les Roms rencontrent généralement de multiples barrières pour accéder à la protection sociale ; certaines peuvent être de nature discriminatoire.

Il est rappelé aux Etats que les instruments juridiques internationaux et régionaux interdisent la distinction entre les bénéficiaires sur la base de la race. Le PIRDESC reconnaît le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et les Etats parties s'engagent à garantir son exercice sans discrimination aucune fondée sur la race ou toute autre situation<sup>356</sup>. Les dispositions anti-discrimination énoncées dans la Directive pour l'égalité raciale s'étendent à la protection sociale, y compris la sécurité sociale, les soins de santé et les prestations sociales<sup>357</sup>. Pour sa part, l'Observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint interdit les dérogations aux obligations fondamentales de services minimums et de non-discrimination dans la fourniture des biens et des services<sup>358</sup>. Comme dans le contexte de la santé, des mesures spécifiques pourraient être nécessaires pour assurer aux Roms l'accès à une égale protection sociale.

Des stéréotypes non examinés caractérisent la plupart des interactions des Roms avec les systèmes locaux ou nationaux d'action sociale. Dans divers pays, les fonctionnaires et les populations majoritaires prétendent que les Roms sont riches et qu'ils essaient d'abuser du régime de prévoyance en privant les « vrais » pauvres des avantages sociaux. Le mythe selon lequel les Roms ne veulent pas travailler comme tout le monde, mais préfèrent « se faire de l'argent facile » a la vie dure<sup>359</sup>. Ces clichés masquent la réalité : si les Roms sont effectivement sur-

---

<sup>354</sup> Entretiens, Sofia, Bulgarie, 19 novembre 2001 ; Zoon, *supra*, note 14, p. 93.

<sup>355</sup> Entretiens, Vilnius, Lituanie, 16 octobre 2001.

<sup>356</sup> PIRDESC, articles 9 et 2(2), respectivement.

<sup>357</sup> Racial Equality Directive, Article 3.1(e).

<sup>358</sup> Observation générale n° 14, *supra*, note 3, paragraphe 47.

<sup>359</sup> Une récente étude de la Banque mondiale intitulée *Roma in an Expanding Europe : Breaking the poverty Cycle* indique (p. 36) que contrairement aux clichés répandus, les Roms cherchent activement à travailler, parfois davantage que le reste de la population.

représentés dans les groupes de population qui ont besoin d'une protection sociale, la raison en est due à leur pauvreté, conjuguée à leur exclusion de la vie économique et sociale.

Si de nombreux pays européens connaissent actuellement des taux de chômage élevés, les Roms ont souvent affaire à des difficultés supplémentaires pour trouver un emploi, en raison d'obstacles physiques, économiques ou liés à l'information. Ces obstacles peuvent prendre la forme d'une discrimination raciale ou ethniques de la part d'employeurs potentiels ou pour l'accès à l'instruction ou aux programmes de formation professionnelle. En conséquence, les Roms représentent une proportion importante des chômeurs de longue durée<sup>360</sup>. Les Roms qui travaillent « au noir » n'ont généralement pas accès à l'assurances et à la protection sociale ; d'autres acceptent des emplois informels ou formels – entretien de la voirie, collecte de ferraille et de déchets – qui présentent des risques pour la santé contre lesquels ils ne sont pas protégés. Les personnes qui tombent malades alors qu'elles n'ont pas d'assurance maladie ou de papiers d'identité ont alors des difficultés à se faire soigner. Et un mauvais état de santé ne permet pas de trouver un emploi<sup>361</sup>. Dans ces conditions, l'accès à la protection sociale est particulièrement important pour beaucoup de Roms et il est particulièrement urgent de combler les lacunes dans ce domaine.

En fait, de nombreux Roms ont du mal à s'informer sur les prestations sociales existantes. Certains n'ont même pas conscience des prestations auxquelles ils ont droit ou ne savent pas comment y accéder. Ils ne savent pas, par exemple, que leur inscription dans une agence pour l'emploi leur ouvre le droit à l'assurance maladie universelle, ou qu'ils doivent y retourner régulièrement pour conserver leurs droits. De plus, la possibilité de consulter un médecin dépend fréquemment de l'inscription auprès d'une agence pour l'emploi, démarche qui atteste du droit aux soins. Pourtant, le taux d'inscription des Roms au chômage est faible, que ce soit dans les bourses du travail lituaniennes, sur les listes des services sociaux bulgares ou ailleurs<sup>362</sup>. Il en résulte notamment un médiocre accès à l'assurance maladie et aux traitements médicaux, si ce n'est une totale inéligibilité à toute forme d'aide sociale.

La fondation sociale Stolipinovo, à Plovdiv, en Bulgarie, a estimé que 80% de la population rom locale – dont la majorité est au chômage – n'était pas enregistrée auprès d'un généraliste, par méconnaissance des démarches à effectuer<sup>363</sup>. C'est pourquoi cette organisation a engagé des volontaires au sein de la communauté rom afin qu'ils aident les autres à s'inscrire au chômage et auprès des médecins. De plus, elle a soutenu *Romani Chai* – un groupe local de femmes roms – qui a négocié avec les autorités locales un espace dans lequel deux généralistes (au départ

---

<sup>360</sup> D'une manière générale, voir : *Minority Protection in the EU Accession Process, supra*, note 10. En Bulgarie, on a observé une forte proportion de Roms bulgares parmi les chômeurs de longue durée et la dépendance de la majorité des ménages roms à la protection sociale. *Minority Protection in the EU Accession Process, supra*, note 10, p. 92. L'ECRI appelle à suivre de près la situation des divers groupes minoritaires sur le marché du travail afin de détecter les domaines dans lesquels il pourrait y avoir discrimination, notamment au vu du taux de chômage élevé des Roms : 71,8% contre 32,4% pour la population générale, selon une enquête de 1999. ECRI, *Second Rapport sur la Macédoine, supra*, note 334, paragraphe 30.

<sup>361</sup> Voir, Rapport sur la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE, avril 2000, *supra*, note 4, p. 120.

<sup>362</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process, supra*, note 10, p. 323 et 92, respectivement.

<sup>363</sup> Entretien, Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre 2001.

rémunéré par la fondation) peuvent recevoir les membres les plus pauvres de la communauté<sup>364</sup>. Les Etats confrontés à des situations similaires devraient donner la priorité à l'identification des barrières à l'information sur l'inscription au chômage, dans le but de faciliter l'accès à la santé et aux autres avantages sociaux qui en dépendent.

Certains Roms n'ont pas accès aux prestations sociales du fait du coût élevé des documents d'identité, comme les certificats de naissance et les attestations de mariage civil. Leur non-présentation périodique aux agences de l'emploi, qu'explique le manque d'argent pour un ticket de bus, peut aboutir à la perte des avantages sociaux, soit parce que les travailleurs sociaux interprètent ce comportement comme un manque d'envie de travailler, soit parce les dispositions adéquates pour garantir l'accès pratique à la protection sociale font défaut<sup>365</sup>. L'ECRI s'est déclarée préoccupée par la modification de la législation, en Slovaquie, où le remplacement du soutien financier par des bons alimentaires a interdit à beaucoup de Rom l'utilisation des transports publics pour conduire leur recherche d'emploi<sup>366</sup>. L'ECRI a par conséquent souligné que l'allocation de diverses formes d'avantages sociaux devait se décider au cas par cas et de manière non discriminatoire<sup>367</sup>.

L'accès aux prestations sociales peut être refusé aux Roms pour des motifs discriminatoires, directs ou indirects. Les critères d'éligibilité, tels que l'âge de la maternité ou la limitation du nombre d'enfants pris en charge, peuvent avoir des conséquences plus graves sur les Roms, qui représentent une part importante de la population des jeunes mères et des familles nombreuses. En Bulgarie, le refus de verser des allocations familiales à des mères de moins de seize ans est attesté : dans la mesure où les femmes roms représentent la majorité des jeunes mères, ce critère aurait un impact disproportionné<sup>368</sup>. En Roumanie, les allocations supplémentaires pour les familles avec enfants, introduites en 1997, sont réservées à un nombre déterminé de familles avec plus de quatre enfants. Mais on a constaté, par exemple, que les femmes roms entre 35 et 39 ans sont à l'origine de cinq enfants en moyenne, tandis que les femmes de la même tranche d'âge, dans la population générale, n'ont que 2,1 enfants. Par conséquent, ce programme, apparemment neutre, défavorisera probablement les femmes roms<sup>369</sup>. Les couples qui respectent la tradition de l'union légalisée se heurtent à de multiples barrières administratives pour accéder à la protection sociale. Le nom du père biologique sur le certificat de naissance de l'enfant est généralement exigé, si le père souhaite pouvoir exercer ses droits parentaux comme percevoir des allocations

---

<sup>364</sup> Id.

<sup>365</sup> Les services de transport pourraient être complices de cette situation : on rapporte que les chauffeurs de taxi refusent des clients roms du camp de Kirtimai, à l'extérieur de Vilnius, dès lors que ceux-ci ne peuvent présenter de carte d'identité. Si leur comportement peut se justifier par leur désir de ne pas être impliqués dans les activités illégales qui ont cours dans le quartier, ces chauffeurs, néanmoins conscients que beaucoup de Roms ne peuvent justifier de leur identité, font de la discrimination lorsqu'ils leur refusent leurs services. Entretien, Vilnius, Lituanie, 16 octobre 2001.

<sup>366</sup> ECRI, *Second rapport sur la Slovaquie*, supra, note 125, paragraphe 38.

<sup>367</sup> Id.

<sup>368</sup> Zoon, supra, note 14, p. 49.

<sup>369</sup> Id., p. 32.

pour enfant. De nombreux Roms méconnaissent les procédures requises ou sont incapables de payer les coûts qui y sont associés<sup>370</sup>.

Il peut arriver que les travailleurs sociaux abusent de leur pouvoir discrétionnaire pour priver les Roms, injustement et de manière discriminatoire, des avantages sociaux auxquels ils peuvent prétendre. L'exemple ci-dessous, observé en Slovaquie, est semble-t-il un cas courant de déni des avantages sociaux pour des motifs d'ethnie :

En mai 2001, Peter Oračko s'est présenté au Roma Rights Center pour se plaindre de ce qu'il pensait être un refus de prestations médicales à sa femme, Eva Oračkova, sur la base de préjugés raciaux. M. Oračko a affirmé que sa femme, qui venait de subir une hystérectomie, s'était vu refuser l'accès aux thermes médicaux (une procédure post-opératoire courante en Slovaquie) par l'organisme public de prise en charge. Son médecin avait affirmé à Eva Oračkova que ce traitement était essentiel à sa guérison, ce qu'il avait mentionné dans son dossier. Après avoir reçu notification de leur demande infructueuse, M. Oračko s'est rendu dans les locaux de l'organisme d'assurance sociale pour y obtenir des explications. On a alors remis à M. Oračko le dossier de sa femme, sur lequel avait été inscrit « Romka » (femme rom). Il estime, tout comme le Roma Rights Center, qu'Eva Oračkova n'a pas pu bénéficier du traitement prescrit par son médecin à cause de son identité rom<sup>371</sup>.

Certains travailleurs sociaux abuseraient de leur pouvoir discrétionnaire au moment de déterminer la qualification de candidats à l'allocation de parent isolé<sup>372</sup> ou, plus généralement, exigeraient des Roms un paiement en échange des explications fournies relativement aux avantages ou aux procédures<sup>373</sup>. Ces plaintes sont particulièrement préoccupantes quand il s'agit de patients illettrés ; des documents d'identification prouvant l'illettrisme de leur bénéficiaire provoquent parfois l'application de traitements différents ou de moindre qualité<sup>374</sup>. Des organisations telles que la fondation Romani Baht à Sofia, en Bulgarie, tentent de freiner les abus de pouvoir discrétionnaire en jouant le rôle de médiateur entre les bureaux d'aide sociale et les Roms<sup>375</sup>.

Plus généralement, il faut contrôler et assurer la fourniture non discriminatoire de la protection sociale par les autorités locales. En Roumanie, des plaintes ont été déposées au motif que des ressources moindres étaient affectées aux programmes de protection sociale dans les districts et les zones de peuplement où la majorité des bénéficiaires sont des Roms<sup>376</sup>. Le bureau de l'Ombudsman, en Hongrie, a constaté la négligence des autorités locales à verser des pensions alimentaires, la suspension inconstitutionnelle du paiement d'aides temporaires dans un village

---

<sup>370</sup> Id., p. 37.

<sup>371</sup> « *Human Rights Report on Situation of Roma in Eastern Slovakia, 2000-2001* », *supra*, note 185, p. 11.

<sup>372</sup> Zoon, *supra*, note 14, p. 62-65.

<sup>373</sup> Entretien, Vidin, Bulgarie, 18 novembre 2001.

<sup>374</sup> Correspondance, Greek Helsinki Monitor, Athènes, Grèce, 13 janvier 2002.

<sup>375</sup> Entretien, Sofia, Bulgarie, 19 novembre 2001.

<sup>376</sup> Zoon, *supra*, note 14, p. 49.

habité par des Roms et l'exigence de travail non rémunéré aux demandeurs d'aide sociale – autant de pratiques qui pénalisent les Roms<sup>377</sup>. Ce bureau, ainsi que d'autres structures chargées d'enquêter sur de tels rapports, devraient être dotés des ressources et du pouvoir nécessaires pour pouvoir engager des poursuites et appliquer des sanctions.

Les Roms, qui se caractérisent par des modes de vie semi-nomades ou nomades, sont souvent confrontés à la perte *de facto* de leur accès aux avantages sociaux, dans la mesure où les paiements sont conditionnés à une résidence permanente. (L'accès aux services publics en relation avec la mobilité est examiné plus loin dans la section sur L'accès à un logement suffisant et à la santé.) Lorsque le manque de sites adéquats contraint les Roms à la mobilité, l'instabilité, le stress, la discrimination potentielle et la perte d'accès à l'information qui en résultent ont des impacts particulièrement négatifs sur l'accès aux avantages et aux services sociaux associés<sup>378</sup>. L'hypothèse de la mobilité, et les stéréotypes corrélés, font aussi le lit de traitements discriminatoires. Par exemple, les Voyageurs qui vivent dans la région de Dublin doivent retirer leurs prestations sociales auprès d'un unique bureau central, tandis que les Voyageurs et la population en général, ailleurs, ont la possibilité de s'adresser à des agences locales. Cette disposition, à Dublin, toucherait pratiquement un quart des Voyageurs d'Irlande, qu'ils soient mobiles ou pas. Dans la mesure où les sites sont souvent mal desservis par les transports publics, les bénéficiaires ont des difficultés à se rendre à ce bureau central. Qui plus est, ils doivent attendre devant le bâtiment, indépendamment des conditions climatiques – une situation qui met en danger non seulement leur santé, mais aussi la confidentialité relative aux services recherchés. C'est une expérience particulièrement pénible pour les femmes avec des enfants en bas âge, qui ont des difficultés à les faire garder. Pour les gens du voyage en situation de crise, l'accès aux prestations sociales est effectivement entravé par ces règles très lourdes<sup>379</sup>.

Le Comité des droits de l'enfant a récemment exprimé sa préoccupation devant le fait que de nombreuses familles roms, en Grèce, ne percevaient « aucune » allocation pour garde d'enfant<sup>380</sup>. Il conviendrait d'entreprendre des recherches afin de déterminer les raisons de cette situation, en Grèce et ailleurs, en évaluant notamment le rôle joué par la discrimination directe et indirecte. Il faudrait aussi mesurer dans quelle mesure les services sociaux prennent dûment en considération les besoins des Roms quand ils développent et rendent publique l'assistance accessible, si les Roms en sont privés pour des motifs discriminatoires, et si des mesures préventives sont envisageables pour leur en assurer l'accès sur une base égale. Pour préserver l'accès aux droits des populations nomades et semi-nomades, il faudrait étudier la possibilité de dossiers qui suivent les patients ou tout autre système non basé sur le territoire.

Il est à signaler qu'un nombre important de personnes déplacées, de réfugiés et de demandeurs d'asile en Europe sont des Roms. En tant que tels, ils sont souvent confrontés à des difficultés particulières pour obtenir des prestations sociales et accéder aux soins de santé, à la fois en raison de leur statut juridique et de leur appartenance ethnique. Le Haut Commissaire des

---

<sup>377</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 233.

<sup>378</sup> Voir Sarah Cemlyn, « *Health and Social Work : Working with Gypsies and Travellers* » Practice Vol. 6 No. 4, 1994, p. 246-261.

<sup>379</sup> Entretien, Dublin, Irlande, 6 décembre 2001.

<sup>380</sup> Observations finales du Comité des droits de l'enfant : Grèce, *supra*, note 350, paragraphe 48(c).

Nations Unies pour les réfugiés a appelé les Etats à inclure dans leur législation sur l'égalité et la non-discrimination les non-ressortissants, tels que les demandeurs d'asile, les réfugiés, les migrants de retour et les apatrides<sup>381</sup>. En Irlande, le *National Consultative Committee on Racism and Interculturalism* (Comité consultatif national sur le racisme et l'intolérance) a récemment entrepris de garantir l'inclusion des besoins des Roms dans la politique globale concernant les réfugiés et les demandeurs d'asile<sup>382</sup>, en partie en s'appuyant sur une étude relative aux besoins des réfugiés et des demandeurs d'asile roms en Irlande. Dans le contexte de l'accès aux soins, cette étude a identifié des pratiques discriminatoires de la part des professionnels de la santé, ainsi que des difficultés liées à la langue<sup>383</sup>. Les Etats pourraient suivre ce type d'approche en la combinant à des campagnes de sensibilisation, afin de faire savoir que les demandeurs d'asile et les réfugiés ont droit à la santé et aux autres services publics, indépendamment de leur appartenance ethnique.

La méconnaissance de beaucoup de Roms des prestations sociales, associée à leur fréquente méfiance à l'égard des travailleurs sociaux, ouvre pour les médiateurs une possibilité de les aider à évoluer dans le système de protection sociale, et à apprendre aux deux parties en présence à se connaître. Avec l'aide des médiateurs, il devrait être possible de faire tomber la défiance mutuelle qui paralyse les relations entre la plupart des travailleurs sociaux et les Roms<sup>384</sup>, et ainsi, de mettre un terme aux actes et aux comportements discriminatoires qui les caractérisent.

---

<sup>381</sup> Voir Haut Commissaire pour les réfugiés des Nations Unies, Recommandations écrites, Session 5, Synthèse, Réunion sur la mise en œuvre de la dimension humaine par le BIDDH, 17-27 septembre 2001, disponible à l'adresse suivante : [http://www.osce.org/odihr/documents/reports/hdim/hdim2001\\_fr.php3](http://www.osce.org/odihr/documents/reports/hdim/hdim2001_fr.php3)

<sup>382</sup> Progress Report, 1998-2001, National Consultative Committee on Racism and Intolerance, Irlande, p. 13.

<sup>383</sup> Phyllis Murphy, « *Roma in Ireland : A Profile and Initial Needs Analysis, Background Paper for Romani Support Group, Pavee Point, NCCRI and FAS* », (projet). Novembre 2001.

<sup>384</sup> Zoon, *supra*, note 14, p. 65.

### C. L'accès à l'éducation et à la santé

Les barrières que rencontrent les Roms en matière d'éducation ont mobilisé l'attention à travers l'Europe. A l'est et à l'ouest, les Roms, Tsiganes et Voyageurs sont globalement peu représentés dans le système éducatif, ce que traduit un niveau de fréquentation faible dans le primaire et réduit voire inexistant dans l'enseignement secondaire et supérieur<sup>385</sup>. La pauvreté, la discrimination, la méconnaissance du système éducatif traditionnel et les violences scolaires sont à l'origine de cette situation. On a constaté que les enfants roms étaient victimes de discrimination en République tchèque, en Hongrie, en Pologne, en Roumanie et en Slovaquie, que ce soit par une orientation vers des écoles spéciales réservées aux handicapés, des dispenses d'assiduité ou d'autres obstacles bureaucratiques. Hormis le fait qu'elles violent les principes d'égalité et de non-discrimination<sup>386</sup>, ces pratiques ont pour effet d'exclure les Roms de l'enseignement secondaire ou supérieur et de leur ôter virtuellement toute chance de trouver un emploi et de s'intégrer socialement<sup>387</sup>.

Dans sa Recommandation de politique générale n° 3 sur la lutte contre le racisme et l'intolérance envers les Roms/Tsiganes, l'ECRI recommande aux Etats de « combattre de manière vigoureuse toute forme de ségrégation scolaire à l'égard des enfants roms/tsiganes et d'assurer de manière effective l'égalité d'accès à l'éducation ». Le Haut Commissaire aux minorités de l'OSCE a appelé les gouvernements à éradiquer les pratiques qui favorisent la ségrégation involontaire des enfants roms dans la scolarisation et à affecter des ressources à des programmes qui permettent aux

---

<sup>385</sup> Par exemple, selon le Rapport annuel pour 1997 publié par le Commissaire parlementaire hongrois aux minorités ethniques et nationales, le pourcentage de la population rom scolarisée dans l'enseignement élémentaire correspond à leur pourcentage dans la population (environ 5%) ; par contre, dans le secondaire, il tombe à moins de 1% et, dans l'enseignement supérieur, à environ 0,1%. ECRI, Second Rapport sur la Hongrie, CRI (2000) 5, adopté le 18 juin 1999, paragraphe 33. Voir aussi ECRI, Second rapport sur la Roumanie, CRI (2002) 5, adopté le 22 juin 2001, paragraphe 34 ; Second rapport sur l'Italie, *supra*, note 20, paragraphe 63 ; Second rapport sur la Croatie, *supra*, note 146, paragraphe 41 ; Second rapport sur la Pologne, CRI (2000) 34, adopté le 10 décembre 1999, paragraphe 37 ; Second rapport sur l'Irlande, CRI (2002) 3, adopté le 22 juin 2001, paragraphe 66 ; Second rapport sur la Slovaquie, *supra*, note 124, paragraphe 65 ; « *Traveller children : Educational and health deprivation* », par Luke Clements et Rachel Morris, Traveller Law Research Unit, Cardiff Law School, *Childright Journal*, Children's Legal Centre, University of Essex, septembre 2001, vol. 179, pp.7-9.

<sup>386</sup> Les obligations de respecter les principes d'égalité et de non-discrimination dans l'éducation sont contenues dans divers instruments juridiques, tels que : CEDR, article 5(e)(v) : droit à l'éducation et à la formation ; article 2 de la Convention relative aux droits de l'enfant, et article 2(2) du PIRDESC. En vertu de la Convention-cadre, les Parties s'engagent à promouvoir l'égalité des chances dans l'accès à l'éducation à tous les niveaux pour les personnes appartenant à des minorités nationales. Convention-cadre, Article 12(3). La Directive sur l'égalité raciale s'applique à toutes les personnes, tant pour le secteur public que pour le secteur privé, y compris les organismes publics, en ce qui concerne l'éducation. Directive sur l'égalité raciale, *supra*, note 53, article 3(g).

<sup>387</sup> Voir, p.ex., Claude Cahn, David Chirico, *et al.*, « *Roma in the educational systems of central and eastern Europe* », Roma Rights, Summer, 1998, *supra*, note 19 ; ECRI : Second rapport sur la république tchèque, *supra*, note 328, paragraphe 32 et Second rapport sur la Hongrie, *supra*, note 379, paragraphe 30. Voir, d'une manière générale, Roma Rights : *Roma and the Right to Education*, Summer 1998, European Roma Rights Center, Budapest, Hongrie.

enfants roms de réussir dans les écoles traditionnelles<sup>388</sup>. La Directive de l'Union européenne sur l'égalité raciale inclut l'éducation dans le champ d'application de la lutte contre la discrimination raciale. Dans son programme d'action, la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée exhorte les Etats à faire en sorte que les enfants et les jeunes roms/tsiganes et ceux issus de la communauté des gens du voyage, notamment les filles, bénéficient d'un accès égal à l'éducation<sup>389</sup>. Certains gouvernements et ONG, ainsi que d'autres instances, portent une attention croissante au grave problème de la ségrégation des enfants roms à l'école. En Hongrie, par exemple, un nouveau service chargé de l'intégration des élèves roms dans le système scolaire a été créé en 2002. Un réseau national d'insertion éducative a également été mis en place à cette fin<sup>390</sup>.

A ce jour, pourtant, peu d'attention a été accordée à la relation entre l'éducation et l'accès à la santé, et en particulier aux effets pervers des barrières à l'éducation sur la santé des femmes. Sachant qu'une meilleure éducation et une meilleure santé favorisent le bien-être, la productivité et le développement de la population, les Etats sont encouragés à promouvoir les liens entre ces deux aspects, notamment pour les femmes.

Le droit à l'éducation inclut la disponibilité et l'accessibilité de l'éducation pour tous par tous les moyens appropriés, en particulier les filles n'ayant pas achevé leur scolarité dans le primaire. Le PIRDESC oblige les Etats à favoriser l'exercice du droit à l'éducation pour tous, notamment en généralisant l'enseignement primaire obligatoire et gratuit, en rendant l'enseignement secondaire accessible à tous par tous les moyens adaptés, et en encourageant l'éducation de base pour les personnes qui n'ont pas reçu d'instruction primaire ou qui ne l'ont pas reçue jusqu'à son terme. (article 13.2)

La Convention relative aux droits de l'enfant, article 24(2), exhorte les Etats à faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents<sup>391</sup>. Plus généralement, les Etats doivent s'engager à développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale<sup>392</sup>.

En vertu de la CEDEF, les Etats doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, l'accès à une éducation de même qualité et à des programmes d'éducation permanente, et à des renseignements spécifiques tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification

---

<sup>388</sup> Rapport sur la situation des Roms et des Sinti dans les pays de l'OSCE, *supra*, note 4 dans la partie Recommandations : B. Education, p. 161.

<sup>389</sup> Conférence mondiale sur le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, *supra*, note 7, Programme d'action, paragraphe 39.

<sup>390</sup> Commentaires du gouvernement hongrois (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>391</sup> CRC, article 24(2)(e).

<sup>392</sup> Id., article 24(2)(f).

de la famille<sup>393</sup>. Dans le même ordre d'idée, les Etats doivent veiller à la réduction des taux d'abandon féminin des études et l'organisation de programmes pour les filles et les femmes qui ont quitté l'école prématurément<sup>394</sup>.

Les conditions permettant de prendre soin de son bien-être physique et mental incluent la connaissance de cette notion et de ce qu'elle implique. Les écoles proposent souvent des informations sur l'hygiène, la nutrition, la prévention des maladies et l'accès au système de santé – par le biais d'une éducation à la santé, la présence d'infirmiers scolaires, des campagnes de vaccination et d'autres moyens. Les enfants roms sont par conséquent défavorisés lorsqu'ils sont confrontés à divers facteurs empêchant leur accès à l'éducation, comme les difficultés d'admission dans les écoles maternelles<sup>395</sup> (où démarre l'apprentissage de l'hygiène), le manque d'argent pour l'achat de fournitures scolaires et de vêtements, la médiocre maîtrise de la langue locale ou encore la médiocrité ou le racisme des enseignants, la faiblesse des niveaux et l'assiduité moindre que exigée d'eux par comparaison aux non-Roms.

Outre les conséquences pour la santé de la discrimination raciale et ethnique subie dans le système éducatif, les attitudes internes à leur communauté peuvent encore réduire leur accès à l'éducation. Pour les parents isolés, qui ont un sentiment d'impuissance par rapport au reste de la société ou qui ont un niveau d'instruction insuffisant, la culture véhiculée par le système éducatif majoritaire peut sembler menaçante. Les écoles peuvent leur sembler être des lieux de pollution physique et intellectuelle, en particulier pour leurs filles. Certains craignent notamment que leurs filles soient exposées à des éléments désagréables de la culture majoritaire, qu'elles subissent des violences sexuelles ou se fassent « voler » par des jeunes gens désireux de les épouser – sans la permission de leurs parents, ou alors qu'elles ne sont pas encore prêtes<sup>396</sup>. Certains parents exigent, pour que leurs filles fréquentent l'école, qu'elles soient protégées, elles et leur virginité ; un frère peut alors les accompagner. Il arrive aussi que les parents retirent leurs filles de l'école à l'âge de la puberté.

Les parents retirent aussi leurs filles de l'école pour qu'elles aident à la maison et s'occupent des cadets, donnant ainsi la priorité au mariage et aux grossesses par rapport à une éducation dont ils ne connaissent pas la valeur. Ils peuvent ne pas se rendre compte que cette tradition de mariage précoce prive leurs filles de leur liberté personnelle, en les contraignant à des relations sexuelles non consenties, et qu'elle diminue leur possibilité de développement par l'éducation et de choix de vie personnels<sup>397</sup>. Faute d'instruction, les parents peuvent ignorer que ces grossesses prématurées mettent en danger la vie de leurs filles, parce que leurs corps ne sont pas prêts<sup>398</sup>.

---

<sup>393</sup> CEDEF, article 10(b)(e)(h).

<sup>394</sup> CEDEF, article 10(f).

<sup>395</sup> Voir, p.ex., ECRI, Second rapport sur la Hongrie, *supra*, note 386, paragraphe 31.

<sup>396</sup> Entretiens, Aspropyrgos, Grèce, 12 novembre ; Nieuwegein, Pays-Bas, 10 octobre ; Strasbourg, France, 4 décembre ; Plovdiv, Bulgarie, 20 novembre 2001.

<sup>397</sup> « *Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls* », novembre 2001, International Planned Parenthood Federation, p. 6.

<sup>398</sup> Id.

Dans la mesure où ces pratiques culturelles réduisent ou interdisent l'accès des jeunes filles à l'éducation, elles nuisent à leur santé et à leur bien-être. Il est indispensable de savoir lire pour pouvoir accéder aux informations sur les risques et la prévention sanitaire : ces informations sont en effet souvent écrites, sous forme de textes qu'il faut lire et relire pour les assimiler<sup>399</sup>. Une éducation adéquate, notamment concernant les droits de l'homme et l'égalité entre les hommes et les femmes, est la clé si l'on veut que les femmes puissent exercer leur libre arbitre concernant leurs relations sexuelles ; elle les prépare notamment à prendre des initiatives informées pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida. Grâce à l'éducation, les femmes peuvent acquérir un jugement critique susceptible de les aider à choisir le moment et l'espace de leurs maternités, de même qu'à protéger la santé de leurs enfants<sup>400</sup>. Ainsi, l'information accroît la probabilité d'une maternité sûre et d'une famille en bonne santé. Au final, l'éducation donne aux femmes les moyens de modifier les coutumes qui ont des effets néfastes sur leur autonomie personnelle et sur le bien-être de la communauté<sup>401</sup>.

De plus en plus, les femmes roms se rendent compte que l'éducation est la clé de leur avenir, dans la mesure où elle peut leur donner les moyens de s'affirmer. Beaucoup d'entre elles désirent que leurs filles poursuivent leurs études et reconnaissent la nécessité de la formation professionnelle pour élargir leurs opportunités d'emploi. De fait, les Etats doivent s'adapter aux traditions qui influent sur l'accès des filles roms à l'éducation, mais aussi les remettre en question. En plus des obligations susmentionnées, la CEDEF enjoint les Etats parties à « prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes »<sup>402</sup>. Pour sa part, la Convention relative aux droits de l'enfant exige des Etats parties qu'ils prennent toutes les mesures effectives et appropriées en vue d'abolir les traditions préjudiciables à la santé des enfants<sup>403</sup>. Ces obligations englobent non seulement la scolarisation en école maternelle, mais aussi l'application de la scolarité obligatoire, et la prise de mesures visant à changer les attitudes, dans le but de retarder les mariages et de promouvoir la scolarisation des écoles par les filles et les jeunes femmes roms.

Concernant l'éducation dans les écoles maternelles, l'ECRI encourage les autorités gouvernementales à prendre des mesures, telles que des campagnes d'information et de sensibilisation en faveur de la scolarisation des enfants roms/tsiganes. En réponse aux préoccupations selon lesquelles des opportunités éducatives restreintes privent les enfants roms des outils d'insertion sociale, l'Unité éducative rom du Conseil finlandais de l'éducation nationale

---

<sup>399</sup> Cook et Dickens, *supra*, note 232, p. 61.

<sup>400</sup> Id. Voir aussi discussion sur « L'éducation, clef d'accès aux autres droits de l'homme », Rapport annuel présenté par Mme Katarina Tomaševski, Rapporteuse spéciale sur le droit à l'éducation, dans E.CN.4/2001/52, 9 janvier 2001, paragraphes 11-13.

<sup>401</sup> Pour une présentation et des exemples de l'évolution des rôles des femmes dans les communautés roms, leur contestation des pratiques et des rôles traditionnels, en tant que force du changement, voir, p.ex. : Liégeois, Jean-Pierre, « Roma, Tsiganes, Voyageurs », Ed. du Conseil de l'Europe, 1994 ; Acton, Thomas, « *Gender Issues in Accounts of Gypsy Health and Hygiene as Discourses of Social Control* » (Disponible chez l'auteur.) ; « Roundtable : Romani activists on Women's rights », *Roma Rights* n° 1, 2000, *supra*, note 45.

<sup>402</sup> CEDEF, article 2(f).

<sup>403</sup> CRC, article 24.3.

a initié un projet visant à aider les enfants roms et leurs familles dans le contexte de l'éducation préscolaire et de l'école polyvalente. Sur la base d'une étude nationale, l'Unité éducative rom entend développer un réseau entre les enfants roms, leurs familles et les autorités scolaires, de sorte à améliorer les mesures au profit de ces élèves<sup>404</sup>. Au Portugal, le ministère de l'Éducation a engagé des actions en faveur de l'éducation des parents roms au sujet des avantages de l'éducation dispensée par les écoles maternelles<sup>405</sup>. A la lumière du succès des programmes annuels dits de « niveau zéro » en République tchèque, qui visent à préparer les Roms défavorisés à leur première année scolaire et à les encourager à poursuivre leurs études, l'ECRI a exhorté les autorités à généraliser de telles initiatives en les dotant des ressources et de la publicité adéquates<sup>406</sup>.

Plus globalement, dans sa Recommandation de politique générale n° 3, l'ECRI a demandé aux gouvernements de garantir la mise en œuvre effective de l'égalité d'accès à l'éducation. Parmi les efforts qui pourraient être faits à cet égard, citons : l'encouragement de la participation des parents aux décisions éducatives concernant leurs enfants, la mise en place de formations réservées aux enfants n'ayant pas atteint les niveaux requis pour poursuivre leur parcours scolaire, le développement d'initiatives destinées aux adultes, la garantie d'être admis dans les établissements scolaires et de pouvoir suivre les cursus, en particulier dans l'enseignement supérieur, et l'affectation de ressources à l'enseignement à temps partiel ou à domicile<sup>407</sup>. Ces initiatives devraient être programmées en portant une attention particulière aux besoins des jeunes filles, des adolescentes et des femmes roms. Les programmes de l'enseignement primaire et secondaire devraient autoriser l'accueil de jeunes filles qui ont abandonné l'école un temps et y retournent après s'être mariées ou avoir eu des enfants. Il faudrait prévoir des incitations et des systèmes de soutien spéciaux, afin d'encourager les femmes roms à poursuivre leurs études dans l'enseignement du troisième degré.

Plusieurs ONG ont tenté de combler le fossé laissé par les institutions éducatives dans l'éducation des filles roms. Le projet rom à Amsterdam, *Zuid-Oost*, tente de faire participer des jeunes filles roms entre 13 et 15 ans à des sessions hebdomadaires sur les soins aux enfants et l'autonomie<sup>408</sup>. A Grenade, en Espagne, *l'Asociación de Mujeres Gitanas « ROMI »* aide les jeunes filles, les femmes et leurs familles à comprendre en quoi la formation continue, outre le fait d'être compatible avec leurs valeurs et leur culture, peut même contribuer à leur renforcement<sup>409</sup>. A chaque fois que possible, dans le but d'atteindre ces objectifs, les Etats devraient coordonner les efforts mis en oeuvre et encourager les partenariats avec les femmes et les organisations roms qui partagent des préoccupations similaires.

---

<sup>404</sup> « *Comprehensive School and Pre-School Education Project for Roma Children, 2001* », Conseil finlandais de l'éducation nationale, Unité éducative rom. (Disponible chez l'auteur.)

<sup>405</sup> Informations soumises à la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, par le Haut Commissaire portugais des migrations et des minorités ethniques (ACIME) et le ministère de la Santé.

<sup>406</sup> ECRI, Second rapport sur la République tchèque, *supra*, note 333, paragraphe 34.

<sup>407</sup> ECRI, Second rapport sur la Slovaquie, *supra*, note 125, paragraphes 65-66, Second Rapport sur le Royaume-Uni, CRI (2001) 6, adopté le 16 juin 2000, paragraphe 40 et Second Rapport sur la Roumanie, *supra*, note 386, paragraphe 35.

<sup>408</sup> Entretien, Amsterdam, Pays-Bas, 11 octobre 2001.

<sup>409</sup> Entretien, Grenade, Espagne, 30 novembre 2001.

L'attention des Etats est aussi attirée sur une publication en anglais de l'ECRI, « *Practical examples in combating racism and intolerance against Roma/Gypsies* » (Exemples pratiques pour combattre le racisme et l'intolérance à l'égard des Roms/Tsiganes), qui répertorie des exemples de bonnes pratiques dans des domaines tels que l'autonomie des Roms, l'éducation et les jeunes. Des initiatives telles que le Projet de soutien éducatif (programme pour les enfants qui ont quitté l'école et pour les filles interdites d'école), à Timisoara, en Roumanie, et l'Ecole professionnelle alternative (qui propose une éducation de rattrapage et une formation professionnelle) à Szolnok, en Hongrie, offrent un cadre dans lequel intégrer des soins de santé<sup>410</sup>. Les Etats sont encouragés à repérer les initiatives mises en oeuvre dans l'éducation et d'autres domaines, dans lesquelles il serait possible d'intégrer une dimension sanitaire.

Il faudrait envisager que les médiateurs puissent aider les filles à exercer leur droit à l'éducation. Avec les parents, les médiateurs pourraient s'engager dans un dialogue sur l'importance de l'éducation pour l'exercice du libre choix des filles et leur développement personnel – y compris l'intérêt de retarder le mariage. Ils pourraient promouvoir les relations entre l'école et les parents, notamment pour identifier la façon dont les autorités scolaires pourraient contribuer à la promotion de la sécurité et de la dignité des filles, tandis qu'elles poursuivent leurs études. Les médiateurs pourraient aussi aider à sensibiliser les enseignants au sujet de la dynamique des genres dans la communauté rom, tout en veillant à les débarrasser de leurs stéréotypes et préjugés – qui enferment les enfants roms, et notamment les filles, dans des attentes moins ambitieuses. Grâce à des mesures de consolidation de la confiance et à une éducation aux droits, les médiateurs pourraient aider les jeunes filles et les femmes roms à identifier et à poursuivre leurs objectifs éducatifs.

#### **D. L'accès à un logement suffisant et à la santé**

L'accès à la santé sur une base non discriminatoire est, à maints égards, en relation avec l'amélioration des conditions de vie et l'accès à un logement adéquat<sup>411</sup>. Dans leurs communautés, les femmes, principales utilisatrices de leur logement – premier lieu de travail, mais aussi de soins aux enfants et d'interaction sociale – et responsables de son entretien, sont pour ces raisons les plus concernées par cette question. De ce fait, elles sont aussi à l'origine de la plupart des exigences relatives au logement<sup>412</sup>. Parmi les facteurs en relation avec le logement,

---

<sup>410</sup> ECRI, *Practical Examples in Combating Racism and Intolerance Against Roma/Gypsies*, CRI (2001) 28, Strasbourg, octobre 2001, pp.35, 41.

<sup>411</sup> Le terme de *logement* s'applique à diverses formes d'habitation, dont les camps et les sites pour la halte. Il est aussi censé englober l'environnement au sens plus large – par essence, les « conditions de vie » – dans lequel se situe le logement, à savoir les infrastructures, les services publics, etc. Ces applications sont cohérentes avec le droit au logement tel que défini dans le PIRDESC et exposé dans l'Observation générale n° 4 du CDESC sur le droit à un logement suffisant (voir ci-dessous). Néanmoins, la CEDEF, par exemple, reconnaît un droit à des conditions de vie satisfaisantes dans son article 14(h), dans lesquelles le logement est compris. Dans cette section du rapport, la définition du CDESC est utilisée comme cadre d'analyse ; cela étant, la terminologie d'origine des références à un logement et à des conditions adéquates, lorsqu'elles sont issues d'autres sources, sera respectée.

<sup>412</sup> Ina Zoon, « *The Right to Adequate Housing* », Roma Rights n° 2, 2000, *supra*, note 21, p. 46.

qui ont des impacts sur leur santé, il faut évoquer la médiocrité des conditions de vie et le manque de services publics à la disposition des camps ruraux et des sites de caravanes, les difficultés à avoir un domicile permanent et les expulsions. Ces facteurs détournent en outre les femmes de leur propre santé. Si les Etats souhaitent améliorer la santé de ces femmes et de leurs communautés, ils doivent parallèlement leur garantir l'accès à un logement adéquat.

## **1. Des conditions de vie inadaptées**

Le droit à un logement suffisant est établi par plusieurs conventions internationales, dont en particulier le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDESC). L'article 11 de cet instrument stipule que :

» Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence.<sup>413</sup> »

L'Observation générale n° 4 du CDESC sur le droit à un logement suffisant énumère sept éléments constitutifs d'un logement suffisant, dont l'habitabilité, l'existence de services, matériaux, équipements et infrastructures, le respect du milieu culturel et la sécurité légale de l'occupation<sup>414</sup>. Or, de nombreux Roms sont contraints de vivre dans des conditions qui sont loin de satisfaire à ces critères. La Directive de l'UE sur l'égalité raciale interdit, elle aussi, la

---

<sup>413</sup> PIRDESC, art. 11.

<sup>414</sup> L'habitabilité. Un logement convenable doit être habitable, en ce sens qu'il doit offrir l'espace convenable et la protection contre le froid, l'humidité, la chaleur, la pluie, le vent ou d'autres dangers de maladies. La sécurité physique des occupants doit également être garantie.

L'existence de services, matériaux, équipements et infrastructures. Un logement convenable doit comprendre certains équipements essentiels à la santé, à la sécurité, au confort et à la nutrition. Tous les bénéficiaires du droit à un logement convenable doivent avoir un accès permanent à des ressources naturelles et communes : de l'eau potable, de l'énergie pour cuisiner, le chauffage et l'éclairage, des installations sanitaires et de lavage, des moyens de conservation des denrées alimentaires, d'un système d'évacuation des déchets, de drainage et des services d'urgence. Lorsqu'un ou plusieurs de ces attributs constitutifs d'un logement décent ne sont pas réunis, le droit à un logement décent n'est pas pleinement réalisé.

Le respect du milieu culturel. L'architecture, les matériaux de construction utilisés et les politiques en la matière doivent permettre d'exprimer convenablement l'identité culturelle et la diversité dans le logement. Dans les activités de construction ou de modernisation de logements, il faut veiller à ce que les dimensions culturelles du logement ne soient pas sacrifiées et que, si besoin est, les équipements techniques modernes, notamment, soient assurés.

La sécurité légale de l'occupation. Il existe diverses formes d'occupation : la location (par le secteur public ou privé), la copropriété, le bail, la propriété, l'hébergement d'urgence et l'occupation précaire, qu'il s'agisse de terres ou de locaux. Quel que soit le régime d'occupation, chaque personne a droit à un certain degré de sécurité qui garantit la protection légale contre l'expulsion, le harcèlement ou autres menaces. Les Etats parties doivent par conséquent prendre immédiatement des mesures en vue d'assurer la sécurité légale de l'occupation aux individus et aux familles qui ne bénéficient pas encore de cette protection, en procédant à de véritables consultations avec les personnes et les groupes concernés.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 4, Le droit à un logement suffisant (Article 11(1) du Pacte), Sixième session, 1991, paragraphes 8(a)(b)(d)(g).

discrimination à l'accès et à la fourniture de biens et services destinés au public, y compris le logement. La disponibilité de logement suffisant dans des conditions d'égalité peut être l'un des domaines examinés pour s'assurer de l'absence de discrimination et vérifier si les communautés roms jouissent des mêmes droits que les autres.

Urbains ou ruraux, les campements sont systématiquement privés d'eau pure et potable, de chauffage, d'électricité, de routes pavées, de collecte de déchets<sup>415</sup>, ou encore de système d'assainissement. Les risques structurels et sanitaires sont multiples – entassement dans les logements, fuites dans les toits, infestation de rongeurs, bâtiments à moitié détruits, routes à forte circulation. Les communautés roms souffrent aussi d'une exposition extrême aux risques de l'environnement, due notamment à la proximité de décharges municipales, d'incinérateurs ou d'autres sources de pollutions néfastes.

Dans les zones rurales, faute de ramassage régulier des déchets et de services d'assainissement, les résidents en sont réduits à stocker les ordures ménagères et les déchets humains dans les forêts et les rivières, qui vont induire des risques sanitaires et de maladies telles que l'hépatite<sup>416</sup>. Pour diverses raisons, de telles conditions de vie s'avèrent être la seule option des Roms. Ils peuvent être contraints d'aller s'installer dans des zones structurellement dangereuses ou polluées, pour fuir le harcèlement et la discrimination subis ailleurs et en croyant qu'ils ne seront plus dérangés. Ils sont parfois dans l'incapacité de s'offrir d'autres logements. Ils peuvent aussi dépendre des autorités pour ce qui est de leur lieu de vie. En Italie, parmi les camps réservés aux Roms – dont la plupart sont autorisés par le gouvernement -, il semblerait que pas un ne dispose d'un réseau d'assainissement adéquat<sup>417</sup>. Dans la région de Lower Hrušov, Ostrava, en République tchèque, les Roms vivraient au milieu des rats dans des appartements minables, où les déchets, non ramassés, sont entreposés dans des bâtiments voisins. Les pouvoirs locaux n'ont pas désiré mettre de logements à la disposition des Roms hors de cette zone, bien que celle-ci ait été déclarée impropre à l'habitation humaine. Au même moment, les autorités exigeraient des Roms des loyers relativement élevés, parce que les appartements qu'ils occupent seraient de « grande qualité »<sup>418</sup>.

Ces conditions inadaptées pourraient résulter de pratiques discriminatoires dans la fourniture d'autres services publics, dont voici un exemple : les Roms logés dans le quartier Ferentari de Bucarest sont contraints de soudoyer les agents des services d'entretien pour qu'ils collectent les déchets, tout en devant vivre dans les ordures jetées près de chez eux par d'autres quartiers de la

---

<sup>415</sup> Du fait de leur rôle social, les femmes sont plus exposées que les hommes aux risques liés à l'exposition à des déchets ou des polluants émanant de ces déchets. Les responsabilités domestiques des femmes, et leur niveau d'interaction avec leur environnement local, les exposent et les mettent en contact avec des déchets non collectés... Certaines occupations, principalement féminines, comme la récupération, accroissent leur exposition. « *Impact on Women's Health of Waste Mismanagement* », Environmental Health Newsletter de l'OMS, No 25, décembre 1995, p. 11, disponible à l'adresse suivante : [www.who.int/peh/ehh/ehh25e.doc](http://www.who.int/peh/ehh/ehh25e.doc).

<sup>416</sup> « *Improving Primary Health Care : Public Health and Cultural Research with Roma Communities in Romania* », *supra*, note 16, section 6.a, Appropriate cultural strategies to increase the access of the Roma to health care.

<sup>417</sup> « *Campland : Racial Segregation of Roma in Italy* », *supra*, note 332, p. 21.

<sup>418</sup> Eva Sobotka, « *Life under the bridge : ghettoizing Roma in Lower Hrušov, Ostrava, Czech Republic* » Roma Rights n° 2, 2000 – Housing ; *supra*, note 21, pp. 52-55.

ville<sup>419</sup>. Un autre exemple concerne la décision des autorités locales, soi-disant différée, de reloger sur un site permanent plus grand, des Tsiganes vivant sur un campement de caravanes près de Toulouse depuis des inondations. Ce retard s'expliquerait en grande partie par la présomption d'une chute du prix de l'immobilier, où que soient installées les caravanes<sup>420</sup>.

Certaines autorités ont pris des mesures ambitieuses pour reloger correctement des familles roms qui vivaient dans des conditions précaires ou illégales. A ce titre, il faut citer *l'Instituto de Realojamiento e Integracion Social* (IRIS) à Madrid, en Espagne, qui a relogé dans des appartements des familles vivant dans les *chabolas*, sur la base de contrats de location négociés et d'une charte claire et précise des droits et des devoirs des locataires. Il est important de noter que le programme de l'IRIS prend en compte les questions d'éducation, la santé et les prestations sociales et qu'il inclut l'intervention de travailleurs sociaux pour faciliter l'insertion dans le voisinage<sup>421</sup>.

L'isolement des logements est une autre source majeure d'inquiétude pour les Roms. Selon le CDESC, un logement, pour être convenable, doit se situer en un lieu où coexistent des possibilités d'emploi, des services de santé, des établissements scolaires, des centres de soins pour enfants et d'autres services sociaux. De même, il ne doit pas être construit sur des emplacements pollués<sup>422</sup>. En vertu de la CEDEF, les Etats parties sont tenus d'assurer aux femmes dans les zones rurales le droit de bénéficier de conditions de vie convenables, notamment en ce qui concerne le logement, l'assainissement, l'approvisionnement en électricité et en eau, les transports et les communications, et d'avoir accès aux soins de santé<sup>423</sup>. Néanmoins, l'isolement de nombreux sites et camps de caravanes, auquel s'ajoutent les préjugés liés aux Roms, sont des sources potentielles de considérables difficultés économiques, physiques et psychologiques. La recherche a en effet démontré qu'il existait un taux plus élevé d'accidents, de dépression et d'autres maladies dans les camps mal situés et médiocrement équipés<sup>424</sup>.

Il arrive que les services publics et privés refusent d'assurer leurs prestations dans les « quartiers roms ». Lorsque les Roms vivent dans l'isolement, ces stéréotypes accroissent leur difficulté d'accès à ces services. Il peut, par exemple, y avoir des différences même dans la distribution du courrier, qui sous-tend la réception des prestations sociales : il arrive que les facteurs laissent les lettres dans un proche magasin ou les remettent aux enfants, plutôt que d'aller jusqu'aux maisons de leurs destinataires<sup>425</sup>. Les représentants de différents produits et services évitent parfois de se rendre dans les camps<sup>426</sup>. Les femmes, que leurs rôles et responsabilités confinent dans leurs foyers, peuvent avoir beaucoup de mal à supporter ces stress et cet isolement.

---

<sup>419</sup> Entretiens, Bucarest, Roumanie, 20 septembre 2001.

<sup>420</sup> Entretiens, Toulouse, France, 11 décembre 2001.

<sup>421</sup> Entretiens, Madrid, Espagne, 28 novembre 2001.

<sup>422</sup> Observation générale n° 4 du CDESC, *supra*, note 415, paragraphe 8 (f) : L'emplacement.

<sup>423</sup> CEDEF, article 14(2)(b) et (h).

<sup>424</sup> Id.

<sup>425</sup> Entretiens, Toulouse, France, 11 décembre 2001.

<sup>426</sup> Entretiens, Stein, Pays-Bas, 10 octobre ; Dublin, Irlande, 6 décembre ; Toulouse, France, 11 décembre 2001.

Face aux multiples difficultés des femmes isolées, le Traveller's Health Project (Projet en faveur de la santé des Voyageurs), à Bristol en Angleterre, a mis en place un dispensaire mobile ; son but était d'apporter des soins aux femmes (examens, contraceptifs, traitements des maladies chroniques) et de leur proposer des solutions créatives, à multiples facettes, pour mettre un terme à leur isolement. Le dispensaire a notamment pris en compte que les médecins de famille se déplaçaient peu sur les sites et que les dépressions liées aux conditions de vie pouvaient amener les femmes à se désintéresser de leur santé. Devant le tabagisme excessif de certaines femmes, en réaction à leur isolement, au manque d'opportunités d'activités et à la dépression, le projet a également favorisé leur obtention du permis de conduire<sup>427</sup>. Cette initiative a garanti aux femmes un meilleur accès aux services. Elle a aussi permis de diminuer le stress provoqué par la police locale qui, avait-on prétendu, pistaient les femmes qui quittaient le site en voiture, afin de vérifier la validité de leur permis de conduire<sup>428</sup>. Malgré les bons résultats obtenus par ce programme, son financement a été interrompu. Il faut espérer que la reconnaissance du potentiel de tels efforts, déployés pour combler les lacunes dans les services réguliers et y intégrer les Roms, encourageront l'extension de ce type de démarche. Le ministère grec de la Santé et de la Prévoyance pilote également un programme de cinquante « centres médico-sociaux » destinés aux Roms vivant dans des camps et de deux unités mobiles pour les populations nomades. Ces centres dispensent des services de médecine préventive et une assistance médicale et sociale élémentaire tout en facilitant l'accès des Roms grecs au système national de santé et en les aidant à se familiariser avec les services publics existants. Les unités mobiles dispensent des services similaires aux populations nomades. La plupart du temps, les Roms sont traités gratuitement, la grande majorité étant en mesure de prouver leurs difficultés financières. En outre, les populations non assurées peuvent accéder librement et gratuitement aux services du système national de santé en cas d'urgence<sup>429</sup>.

## **2. Les besoins en matière de logement**

Les papiers d'identité sont l'un des éléments nécessaires pour se faire enregistrer comme résident, et donc, pour l'accès au logement. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, dans la Section III A, Accès à un statut juridique attesté par des documents, de très nombreux Roms ne possèdent pas de carte d'identité ou d'autres documents et se voient de ce fait refuser diverses prestations relatives au logement, à la protection sociale et à la santé. En Italie, les problèmes que rencontrent les Roms pour obtenir un permis de résidence seraient attribués à l'abus de pouvoir discrétionnaire des autorités, au manque d'information ou encore à des exigences trop lourdes en termes d'éligibilité<sup>430</sup>. Certaines municipalités, en Grèce, ont refusé d'inscrire des Roms désireux de changer de lieu de résidence<sup>431</sup>, pour semble-t-il éviter de leur accorder les avantages

---

<sup>427</sup> Entretiens, Bristol, Angleterre, 26 octobre 2001.

<sup>428</sup> Id.

<sup>429</sup> Commentaires du gouvernement grec (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>430</sup> « Campland : Racial Segregation of Roma in Italy », *supra*, note 332, pp. 18-19.

<sup>431</sup> ECRI, Second rapport sur la Grèce, *supra*, note 149, paragraphe 33.

auxquels ils pourraient prétendre en tant que nouveaux résidents. L'ECRI s'est insurgée contre la récente déclaration du maire de Bucarest, selon laquelle toute personne sans permis de séjour valide serait expulsée de la ville<sup>432</sup>.

La légalité du logement est une autre condition au statut de résident permanent. Dans la mesure où les Roms sont excessivement représentés parmi les personnes vivant dans des logements impropres à l'habitation, terriblement mal situés ou construits, l'exigence de domicile nuit particulièrement à l'accès aux services pour lesquels elle est imposée. Dans le quartier de Fakulteta à Sofia, en Bulgarie, les nombreux habitants sans permis de résidence se trouvent confrontés non seulement à la peur de l'expulsion, mais aussi à la corruption et à la subornation, de règle dans les services publics de logement, pour obtenir la légalisation du logement<sup>433</sup>. Il arrive aussi que les autorités refusent de renouveler les contrats de location aux Roms qui vivent dans des logements impropres à l'habitation, alors qu'elles ont longtemps fermé les yeux sur ces situations. En fait, les Roms qui vivent déjà dans des conditions précaires craignent que les autorités prétextent des contrôles sanitaires pour les expulser, sans leur fournir d'autres logements convenables, plutôt que de devoir améliorer leur situation<sup>434</sup>.

Lorsqu'une preuve de la résidence est nécessaire pour accéder aux services publics, les lois et les politiques qui autorisent l'installation de caravanes sur des sites qui ne satisfont pas aux besoins des populations concernées soulèvent des problèmes particuliers. En janvier 2001, un décompte effectué au Royaume-Uni a montré que 2.608 caravanes stationnaient sur des sites illégaux<sup>435</sup>. Si certaines de ces caravanes appartiennent à des personnes qui ont accès à d'autres sites, légaux cette fois<sup>436</sup>, il semble particulièrement urgent de régler le problème de la disponibilité de sites en raison de la Loi sur la justice pénale et l'ordre public, adoptée par l'Angleterre en 1994 : cette loi dégage en effet les collectivités locales de l'obligation de mettre des sites à disposition tout en renforçant les pouvoirs d'exclusion des autorités locales et de la police (et rendant passibles de sanctions pénales les personnes qui ne quittent pas les lieux après en avoir été sommées par les autorités)<sup>437</sup>. Ces changements ont pour effet combiné de reléguer les gens du voyage sur des sites dangereux, en bordure de route, et de leur interdire l'usage des services publics faute d'adresse légale ou parce qu'ils ne peuvent accéder à ces services. Par conséquent, on attend avec impatience les résultats de l'enquête du Comité des Délégués des ministres sur l'adéquation des sites existants, ainsi que les propositions de politiques inspirées de ces résultats<sup>438</sup>.

---

<sup>432</sup> ECRI, Second rapport sur la Roumanie, *supra*, note 385, paragraphe 41.

<sup>433</sup> Mihail Gheorgiev, « *Fighting for Fakulteta : advocating Roma housing rights in Bulgaria* », Roma Rights n° 2, 2000 – Housing ; *supra*, note 21, pp. 49-50.

<sup>434</sup> Entretiens, Budapest, Hongrie, 9 novembre 2001.

<sup>435</sup> Commentaires du gouvernement de Royaume-Uni sur l'avis du Comité consultatif sur la mise en oeuvre de la Convention-cadre pour la protection des minorités nationales par le Royaume-Uni, adopté le 22 mai 2002 ; au sujet de l'article 5, voir paragraphes 40-42 : Mise à disposition de sites pour les Roms/Tsiganes et Gens du Voyage.

<sup>436</sup> Id.

<sup>437</sup> Rachel Morris, « *The Invisibility of Gypsies and Other Travellers* », *supra*, note 11, p. 2.

<sup>438</sup> ACFC, Commentaires du gouvernement de Royaume-Uni sur l'avis du Comité consultatif sur la mise en oeuvre de la Convention-cadre pour la protection des minorités nationales par le Royaume-Uni, *supra*, note 436, paragraphe 112. 112.

En France, il semblerait que la loi Besson – qui exige que toutes les communes de plus de 5.000 habitants disposent de sites pour les gens du voyage – n'a abouti qu'à la création de 10.000 sites, alors que les besoins semblent beaucoup plus élevés. Un amendement voté en 2000 confère cette responsabilité à l'Etat dans le cas où les communes ne respecteraient pas leur obligation de planification<sup>439</sup>. Dans le même temps, cet amendement permet aux autorités d'interdire complètement les caravanes dans certaines municipalités pour cause de campement interdit en un endroit, alors que ce campement interdit est peut-être une réponse directe au manque d'espace sur les sites existants<sup>440</sup>. Même si cet amendement est respecté, les deux années accordées aux municipalités pour créer et concrétiser les plans d'aménagement des sites laissent penser que de nombreuses familles vont continuer à vivre longtemps dans la précarité, privées de domicile permanent et, par voie de conséquence, de l'accès aux services publics.

En réponse à la difficulté d'assurer un domicile permanent, certaines ONG comme l'Association pour une recherche pédagogique ouverte en milieu tsigane (ARPOMT) à Strasbourg, en France, ont entrepris de fournir une adresse permanente aux populations nomades pour leur faciliter l'accès aux services publics<sup>441</sup>. De telles solutions devraient être temporaires, en tous cas en attendant que les Etats remplissent leurs obligations telles que définies dans l'Observation générale n° 4 sur le droit à un logement suffisant, à savoir d'assurer, entre autres, l'habitabilité du logement, la sécurité légale de l'occupation et le respect du milieu culturel. Ces obligations devraient également valoir pour les Roms qui vivent dans des caravanes et d'autres habitations mobiles, selon un mode de vie sédentaire, semi-nomade ou nomade<sup>442</sup>. De plus, les Etats devraient prendre des mesures pour garantir que l'accès aux services publics ne leur est pas refusé au motif qu'ils ne satisfont pas à des exigences relatives à un logement suffisant.

---

<sup>439</sup> Voir Loi n° 2000-614, France, adoptée le 5 juillet 2000, relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage, section (1).

<sup>440</sup> Loi du 5 juillet 2000 sur l'accueil et l'habitat des gens du voyage, Groupe de travail « Gens du Voyage », Commentaires, 5 juillet 2000, Ligue des Droits de l'Homme, Paris, France. Disponible à l'adresse suivante : [http://perso.wanadoo.fr/ldh/actions/commissions/gdv/comment\\_loi050700.html](http://perso.wanadoo.fr/ldh/actions/commissions/gdv/comment_loi050700.html)

<sup>441</sup> Entretiens, Strasbourg, France, 14 décembre 2001.

<sup>442</sup> Le Comité consultatif de la Convention-cadre pour la protection des minorités a exprimé sa préoccupation face aux difficultés que rencontrent les Roms/Tsiganes et Voyageurs pour trouver des aires de stationnement, du fait de la loi britannique sur la justice pénale et l'ordre public qui a contraint de nombreux Roms/Tsiganes et Voyageurs irlandais à renoncer à leur mode de vie nomade. ACFC, Avis sur le Royaume-Uni, adopté le 30 novembre 2001, paragraphe 41. Dans l'arrêt qu'elle a rendu dans l'affaire *Chapman c. Royaume-Uni* (18 janvier 2001, requête n° 27238/95), la Cour observe qu'un consensus international se fait jour au sein des Etats contractants du Conseil de l'Europe pour reconnaître les besoins particuliers des minorités et l'obligation de protéger leur sécurité, leur identité et leur mode de vie (paragraphe 93). La Cour n'était toutefois pas convaincue que ce consensus soit suffisamment concret pour qu'elle puisse en tirer des indications quant au comportement ou aux normes applicables à une situation donnée. En l'occurrence, la Cour a considéré que la vie en caravane faisait « partie intégrante de l'identité [ethnique] de la requérante » (paragraphe 73) et rappelé, comme elle l'avait indiqué dans l'arrêt *Buckley c. Royaume-Uni*, que « l'article 8 impose donc aux Etats contractants l'obligation positive de permettre aux Tsiganes de suivre leur mode de vie » (paragraphe 96). Elle n'était cependant pas convaincue, en dépit de l'évolution manifeste du droit international en matière de protection des minorités, que l'article 8 puisse être interprété dans le sens d'une obligation positive en matière sociale, impliquant la mise à disposition d'un nombre de places de campement sur des sites autorisés correspondant au nombre de Tsiganes (paragraphe 98).

L'amendement 2000 à la loi Besson prévoit la création d'un comité consultatif chargé de son application<sup>443</sup>. Ce comité devrait inclure des représentants des gens du voyage et d'associations oeuvrant en leur faveur. Afin de satisfaire les conditions d'un logement suffisant pour les populations, il faut que cette loi et d'autres du même acabit promeuvent la participation des individus qu'elles concernent. Le rôle premier des femmes dans l'utilisation et l'entretien du logement démontre que leur participation est essentielle dans le processus de détermination de sites adéquats. Il faut par conséquent multiplier les efforts pour identifier et soutenir les femmes roms au niveau de la réhabilitation, de la conception et du choix de l'emplacement des sites<sup>444</sup>.

### **3. Les expulsions forcées**

L'expulsion forcée est définie comme « l'éviction permanente ou temporaire, contre leur volonté et sans qu'une protection juridique ou autre appropriée ait été assurée, de personnes, de familles ou de communautés, de leurs foyers ou des terres qu'elles occupent »<sup>445</sup>.

Beaucoup de communautés et de camps informels, souvent illégaux, ne jouissent pas de la sécurité d'occupation<sup>446</sup> ; par conséquent, leurs habitants ne sont pas protégés des expulsions forcées arbitraires, du harcèlement et d'autres menaces.

Si toutes les expulsions ne sont pas des expulsions forcées, les dispositions de non-discrimination des articles 2(2) et 3 du PIDESC imposent aux gouvernements l'obligation d'assurer que, en cas d'expulsions légales, des mesures sont prises pour garantir qu'aucune forme de discrimination n'est impliquée. General Comment No. L'Observation générale n° 7 sur les expulsions forcées, introduite par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, spécifie en outre « [qu'] il ne faudrait pas que, suite à une expulsion, une personne se retrouve sans toit ou puisse être victime d'une violation d'autres droits de l'homme. Lorsqu'une personne ne peut subvenir à ses besoins, l'Etat partie doit, par tous les moyens appropriés, au maximum de ses ressources disponibles, veiller à ce que d'autres possibilités de logement, de réinstallation ou d'accès à une terre productive, selon le cas, lui soient offertes<sup>447</sup>.

Les organisations qui agissent au nom des Roms reconnaissent la vulnérabilité particulière de ces derniers aux mauvais traitements dans le contexte des expulsions. De nombreuses communautés roms sont installées dans l'illégalité et/ou en considérées d'un mauvais oeil par la population

---

<sup>443</sup> Loi n° 2000-614, France, adoptée le 5 juillet 2000, relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage, *supra* note 440, article 1, paragraphe IV.

<sup>444</sup> Observant le manque de contrôle des femmes sur la salubrité de leur environnement, dans les contextes urbains ou autres, l'OMS recommande d'aider les femmes à négocier une meilleure situation en la matière. Environmental Health Newsletter de l'OMS, *supra*, note 416, p. 18.

<sup>445</sup> CDESC, Observation générale n° 7 : Le droit à un logement suffisant : expulsions forcées. E/C.12/1997/4, paragraphe 3.

<sup>446</sup> « *Why housing rights ?* », Center on Housing Rights and Evictions, Geneva, Switzerland, disponible l'adresse suivante : <http://www.cohre.org/hrframe.html>

<sup>447</sup> Observation générale n° 7, *supra*, note 446, paragraphe 17.

locale. Parallèlement, leurs membres, qui méconnaissent souvent les lois et les dispositions régissant le logement et les expulsions, essayent en outre d'éviter les contacts avec les autorités compte tenu des conditions précaires qui sont les leurs.

Les expulsions contraintes se sont révélées avoir des impacts sur les aspects psychologiques et physiques de la santé. A cet égard, il faut mentionner des traumatismes divers, la perturbation de la vie quotidienne et du rythme des enfants, les risques pour la santé présentés par les endroits qui accueillent les camps installés en urgence, mais aussi l'accès interrompu aux services de santé publique<sup>448</sup>. Avec la crainte de l'expulsion, les tentatives d'enregistrement auprès d'un médecin local peuvent paraître futiles. Lorsqu'un centre de consultation est enfin repéré, les Roms risquent de ne pas pouvoir honorer leur rendez-vous faute de pouvoir contrôler les mouvements de leur communauté<sup>449</sup>. Du fait de l'insécurité et parce qu'ils ignorent où se trouvent les centres de consultation les plus proches, l'accès aux services, même minimum, est difficile.

Il est largement reconnu que les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, les populations autochtones, les minorités ethniques et d'autres, mais aussi d'autres individus et groupes vulnérables, souffrent de façon particulièrement aiguë des expulsions forcées<sup>450</sup>. Les femmes en particulier sont les plus exposées aux traumatismes associés aux expulsions et à la violence sexuelle, dans la mesure où elles ont de fortes chances de se trouver à la maison au moment des faits ; elles sont aussi plus vulnérables aux violences physiques et sexuelles, à la fois pendant et suite aux expulsions. Les rôles spécifiques des deux sexes influent en outre sur la façon dont les expulsions sont vécues ; les femmes tendent en effet à assumer le rôle de soutien et à se préoccuper des soucis de santé des autres membres de la famille en négligeant leurs propres besoins. Les sentiments d'instabilité et d'anxiété peuvent être avoir des conséquences plus lourdes chez les femmes qui gèrent seules leur propre stress tout en assumant la fonction de centre affectif et de stabilisateur de la famille<sup>451</sup>. Plus largement, les expulsions et le déplacement forcé des communautés roms peut se traduire par la dissolution de réseaux sociaux et de relations personnelles. Ces ruptures peuvent avoir un impact négatif sur l'équilibre à la fois physique et affectif et touchent tout particulièrement les femmes.

Bien qu'il soit reconnu que les expulsions ont des effets exacerbés sur les femmes et d'autres personnes vulnérables, les réglementations relatives à leurs conséquences, sur l'accès à la santé et à d'autres services publics notamment, sont rares et peu appliquées. Des recherches conduites en Ecosse pour la période 1995-1996 ont montré que 48% des femmes avaient été déplacées ou expulsées durant une grossesse<sup>452</sup>. Selon des données portant sur 1990, 43% des municipalités,

---

<sup>448</sup> Sarah Cemlyn, « *Traveller Children's Right to be Treated with Common Humanity* », Childright, novembre 1995, n° 121, p. 5.

<sup>449</sup> Cemlyn, « *Health and Social Work : Working with Gypsies and Travellers* », supra, note 379, p. 249.

<sup>450</sup> Id., paragraphe 10.

<sup>451</sup> Farha, Leilani, « *Home is Where the Hurt Is : An Economic and Social Rights Perspective on Violence Against Women* » (projet), soumis par la Rapporteuse Spéciale sur la violence à l'égard des femmes, Mme Radhika Coomaraswamy, juin 1998, p. 26.

<sup>452</sup> Lloyd et Morran, supra, note 170, pp. 4-5.

en Angleterre, auraient expulsé des femmes enceintes pratiquement à terme<sup>453</sup>. En Italie, on rapporte que les campements roms sont le théâtre régulier de raids conduits par les autorités ; ces actions impliquent la destruction de propriété et des logements improvisés, des coups, des violences verbales et l'emploi abusif d'armes à feu, et se soldent par des expulsions sans fourniture d'autres abris<sup>454</sup>. Les femmes et les enfants en sont les victimes régulières<sup>455</sup>. En Hongrie, les familles expulsées sont souvent séparées de leurs enfants, placés sous la garde de l'Etat quand aucune possibilité de logement alternatif n'est trouvée<sup>456</sup>. Qui plus est, un amendement, voté en mai 2000, à la loi hongroise sur le logement, autorise les notaires à expulser les squatters et les locataires illégaux en quelques jours, même dans l'attente d'un jugement en instance et durant les mois d'hiver, alors qu'un moratoire sur les expulsions avait préalablement été accepté<sup>457</sup>. La démolition des baraques des Roms à Aspropyrgos, en Grèce, sur le futur site des Jeux olympiques de 2004, s'est effectuée sans l'autorisation ou la présence d'un procureur général, comme l'exige la loi<sup>458</sup>. Apparemment, sept ou huit familles roms, dont des membres étaient trop malades pour partir, se sont vu octroyer trois jours pour quitter le site<sup>459</sup>.

Un guide des bonnes pratiques sur la gestion des campements interdits (« *Good Practice Guide on Managing Unauthorised Camping* »), publié en Angleterre en 1998, recommande aux autorités locales et à la police de produire une déclaration écrite de leurs lignes de conduite relatives aux campements non autorisés. Cette déclaration devrait comprendre une évaluation des conséquences de l'expulsion pour les services éducatifs et sanitaires, le repérage d'aires d'arrêt d'urgence et une description des circonstances dans lesquelles les Roms et Gens du voyage pourraient être autorisés à séjourner sur des sites non autorisés sans se faire expulser<sup>460</sup>. Les politiques locales devraient en outre « prendre pleinement en compte les considérations humanitaires courantes »<sup>461</sup>.

De telles orientations sont certes utiles pour diminuer la probabilité des expulsions et promouvoir les droits et une approche humanitaire de la situation<sup>462</sup>. Néanmoins, il existe maintes façons de

---

<sup>453</sup> Id., p. 5, en référence à Durward, L. (éd.), « *Traveller mothers and their babies : Who cares for their health ?* », Maternity Alliance, Londres, Angleterre, 1990.

<sup>454</sup> « *Campland : Racial Segregation of Roma in Italy* », supra, note 332, p. 23.

<sup>455</sup> Id., p. 29-30.

<sup>456</sup> « *Violent evictions of Roma in Hungary* », Roma Rights, n° 4, 2000, supra, note 106, Snapshots from around Europe.

<sup>457</sup> Id.

<sup>458</sup> « *Greek authorities evict Roma* », Roma Rights n°. 3, Snapshots from around Europe, 2000, European Roma Rights Center, Budapest, Hongrie.

<sup>459</sup> Id.

<sup>460</sup> *Work with the Romani Community*, Race Equality Unit, Angleterre, p.3. (Disponible chez l'auteur.)

<sup>461</sup> Id.

<sup>462</sup> Dans une opinion dissidente minoritaire jointe à l'arrêt de la Cour européenne des Droits de l'Homme dans l'affaire Buckley c. Royaume-Uni, est jugée préoccupante l'accumulation et la superposition délibérées de règlements administratifs appliqués aux familles tsiganes dans le seul objectif de les empêcher de vivre dans certaines régions, en particulier en faisant en sorte qu'il soit impossible à la famille « d'assurer convenablement son logement, sa vie sociale, l'intégration scolaire des enfants » et en prenant la famille au piège du « cycle

harceler, de menacer et d'intimider des personnes dans le but de les amener à quitter un site ; dans ces situations, les politiques en question n'ont aucun effet. L'animosité généralisée à l'égard des Roms génère une préoccupation supplémentaire, en ce qu'elle démontre que l'application de principes humanitaires, par les pouvoirs administratifs, ne suffit pas à garantir un traitement non discriminatoire des expulsés et la protection de leurs droits à la santé, au logement, à l'éducation et à la protection sociale.

La *National Travellers Organisation* (NTAG), ONG qui se consacre à la protection des gens du voyage dans le Bedfordshire, en Angleterre, a récemment institué un « comité de liaison tsigane » avec les autorités du comté de Bedfordshire. L'objectif en est de négocier au nom des Tsiganes menacés d'expulsion de sites en bordure de routes, en cas de besoin extrême, et de protéger leur accès à l'éducation et à la santé<sup>463</sup>. Ce type de médiation ou de supervision est indispensable si l'on veut garantir le respect des orientations ci-dessus, sans discrimination.

Dans tous les cas d'expulsions suggérés, les principes directeurs énoncés par l'Observation générale n° 7 sur les expulsions contraintes devraient s'appliquer. Ils incluent notamment l'exploration de toutes les alternatives envisageables en consultation avec les personnes concernées dans le but d'éviter, ou du moins de réduire, le recours à la force, mais aussi la notification d'un délai de préavis suffisant et adéquat, avant la date de l'expulsion, à toutes les personnes concernées, l'existence de voies de recours et la prévention des situations amenant les personnes concernées à être sans-abri<sup>464</sup>. Il faudrait aussi prendre des mesures pour garantir la participation significative des femmes roms à ce processus, afin que les besoins spécifiques soient pris en compte. Ces mesures, interprétées en conjonction avec les dispositions concernant la non-discrimination du PIRDESC, devraient aboutir à des mandats clairs en faveur de la protection du droit des Roms, des Tsiganes et des Voyageurs à accéder à la santé et à d'autres services publics.

---

infernale » de la bureaucratie qui sévit dans divers services ministériels. Opinion dissidente du juge Pettiti, Affaire Buckley c. Royaume-Uni, 25 septembre 1996, requête n° 00020348/92.

<sup>463</sup> Entretien, Bedfordshire, Angleterre, 27 octobre 2001.

<sup>464</sup> Observation générale n° 7, *supra*, note 446, paragraphes 14-17.

## **SECTION IV**

### **A. La santé et les stratégies gouvernementales pour améliorer la situation des Roms**

La reconnaissance de fortes disparités socio-économiques entre les Roms et les populations majoritaires dans les Etats européens, ainsi que de l'exclusion sociale des Roms, a été suivie d'efforts soutenus de la part les gouvernements. De nombreux Etats ont ainsi pris des mesures pour améliorer la situation des Roms dans des domaines aussi divers que le droit pénal, le logement, l'éducation, l'emploi et la citoyenneté. D'autres, comme l'Italie, ont encouragé l'adoption d'une stratégie nationale<sup>465</sup>. Il est important qu'une attention toute particulière y soit portée à la santé.

Cette section n'a pas pour intention de procéder à une analyse critique de toutes les stratégies en faveur des Roms dans le domaine de la santé. Son objectif est plutôt de décrire plusieurs composantes de ces stratégies qui semblent être des conditions nécessaires à l'obtention de résultats concluants, dans le domaine de la santé comme dans d'autres, mais plus particulièrement en ce qui concerne la santé des Roms. (La présence ou l'absence d'exemples dans tel ou tel contexte national ne vise pas à indiquer l'aval ou la critique de la stratégie dans sa globalité.) Par le biais d'une discussion sur les plans gouvernementaux existants, cette section entend promouvoir le développement et la réévaluation des stratégies visant à améliorer l'accès à la santé, en offrant quelque analyse sur la façon d'aborder cette question.

#### **1. Les composantes des stratégies gouvernementales essentielles à l'amélioration de l'accès aux services publics**

Les normes juridiques et les recommandations décrites dans les paragraphes précédents, de même que les impératifs plus généraux d'ordre moral et pratique imposant de prendre en considération les besoins et les intérêts des Roms, indiquent que certaines démarches, au niveau national, sont des conditions nécessaires au succès des programmes d'insertion des Roms. Ces démarches incluent la reconnaissance du rôle joué par la discrimination dans les conditions socio-économiques plutôt médiocres des Roms, la prise en compte du potentiel des organisations roms à lutter contre la discrimination, des campagnes de sensibilisation visant à promouvoir des mesures correctives et à faire connaître les voies de recours existantes, la participation des roms à tous les stades des décisions prises en leur nom et la nécessité d'appliquer effectivement l'intégralité de la législation anti-discriminatoire et d'en contrôler l'application, ainsi que tous les aspects de la stratégie à proprement parler. De telles mesures seront étudiées ici en fonction de leur importance pour l'amélioration de l'accès à la santé et à d'autres services publics.

---

<sup>465</sup> ECRI, Second rapport sur l'Italie, *supra*, note 22, paragraphe 68. Voir aussi l'avis de l'ACFC sur l'Italie, FCAC Opinion on Italy, Proposition de conclusions et de recommandations pour le Comité des Ministres, au sujet de l'article 4, *supra*, note 131.

**a. Reconnaissance du rôle de la discrimination dans l'accès aux soins**

Le Rapport du Haut commissariat aux minorités nationales de l'OSCE sur la situation des Roms et des Sintis dans les pays de l'OSCE a révélé que la discrimination et les préjugés sont des facteurs déterminants de la situation socio-économique difficile dans laquelle se trouvent les Roms, limitant, ou même, dans certains cas, interdisant l'accès de nombreux Roms à l'emploi, à l'éducation et aux services publics tels que la santé<sup>466</sup>. L'ECRI, dans plusieurs rapports, a appelé les Etats à examiner dans quelle mesure le racisme sous-tendait les fortes disparités socio-économiques entre les Roms et la société majoritaire<sup>467</sup>. L'Union européenne, par l'intermédiaire de la Commission européenne, a attiré l'attention sur ces problèmes dans ses activités concernant les Roms et l'EUMC a inclus la situation des communautés roms de l'Union européenne dans ses rapports annuels. L'existence avérée de disparités dans de nombreux domaines de la vie quotidienne amène à penser que toute stratégie visant à améliorer la situation des Roms devrait s'appuyer sur une analyse des causes et des manifestations de la discrimination. Les orientations, notamment fournies par la Recommandation de politique générale n° 3 de l'ECRI sur la lutte contre le racisme et l'intolérance envers les Roms/Tsiganes, indiquent l'ampleur des initiatives requises<sup>468</sup>. Pourtant, beaucoup de stratégies gouvernementales semblent faire porter aux Roms la responsabilité de leur médiocre état de santé, en ignorant les effets cumulatifs de la discrimination sur l'accès à un large éventail de biens et de services.

Dans le document présentant la stratégie du gouvernement slovaque face aux problèmes de la minorité rom, la disparité entre l'état de santé des Roms et celui de la majorité est attribuée aux faibles niveaux d'éducation, de responsabilité sociale, de normes de logement et d'hygiène personnelle, ainsi qu'à la consommation de drogue et d'alcool<sup>469</sup>. Aussi les interventions visent-elles à améliorer l'hygiène des Roms, à changer leurs habitudes alimentaires et à influencer sur leurs orientations sociales et culturelles, mais aussi sur leurs valeurs en matière de santé<sup>470</sup>. Le projet pilote de programme gouvernemental de la Pologne en faveur de la communauté rom dans la province de Małopolska (« programme Małopolska ») reconnaît les causes multiples de la gravité de l'état de santé des Roms, dont les faibles niveaux d'hygiène, leurs conditions de vie «

---

<sup>466</sup> Rapport sur la situation des Roms et des Sintis dans les pays de l'OSCE, avril 2000, *supra*, note 4, pp. 25, 31, 122 et 123.

<sup>467</sup> Voir, p.ex., ECRI, Second rapport sur la Slovaquie, *supra*, note 125, paragraphe 39 ; Second rapport sur la Bulgarie, *supra*, note 149, paragraphe 39 ; Second rapport sur l'Italie, *supra*, note 22, paragraphe 65 ; Second rapport sur la Pologne, *supra*, note 386, paragraphe 59.

<sup>468</sup> ECRI, Recommandation de politique générale n° 3, *supra*, note 124.note 124.

<sup>469</sup> Stratégie du gouvernement de la République de Slovaquie en réponse aux problèmes de la minorité nationale rom et train de mesures pour sa mise en oeuvre, Phase 1, adoptée le 27 septembre 1999, Partie 2 Rapport explicatif : Etat de santé.

<sup>470</sup> Id.

désastreuses » et leur accès restreint aux services de santé<sup>471</sup>. Ceci dit, il y est suggéré que ces problèmes trouvent leur explication dans l'incapacité des Roms à faire face aux « transformations systémiques » intervenues en Pologne<sup>472</sup>. Bien qu'il reconnaisse le second rapport de l'ECRI, qui exhorte la Pologne à aborder le problème de la discrimination envers les Roms au quotidien, le programme Małopolska ne semble pas répondre à cet appel dans ses propositions relatives à la santé.

Dans ce type de programmes, comme dans d'autres, les stéréotypes, combinés à une vision étroite des modes de vie acceptables, sous-tendent souvent l'attribution de la responsabilité de leur mauvaise santé aux Roms. Si, individuellement, les représentants gouvernementaux, les décideurs et les intervenants de la santé n'ont pas, consciemment, des attitudes racistes, il n'en reste pas moins capital d'identifier et d'éliminer tout racisme sous-jacent, compte tenu de son effet sur le succès des programmes mis en œuvre par les institutions de l'Etat. Sans reconnaissance ouverte du racisme et sans la volonté de le combattre, les résultats obtenus ne feront que masquer la marginalisation et prolonger le besoin d'intervention de l'Etat dans un futur indéfinissable.

Contrairement aux plans élaborés par les gouvernements slovaque, polonais et d'autres, la stratégie de la Hongrie en faveur des Roms traite, dans ses initiatives concernant la santé, les rapports entre la situation sanitaire des populations et la discrimination et souligne la nécessité d'examiner la santé des Roms dans le contexte de leurs relations avec les institutions sanitaires ; elle reconnaît en outre la réalité de la discrimination<sup>473</sup>. Dans ce cadre, une étude a été réalisée par le ministère de la Santé, en coopération avec la Caisse nationale d'assurance, sur la situation sanitaire de la population rom et ses relations avec les prestataires des services de santé. Les résultats de cette étude ont été incorporés au programme national de santé publique. En outre, la formation des personnels de santé et des travailleurs sociaux roms, de même que la nomination de fonctionnaires et responsables roms, dont le rôle est d'assurer la liaison avec les organisations représentant les groupes cibles, ainsi qu'avec les collectivités locales et les prestataires des services de santé, permet d'améliorer les rapports entre Roms et non-Roms et de lutter contre la discrimination<sup>474</sup>. Il semble donc essentiel de recentrer toute stratégie qui ne serait pas axée sur l'objectif de lutte contre la discrimination en matière de santé.

#### **b. Campagnes de sensibilisation pour garantir la mise en oeuvre de mesures spéciales**

---

<sup>471</sup> Programme gouvernemental pilote concernant la communauté rom dans la province de Małopolska pour les années 2001-2003. Division des minorités nationales, Département des pouvoirs publics, Ministère de l'Intérieur et de l'Administration, République de Pologne, Section 3 : Santé.

<sup>472</sup> Id., Section III : Objectifs du programme, p. 7.

<sup>473</sup> Train de mesures à moyen terme pour améliorer les conditions de vie et la situation sociale de la population rom, Gouvernement de Hongrie, mai 1999, Annexe à la résolution gouvernementale n° 1047/1999 (V.5.), point 4.1.

<sup>474</sup> Commentaires du gouvernement hongrois (conservés au Conseil de l'Europe).

Outre des mesures pratiques pour combattre la discrimination, en raison de son rôle dans l'état de santé médiocre des Roms et leurs problèmes d'accès aux services, les Etats devraient lancer des campagnes publiques pour faire en sorte que les Roms, et la société dans son ensemble, comprennent le contexte et le contenu des mesures d'insertion des Roms, y compris les traitements préférentiels et les mesures positives destinés, dans certains cas particuliers, à promouvoir l'égalité. Il est important d'évaluer l'incidence des comportements et des attitudes de la majorité sur la marginalisation des Roms, afin d'éviter que celle-ci soit amenée à penser que ces mesures visent à avantager les Roms, et non à satisfaire l'objectif d'égalité d'accès à la santé. D'un autre côté, il faudrait promouvoir l'accès à des mécanismes institutionnels et de dépôt de plaintes, de sorte à garantir que les objectifs des mesures spéciales sont atteints. Il conviendrait par conséquent de préparer des guides sur les droits et des informations sur le fonctionnement de tels mécanismes.

Le programme lituanien 2000-2004 en faveur de l'intégration des Roms identifie de la part de la société lituanienne, à l'égard des Roms, une « attitude hostile », reconnaissant le problème qu'elle soulève pour la mise en œuvre de mesures visant leur intégration. Le programme ne semble pas prévoir un changement d'attitude de la majorité ; la simple application du programme devrait, espère-t-on, mettre un terme à cette attitude <sup>475</sup>. Mais le soutien de l'opinion est nécessaire à toutes les étapes de la politique d'intégration, ce qui passe par la compréhension du fait que l'édification de sociétés saines, basées sur les principes de la démocratie, de l'égalité et du respect mutuel, sans exclusion ni marginalisation, profite à chacun. L'ECRI encourage les Etats à entreprendre des campagnes de sensibilisation sur le racisme et l'intolérance dans leurs sociétés, sur leurs impacts négatifs sur les Roms et sur le besoin de respecter les principes d'égalité et de dignité humaine dans tous les aspects de la vie quotidienne<sup>476</sup>. Partout où les victimes du racisme et de la discrimination sont perçues comme des « étrangers », les mesures éducatives doivent être axées sur la tolérance et les bénéfices de la société multiculturelle. De plus, il faut envisager des mesures spéciales dans le but de parvenir à garantir des chances égales pour toute la population<sup>477</sup>.

Les initiatives qui ont été prises démontrent l'influence des institutions de l'Etat sur l'opinion publique au sujet de la discrimination. Reconnaissant que la société majoritaire continuait à manifester à l'égard des Voyageurs une discrimination totalement inacceptable par rapport aux autres groupes ethniques, le National Consultative Committee on Racism and Interculturalism (NCCRI), Comité consultatif irlandais sur le racisme et l'interculturalisme, les a récemment inclus dans la cible de ses campagnes anti-discrimination<sup>478</sup>. Ces efforts ont été déployés

---

<sup>475</sup> Programme d'intégration des Roms du gouvernement lituanien pour 2000-2004, « Autres questions », p. 5.

<sup>476</sup> Voir, p.ex., ECRI, Second rapport sur la Slovaquie, *supra*, note 125, paragraphe 47 ; Second rapport sur l'Italie, *supra*, note 22, paragraphe 58 ; Second rapport sur la République tchèque, *supra*, note 333, paragraphe 45.

<sup>477</sup> ECRI, Second rapport sur la Grèce, *supra*, note 149, paragraphe 36 ; ECRI, Second rapport sur la République tchèque, *supra*, note 333, paragraphe 45.

<sup>478</sup> Entretiens, Dublin, Irlande, 7 décembre 2001.

parallèlement au renforcement de l'attention accordée aux plaintes de ces populations, concernant le déni de services publics<sup>479</sup> et au travail entrepris avec les services de santé de la région orientale pour sensibiliser et former à la diversité culturelle<sup>480</sup>.

Reconnaissant le cercle vicieux de la discrimination dans lequel sont piégés de nombreux Roms, le recteur de l'université d'Etat de Patras, en Grèce, s'est engagé à améliorer la situation de ceux d'entre eux qui vivent dans une extrême pauvreté dans le camp de Riganokambos, sur le campus universitaire<sup>481</sup>. L'université a déclaré vouloir coopérer avec les agences publiques concernées pour atteindre cet objectif, en partie en intégrant la communauté rom dans des programmes de recherches éducatives<sup>482</sup>. Cet engagement devrait aussi porter sur des dispositions en faveur de l'accueil, non discriminatoire et adapté aux différences culturelles, par le centre de santé de l'université<sup>483</sup>. Il faut espérer que l'exemple montré par le recteur incitera le gouvernement à prendre en considération la situation de nombreux Roms qui vivent dans son pays dans des conditions similaires<sup>484</sup>.

Au Royaume-Uni, la Commission for Racial Equality (Commission pour l'égalité raciale) a produit des codes de pratiques concernant les soins de santé primaires et les services de protection maternelle, afin de promouvoir des chances égales et de combattre le harcèlement racial en matière de santé, conformément au *Race Relations Act* (loi sur les relations raciales). Ces codes proposent, entre autres, des mesures visant à faire savoir aux patients, aux personnels et à la communauté plus large, que les institutions sanitaires sont engagées dans l'éradication de la discrimination raciale, parallèlement à leur mission de fourniture de services répondant à toutes les catégories de la population<sup>485</sup>. La mise en place d'une procédure de plainte est une composante clé ; elle doit englober des dispositions permettant d'assurer la liaison avec les agences compétentes en matière de santé, de répression pénale, de droit et d'autres, ainsi que la publication de matériels dans toutes les langues possibles, au sujet de l'aide accessible aux patients et à la communauté locale<sup>486</sup>. Applicables aux autorités sanitaires, aux fondations du Service national de la santé, aux hôpitaux, aux généralistes et à d'autres, ces codes de bonnes pratiques devraient indiquer le cap à suivre à d'autres systèmes de santé fondés ancrés dans la

---

<sup>479</sup> Id.

<sup>480</sup> « *Meeting the Challenges of Cultural Diversity in the Irish Healthcare Sector* », discours de M. Micheal Martin TD, Ministre de la Santé et de l'Enfance, le 6 novembre 2001. National Consultative Committee on Racism and Interculturalism, Irlande.

<sup>481</sup> Entretien, Patras, Grèce, 13 novembre 2001.

<sup>482</sup> Id.

<sup>483</sup> Id.

<sup>484</sup> Voir Greek Helsinki Monitor /MRG-G Press Release, 13/6/2001, disponible à l'adresse suivante : [http://www.greekhelsinki.gr/bhr/english/organizations/ghm/ghm\\_13\\_06\\_01.doc](http://www.greekhelsinki.gr/bhr/english/organizations/ghm/ghm_13_06_01.doc)

<sup>485</sup> Royaume-Uni, Commission for Racial Equality, Maternity Services Code of Practice, *supra*, note 200, Racial Equality Policies.

<sup>486</sup> Royaume-Uni, Commission for Racial Equality, Primary Health Care Services Code of Practice, Countering Racial Harrassment. Disponible à l'adress suivante : [www.cre.gov.uk/gdpract/health\\_care\\_cop\\_harrass.html](http://www.cre.gov.uk/gdpract/health_care_cop_harrass.html)

volonté de sensibiliser à des mesures anti-discrimination, et de les appliquer, dans les services de santé.

**c. Coordination et supervision du programme global d'intégration, notamment au niveau local**

Si la responsabilité ultime de la mise en oeuvre de la politique officielle incombe à l'Etat, les objectifs tracés par les stratégies nationales en faveur des Roms sont souvent destinés à une élaboration et à une application au niveau local. Pour diverses raisons, au premier chef desquelles la résistance des populations locales, les collectivités territoriales peuvent répugner à lancer des initiatives en faveur des Roms. En Grèce, l'ECRI a relevé la réticence de certaines collectivités locales à accueillir des Roms<sup>487</sup>; en Roumanie, le Premier ministre a récemment déploré la mauvaise application de la stratégie nationale en faveur des Roms, appelant les préfets à honorer leurs obligations en vertu du plan et à s'impliquer plus activement dans sa mise en oeuvre<sup>488</sup>; au Kosovo, les municipalités tendent à discriminer les populations roms déplacées à l'intérieur du pays dans l'attribution des aides<sup>489</sup>.

La supervision et la coordination, si ce n'est la révision de la méthodologie en place, sont probablement indispensables pour garantir que des mesures sont prises<sup>490</sup>. C'est peut-être le cas en ce qui concerne le programme polonais Małopolska, par exemple, qui confère aux collectivités locales l'entière responsabilité de déterminer et de mettre en oeuvre les activités susceptibles de contribuer aux objectifs du programme<sup>491</sup>.

La coordination de la mise en oeuvre au plan local est un aspect d'une démarche plus globale pour assurer une portée effective des mesures. Il doit être possible de parvenir à des résultats probablement plus significatifs en appliquant une stratégie dans toutes les sphères de la vie, selon une approche globale<sup>492</sup>. L'ECRI a de fait suggéré l'établissement d'une instance gouvernementale de supervision, dotée de l'autorité et des ressources nécessaires, chargée de garantir l'application des mesures à tous les niveaux<sup>493</sup>. En Espagne, le Programme de développement des Roms fait l'objet de critiques continues en raison de l'absence

---

<sup>487</sup> ECRI, Second rapport sur la Grèce, *supra*, note 149, paragraphe 36.

<sup>488</sup> « *Situation Not So Fine in Implementing Roma Strategy* », Premier ministre, Bucarest, MINELRES : Roumanie : Ethnic Diversity Briefs, n° 23, disponible à l'adresse suivante : <http://relay.delfi.lv/pipermail/minelres/2002-September/002299.html>

<sup>489</sup> Fitzpatrick, Catherine A., « *Forgotten Refugees : Roma in the Balkans* », *supra*, note 335.

<sup>490</sup> Voir ECRI, Second rapport sur la Grèce, *supra*, note 149, paragraphes 35-36.

<sup>491</sup> Programme gouvernemental pilote concernant la communauté rom dans la province de Małopolska pour les années 2001-2003, *supra*, note 472, Section IV. Objectifs du programme, p. 9.

<sup>492</sup> Voir ECRI, Second rapport sur l'Italie, *supra*, note 22, paragraphe 63.

<sup>493</sup> Voir ECRI, Recommandation de politique générale n° 2, *supra*, note 150.

d'évaluation et d'informations systématiques sur ses résultats ou bonnes pratiques<sup>494</sup>, bien que le ministère de l'Emploi et des Affaires sociales ait indiqué qu'une étude d'évaluation de ce programme serait publiée prochainement<sup>495</sup>. Dans le programme-cadre arrêté par la Bulgarie, il n'existe aucune procédure permettant de demander à différents ministères d'affecter personnels et ressources ; comme dans la stratégie du gouvernement slovaque<sup>496</sup>, ces instances ne sont pas tenues de rendre compte des mesures prises pour assumer les responsabilités que leur confère ce programme<sup>497</sup>. Le programme à moyen terme de la Hongrie laisse transparaitre les mêmes lacunes<sup>498</sup>. Il faudrait par conséquent donner la priorité à l'allocation de ressources suffisantes pour le fonctionnement effectif et adapté dans le temps de telles instances.

#### **d. Législations anti-discrimination adéquates appliquées par une instance spécialisée**

Des législations anti-discrimination adaptées et effectives pourraient stimuler les stratégies en faveur des Roms et garantir qu'elles seront effectivement appliquées. La pratique a également montré que l'existence d'un organisme spécialisé chargé de faire appliquer la législation anti-discrimination améliorer l'efficacité de la loi et a un effet dissuasif sur les pratiques discriminatoires. Dans le cadre du Conseil de l'Europe, l'ECRI et le Comité consultatif de la convention-cadre ont appelé les Etats qui ne l'ont pas encore fait à développer ou à consolider une instance polyvalente en matière de droit pénal, civil et administratif, qui prohibe la discrimination dans tous les domaines<sup>499</sup>. L'ECRI a publié sa Recommandation de politique générale n° 7 sur la législation nationale pour lutter contre le racisme et la discrimination raciale, qui a été adoptée le 13 décembre 2002. La Directive de l'UE sur l'égalité raciale devrait être transposée dans le droit interne de ses Etats membres d'ici la fin 2003. Ces deux documents fournissent à tous les gouvernements un cadre qui leur permet d'élaborer une législation interdisant la discrimination raciale et visant à promouvoir l'égalité de traitement. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, cette législation devrait, entre autres exigences, s'appliquer à la discrimination et au harcèlement directs et indirects, concerner explicitement la santé et les services connexes et prévoir le renversement de la charge de la preuve dans les cas de

---

<sup>494</sup> Voir, p.ex., « *Spanish Policy and Roma* », Fernando Villarreal, *Roma Rights* n° 2/3 2001, *supra*, note 21, p. 59.

<sup>495</sup> Commentaires du gouvernement espagnol (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>496</sup> *Minority Protection in the EU Accession Process*, *supra*, note 10, p. 432.

<sup>497</sup> *Id.*, p. 115.

<sup>498</sup> *Id.*, p. 217.

<sup>499</sup> Voir ECRI, Second rapport sur la Pologne, *supra*, note 386, paragraphe 16 ; Second rapport sur la Bulgarie, *supra*, note 149, paragraphe 15 ; Second rapport sur la Grèce, *supra*, note 149, paragraphe 8 ; Second rapport sur la Hongrie, *supra*, note 386, paragraphe 13 ; Second rapport sur la République tchèque, *supra*, note 333, paragraphe 10 ; ACFC, Avis sur la Slovaquie, *supra*, note 131 ; Avis sur la République tchèque, *supra*, note 131.

discrimination *prima facie*. Elle devrait aussi prévoir des sanctions et des recours effectifs contre les actes de discrimination commis par les pouvoirs publics dans l'exercice de leurs obligations<sup>500</sup>.

Le décret gouvernemental 137/2000 sur la prévention et la répression de toutes les formes de discrimination, récemment adopté par la Roumanie, ne vise pas spécifiquement les services de santé<sup>501</sup>. Si le texte n'interdit pas clairement la discrimination indirecte, pas plus d'ailleurs qu'il ne prévoit le renversement de la charge de la preuve sur le défenseur, il prévoit par contre des dommages individuels et des sanctions administratives sous forme d'amendes<sup>502</sup>. Il pourrait donc s'avérer moins efficace dans certaines situations en relation avec l'accès à la santé, comme la discrimination alléguée dans la localisation des dispensaires et l'allocation d'autres ressources. Néanmoins, il représente un pas positif, parallèlement à la stratégie gouvernementale, susceptible d'amener des changements significatifs dans l'accès des Roms à la santé et à d'autres services publics. Dans l'avenir, le gouvernement roumain, comme d'autres, devrait entreprendre d'adopter une législation anti-discrimination globale qui réponde à toutes les exigences établies par la Directive pour l'égalité raciale.

La Directive pour l'égalité raciale appelle à la création d'une instance spécialisée chargée de la promotion de l'égalité de traitement de toutes les personnes, sans discrimination fondée sur la race ou les origines ethniques<sup>503</sup>. Dans sa Recommandation de politique générale n° 2, l'ECRI dessine des orientations relatives à la création d'instances indépendantes pour la supervision et le contrôle de l'efficacité des lois anti-discrimination<sup>504</sup>. Dans le contexte de l'accès à la santé, des organes spécialisés pour combattre le racisme pourraient remplir plusieurs rôles clés. L'attention accordée aux droits et aux obligations associés aux services de santé étant relativement récente, il conviendrait peut-être de déployer des efforts pour la formation des pouvoirs publics, des membres des associations médicales professionnelles et des Roms, sur tous les aspects de la discrimination dans ce domaine<sup>505</sup>. Il faudrait envisager des campagnes de sensibilisation afin d'informer le public de l'existence d'un organe compétent pour, par exemple, instruire et chercher le recours des autorités judiciaires en cas de plaintes en rapport avec la santé. Et surtout, dans la

---

<sup>500</sup> Voir ACFC, Avis sur la Hongrie, adopté le 22 septembre 2000, paragraphe 15 ; Avis sur la République tchèque, *supra*, note 131 ; ECRI, Second rapport sur la Pologne, *supra*, note 386, paragraphe 59.

<sup>501</sup> Article 11 – En vertu du présent décret, refuser à une personne – ou à un groupe de personne – l'accès aux services de santé publique (choix d'un médecin de famille, assistance médicale, assurance maladie, premiers secours et services d'urgence, ou autres), au motif de son appartenance à une race, une nationalité, un groupe ethnique, une religion, une catégorie sociale ou une catégorie défavorisée, de ses croyances, de son sexe ou de son orientation sexuelle, est un délit. Décret gouvernemental 137/2000 sur la prévention et la répression de toute forme de discrimination, article 11, disponible à l'adresse suivante : [http://www.romanothan.ro/eng/documente/internal/0\\_137\\_2000.htm](http://www.romanothan.ro/eng/documente/internal/0_137_2000.htm)

<sup>502</sup> Id., articles 20-21.

<sup>503</sup> Directive sur l'égalité raciale, article 13(1).

<sup>504</sup> ECRI, Recommandation de politique générale n° 2 : Les organes spécialisés dans la lutte contre le racisme, la xénophobie, l'antisémitisme et l'intolérance au niveau national, *supra*, note 150.

<sup>505</sup> ECRI, Second rapport sur la Roumanie, *supra*, note 385, paragraphe 53.

mesure où l'exclusion sociale en général, et plus particulièrement pour l'accès à la santé, se manifeste au niveau local, la présence d'organismes spécialisés, tels que les instances de médiation, devraient être correctement assurée à ce niveau<sup>506</sup>.

**e. Mesures pour assurer la prise en considération des divers intérêts des Roms en matière de santé**

La représentation des divers intérêts des Roms par la voie du processus d'élaboration des politiques fait partie intégrante du succès des programmes conçus en leur faveur. Cette démarche ne doit pas concerner uniquement les femmes, mais l'ensemble des Roms, avec leurs intérêts distincts, et identifiables, en matière d'accès à la santé et à d'autres services. Une large représentation est nécessaire dans le contexte, à dimension essentiellement locale, des soins de santé primaires :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit de responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément de la chaîne des soins de santé<sup>507</sup>.

Dans l'intérêt de l'intégration au niveau communautaire, des efforts sont nécessaires pour faire comprendre les divers besoins à satisfaire dans le but d'instaurer un égal accès aux services pour tous.

Les stratégies des gouvernements bulgare et roumain, notamment, ont été saluées pour avoir promu la participation de la communauté rom dans leur préparation<sup>508</sup>. Mais ces plans gouvernementaux, et d'autres, contiennent peu de dispositions précisant le mode de participation des divers membres des communautés roms à l'élaboration des politiques. Notamment, ils

---

<sup>506</sup> ECRI, Second rapport sur la République tchèque, *supra*, note 333, paragraphe 50.

<sup>507</sup> Paragraphe VI, Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>

<sup>508</sup> Voir Zoon, *supra*, note 14, pp. 28 et 44 ; Rumyan Russinov, « *The Bulgarian Framework Programme for Equal Integration of Roma : participation in the policy-making process* », Roma Rights n° 2/3, 2000, *supra*, note 20 ; ECRI Second rapport sur la Bulgarie, *supra*, note 149, paragraphe 45

semblent peu se préoccuper d'assurer que les besoins des femmes roms, ou de certains groupes présentant des exigences spécifiques relativement aux questions concernées, sont pris en considération. Ils semblent négliger, entre autres, les Roms adolescents, ruraux, nomades, âgés ou handicapés – qui représentent indubitablement les groupes les plus marginalisés, exclus socialement, avec précisément des besoins spécifiques en termes de santé. A cet égard, la National Traveller Health Strategy (Stratégie irlandaise pour la santé des gens du voyage) revendique une flexibilité et une innovation nécessaires, en réponse aux différentes circonstances et besoins de santé des Roms dans chaque région<sup>509</sup>. Dans l'intérêt des populations mobiles, la stratégie inclut des mesures qui promeuvent l'utilisation, par les Conseils de santé à travers tout le pays, du système des dossiers gérés par patient et par famille<sup>510</sup>.

La stratégie hongroise à long terme identifie les besoins de participation de la société dans son ensemble, dont les organisations sociales de Roms et les membres de la majorité<sup>511</sup>. Elle reconnaît en outre la rivalité entre les organisations et les personnes représentant les intérêts des Roms, et le besoin d'inclure ces organisations dans les initiatives déployées aux niveaux local et régional<sup>512</sup>. La traduction de ces considérations en actions concrètes devrait guider les Etats confrontés à des dynamiques similaires. Pour favoriser la mise en oeuvre de programmes ambitieux et efficaces, dans la perspective d'instaurer l'égal accès des Roms aux services, les Etats devraient prendre des mesures pour d'identifier les différents groupes bénéficiaires et articuler les moyens de faciliter la participation de ces groupes à l'élaboration des politiques.

### **1. Les composantes des stratégies gouvernementales essentielles à l'amélioration de l'accès des Roms à la santé**

Les probabilités d'atteindre l'objectif d'amélioration de la santé des femmes roms et de leurs communautés seront plus fortes, si les stratégies mises en oeuvre à cet effet englobent quelques composantes clés. Les programmes devraient être conçus sur la base d'une évaluation appropriée des besoins et des intérêts des femmes, au-delà de leurs rôles de mères et de soignantes. Ils devraient notamment être axés sur leur intégration dans les services de santé traditionnels, grâce à l'incorporation, dans leur processus de développement, des droits des femmes et des perspectives liées aux genres. Enfin, ces stratégies devraient refléter une approche complémentaire mise en oeuvre transversalement dans tous les services ayant un impact potentiel

---

<sup>509</sup> Traveller Health – A National Strategy 2000-2005, *supra*, note 292, point 46.

<sup>510</sup> *Id.*, points 50, 51.

<sup>511</sup> Orientations stratégiques gouvernementales à long terme concernant la société rom et note d'information sur la politique à l'égard des minorités, version abrégée, compilée par l'Office des minorités nationales et ethniques, Hongrie, Budapest, 2001, Préambule.

<sup>512</sup> *Id.* Voir Section 1.2 : L'émergence de la représentation rom et Section 4.2.2 : Renforcer le rôle des Roms dans la vie publique.

sur la santé, à savoir ceux concernant la citoyenneté, la protection sociale, le logement et l'éducation.

**a. Une approche de la santé des femmes globale et soucieuse d'équité entre les sexes**

Un engagement authentique en faveur de changements significatifs au niveau de l'état de santé des femmes et de leur accès aux services exige une recherche approfondie concernant leurs besoins et leurs intérêts. Les impressions de la majorité au sujet des problèmes de la communauté rom ne sont pas une base d'action suffisante. A la lumière de ce constat, probablement, l'ECRI a encouragé le gouvernement slovaque à renoncer à une approche paternaliste au profit d'un modèle en faveur de l'autonomie des Roms, plus propice à l'amélioration de leur situation<sup>513</sup>. Concernant les femmes roms, la perception qu'en ont leurs communautés, que reflètent les valeurs d'un sous-groupe – formé des chefs de file masculins et des membres des anciennes générations –, ne peut pas davantage servir de base aux politiques et aux programmes. Pour garantir une égale attention aux questions de santé des femmes roms, et pour promouvoir leur épanouissement individuel, social et économique, d'une façon qui leur conviennent, les Etats devraient prendre des mesures reposant sur une approche de la santé des femmes roms, holistique, soucieuse d'équité entre les sexes et de la dignité humaine.

Les femmes roms sont probablement les premiers prestataires de soins aux membres de leurs communautés ; ceci dit, leurs besoins en termes de santé dépassent leurs rôles de mères et de soignantes. Pourtant, les programmes gouvernementaux en leur faveur tendent à privilégier les questions de santé maternelle et de planification familiale. Par exemple, le programme à moyen terme de la Hongrie évoque la santé des femmes en référence seulement aux formations proposées aux mères et aux puéricultrices, et à une étude sur « la grossesse, la naissance et les soins aux enfants dans les cultures en Hongrie<sup>514</sup>. (En fait, il n'est pas évident que ces programmes ciblent au premier chef les femmes roms.) Le programme polonais Małopolska ne semble pas s'intéresser à la santé des femmes sous l'angle de la valeur de la santé pour les femmes elles-mêmes ; il mentionne par exemple la nécessité d'encourager le suivi des grossesses, dans le but « d'éviter les malformations congénitales des enfants<sup>515</sup> ».

---

<sup>513</sup> ECRI, Second rapport sur la Slovaquie, *supra*, note 125, paragraphe 40.

<sup>514</sup> Mesures gouvernementales pour améliorer les conditions de vie des Roms en Hongrie, document d'information, compilé par l'Office des minorités nationales et ethniques, Budapest, 2001, p. 10.

<sup>515</sup> « Programme gouvernemental pilote concernant la communauté rom dans la province de Małopolska », *supra*, note 472, p. 14.

Bien que, comme l'affirme le plan d'intégration de la communauté gitane d'Andalousie, « la mère et l'enfant forment une unité inséparable »<sup>516</sup>, cette considération n'est que le point de départ de diverses stratégies visant l'émancipation des femmes dans divers aspects de la vie. Parmi celles-ci, mentionnons la promotion de l'éducation en tant que vecteur de leur épanouissement personnel, économique et social, et les mesures visant à favoriser leur accès au marché du travail et à des activités génératrices de revenus<sup>517</sup>. Le cadre d'action bulgare définit des mesures similaires concernant l'éducation et l'emploi<sup>518</sup>.

Comme pour les hommes, les préoccupations des femmes en matière de santé englobent la santé préventive, génésique et sexuelle tout au long de la vie. De plus, les spécificités des femmes et des hommes exigent, pour être efficaces, la mise en place de traitements différents. Mais surtout, leur efficacité peut dépendre de changements au niveau du comportement des hommes, en matière de violence familiale, par exemple. À la lumière de ces considérations, il est indispensable de prévoir, dans tous les aspects de l'élaboration des politiques concernant les Roms, la prise en considération des droits des femmes et des relations entre les sexes<sup>519</sup>. Cette exigence pourrait être satisfaite en désignant un conseiller sur les droits des femmes et les questions de genre, qui interviendrait auprès de tous les organes décideurs concernés par les Roms. Ce conseiller serait un expert des questions des femmes, en particulier de la dynamique des genres, dans les diverses communautés roms. Il faudrait en outre le doter des ressources et de l'autorité nécessaires, afin qu'il puisse participer significativement aux processus d'élaboration des politiques.

Face à la nécessité de considérer les sexospécificités roms, une initiative du cadre d'action bulgare, appelant à l'instauration d'attitudes d'égalité culturelle parmi les femmes roms, afin qu'elles puissent participer pleinement et sur un pied d'égalité à tous les aspects de la vie publique, devrait être amendée dans le but de tenir compte également des attitudes roms masculines susceptibles d'entraver la participation des femmes<sup>520</sup>. Il faut aussi noter une initiative méritoire de la National Traveller Health Strategy, contre la violence familiale, qui

---

<sup>516</sup> Plan pour l'insertion de la communauté gitane d'Andalousie – ministère régional des Affaires sociales (*Plan Integral Para La Comunidad Gitana de Andalucía, Junta de Andalucía – Consejería de Asuntos Sociales*), Santé (Área de Salud), p. 48.

<sup>517</sup> Id., Objectifs 7.1, 7.3, pp. 51-53.

<sup>518</sup> Programme-cadre pour l'égalité d'intégration des Roms dans la société bulgare, adopté par le Conseil des ministres de Bulgarie le 22 avril 1999. Partie II, section VIII : La femme rom.

<sup>519</sup> Au sujet de l'intégration de la notion d'équité entre les sexes dans l'élaboration des politiques, la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée (2001) a déclaré : « Nous sommes convaincus que le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée se manifestent de manière différente à l'égard des femmes et des filles, et peuvent être parmi les facteurs qui entraînent la dégradation de leurs conditions de vie, qui engendrent la pauvreté, la violence et des formes multiples de discrimination, limitent leurs droits fondamentaux ou les en privent. Nous reconnaissons qu'il convient d'intégrer à la lutte contre les formes multiples de la discrimination, la notion d'équité entre les sexes au niveau des politiques, des stratégies et des programmes de lutte contre le racisme, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée. » Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, *supra*, note 7, Déclaration, paragraphe 69.

<sup>520</sup> Programme-cadre pour l'égalité d'intégration des Roms dans la société bulgare, *supra*, note 519.

reflète un souci d'équité entre les sexes, en proposant de travailler avec les représentants masculins de la communauté des gens du voyage responsables d'actes de violence<sup>521</sup>.

---

<sup>521</sup> *National Traveller Health Strategy, supra*, note 292, point 41.

**b. Intégration des besoins des femmes dans les services de santé traditionnels et autres via une approche multisectorielle**

Les initiatives concernant la santé des Roms devraient refléter les objectifs complémentaires de réduction des disparités sanitaires, d'une part, et d'intégration de leurs communautés dans les services traditionnels, d'autre part. Négliger l'un de ces objectifs se traduirait, dans le meilleur des cas, par un échec en termes d'intégration ; au pire, par l'institutionnalisation d'un système d'aide laissant le champ libre à la ségrégation. Les « antennes d'aide médicale immédiate », envisagés par le programme Małopolska en Pologne, par exemple, ne sont pas clairement associées à une éventuelle intégration dans les services réguliers.

Au même moment, la prise en considération de l'état de santé des femmes roms et de leur accès aux soins médicaux devrait se refléter dans les politiques des secteurs gouvernementaux dont l'action a des répercussions sur la santé, notamment les services chargés de la délivrance des documents d'identification, de la fourniture des prestations sociales, de l'éducation et du logement. Les meilleurs résultats proviendront de stratégies transversales, impliquant plusieurs institutions, qui se complètent et se soutiennent dans leur objectif d'amélioration de la santé des Roms<sup>522</sup>. Le comité interministériel institué par le gouvernement grec, par exemple, dans un effort d'amélioration des conditions de vie et de l'insertion sociale des Roms, a élaboré un programme d'action complet, qui s'applique à la fois au logement, à la formation, à l'emploi, à l'éducation, à la santé et à la protection sociale, à la culture et au sport<sup>523</sup>. Dans le même ordre d'idées, le gouvernement irlandais a pris des mesures pour améliorer la coordination interministérielle, avec la création d'une structure de liaison permanente entre le ministère de la Santé et de l'Enfance et le ministère de l'Environnement et des Administrations locales, chargée de traiter les dossiers relatifs aux Gens du voyage qui les concernent tous deux. Des représentants d'associations de Gens du voyage sont associés à cette structure<sup>524</sup>.

Pour conclure, à long terme, les politiques visant à promouvoir une société multiculturelle devraient refléter l'attention permanente portée aux divers besoins d'une population dans toute une série de domaines. Plusieurs Etats s'orientent vers cet objectif. Alors que le programme-cadre de la Bulgarie accorde peu d'importance à la santé des Roms, la stratégie nationale en faveur de la santé reconnaît par contre la nécessité de renforcer les efforts pour améliorer l'accès à la santé des Roms<sup>525</sup>. En Irlande, la National Traveller Health Strategy appelle à une « mise à l'épreuve par les gens du voyage » – autrement dit, une évaluation, en coopération avec des membres de la communauté des gens du voyage, des initiatives de santé nationales et régionales,

---

<sup>522</sup> Voir ECRI, *Practical Examples in Combating Racism and Intolerance against Roma/Gypsies*, supra, note 411, Integrated Strategies, p. 69.

<sup>523</sup> Commentaires du gouvernement grec (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>524</sup> Commentaires du gouvernement irlandais (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>525</sup> Stratégie nationale de santé : *Une meilleure santé pour un meilleur avenir en Bulgarie*. République de Bulgarie, ministère de la Santé, avril 2001, p. 28.

dans le but de garantir la représentation de leurs intérêts<sup>526</sup>. Le plan pour l'intégration de la communauté gitane d'Andalousie cherche, en partie, à assurer que les initiatives d'égalité de l'Institut régional pour les femmes parviennent jusqu'aux femmes roms<sup>527</sup>.

En Espagne, le plan d'action national pour l'insertion sociale contient un volet en faveur des femmes marginalisées, avec notamment une stratégie concernant les femmes rurales et la lutte contre la violence familiale<sup>528</sup>. Reste à voir s'il y aura une synergie entre ces actions et le plan pour les populations gitanes exclues ou menacées d'exclusion, dont la composante relative à la santé est d'ordre purement éducatif<sup>529</sup>. Le défi, pour les décideurs, consiste à trouver un équilibre entre l'incorporation des besoins des femmes roms dans les programmes réguliers et l'identification de mesures spéciales pour faire en sorte que ces femmes bénéficient de ces programmes dans des conditions d'égalité avec les autres femmes. Dans cette quête d'équilibre, une attention soutenue aux besoins et aux intérêts des femmes roms est nécessaire.

---

<sup>526</sup> *Traveller Health – A National Strategy 2000-2005*, *supra*, note 292, points 5 et 27.

<sup>527</sup> Plan pour l'intégration de la communauté gitane d'Andalousie, *supra*, note 517, La femme (Area de la mujer), p. 53.

<sup>528</sup> Plan d'action du Royaume d'Espagne pour l'insertion sociale, juin 2001-juin 2003 (*Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social Del Reino de Espana, Junio 2001-junio 2003.*) Améliorer la situation des femmes marginalisées (*Mejorar la situación de las mujeres desfavorecidas*), points 1 et 2, p. 29-30.

<sup>529</sup> Id., Améliorer la situation de la population gitane exclue ou exposée au risque de l'exclusion (*Mejorar la situación de la población gitana excluida o en riesgo de exclusión*), p. 31-32.

## B. Améliorer l'accès à la santé par une meilleure connaissance de la culture rom

Les institutions, les décideurs et les travailleurs du secteur de la santé méconnaissent bien souvent les diverses pratiques culturelles roms, en particulier lorsqu'ils sont amenés à servir une population isolée, de passage ou changeante. Cette ignorance est souvent associée à des images négatives des Roms, propagées par les médias, les politiciens et les ragots<sup>530</sup>. Les approches institutionnelles de la culture influent sur l'accès à la santé, dans la mesure où elles sont susceptibles de décourager un patient de s'adresser à nouveau à ces services ou de nuire à leur qualité. Dans les deux cas, ces approches peuvent se révéler discriminatoires.

La culture rom est aussi diversifiée que peut l'être la culture majoritaire<sup>531</sup>, pourtant les fonctionnaires ou personnels soignants se déclarent souvent surpris par les traditions consistant, par exemple, à accrocher de l'ail sur un nourrisson ou à cacher une image pieuse dans ses vêtements ; ils sont aussi souvent gênés lorsqu'un patient est accompagné ou reçoit la visite d'une grande partie de sa famille, voire choqués lorsque la famille veut ramener chez elles le corps d'un défunt pour le veiller, ou confus lorsqu'une femme rom refuse de rester à l'hôpital pour des raisons de pureté et à cause de ses obligations familiales. Dans la mesure où les populations de patients se différencient en termes de traditions et de modes de vie, les institutions doivent relever le défi de garantir l'accès aux soins sans aucune discrimination<sup>532</sup>.

De plus en plus, les Etats se mobilisent pour parvenir à cet objectif. En France, la Commission nationale consultative des gens du voyage s'est donné pour mission d'aider les ministères à adapter leurs services aux besoins spécifiques des populations nomades ou semi-nomades<sup>533</sup>. En Irlande, la NCCRI a récemment tenu une conférence en partenariat avec *l'Irish Health Services Management Institute* (Institut de gestion des services de santé), afin d'examiner la diversité

---

<sup>530</sup> Voir Zoon, *supra*, note 14, pp. 81-82, 93-94. De manière générale, voir les commentaires des rapports étatiques de l'ECRI sur le racisme et l'intolérance dans les médias et dans la rhétorique des partis politiques.

<sup>531</sup> Pour une vue d'ensemble de la culture et du mode de vie des Roms, y compris des femmes et de leur rapport à la santé, voir, p.ex., Jean-Pierre Liégeois, « Roma, Tsiganes, Voyageurs », Conseil de l'Europe, 1994 ; Etudes Tsiganes : « Femmes tsiganes », *supra*, note 255 ; Etudes Tsiganes : « Tsiganes et santé : de nouveaux risques ? », *supra*, note 46.

<sup>532</sup> Par exemple, l'ECRI a observé une reconnaissance croissante, par les autorités au plus haut niveau, de l'existence de nombreux groupes minoritaires en Grèce, avec divers besoins et problèmes. Dans le même temps, l'ECRI a appelé une sensibilisation des autorités locales et de la population à la réalité et aux avantages d'une société multiculturelle. Contrôler l'application effective des garanties constitutionnelles et de la politique gouvernementale, en particulier au niveau local, est également recommandé. ECRI, Second rapport sur la Grèce, *supra*, note 149, paragraphe 30.

<sup>533</sup> Entretiens, Paris, France, 10 décembre 2001.

culturelle dans le secteur de la santé, sous l'angle de la santé et des personnels<sup>534</sup>. Plus spécifiquement, la *National Traveller Health Strategy* prévoit une formation de sensibilisation des personnels de santé à la culture des Gens du voyages, couvrant également leurs rapports à la santé et à la maladie. La nomination, dans chaque service régional de santé, d'infirmières chargées de travailler avec les communautés de Gens du voyage devrait aussi contribuer à améliorer la compréhension interculturelle<sup>535</sup>. Dans son programme de relogement des *Gitanos* et d'autres habitants des *chabolos* dans des conditions correctes, le *Departamento de Realojamiento e Integración Social* (IRIS) de Madrid est parti de l'hypothèse que les pratiques et les attentes des *Gitanos* et des *non-Gitanos*, qui entravent l'intégration, pouvaient être modifiées des deux côtés<sup>536</sup>. En Roumanie, la stratégie gouvernementale propose entre autres de former les travailleurs de la santé au sein des communautés roms, et de réserver des horaires de consultation aux Roms dans les universités médicales<sup>537</sup>.

En reconnaissant la diversité des problèmes de santé des minorités ethniques, leur recours relativement moins fréquent au système de santé et les échecs d'une approche ad hoc, le ministère néerlandais de la Santé envisage l'application de recommandations visant à « stimuler l'interculturalisation de la santé<sup>538</sup>. Admettre que les Roms et les Sinti sont souvent exclus des programmes et des consultations (qui s'adressent en premier lieu aux immigrés les plus récents) est un pas important vers l'apport de remèdes à ces insuffisances<sup>539</sup>. En Finlande, le Conseil national de l'éducation, en coopération avec le Conseil consultatif sur les questions roms, a préparé un guide sur le peuple rom et les services de santé à l'usage des professionnels de la santé<sup>540</sup>. Cet ouvrage décrit les croyances et les attentes autour des services de santé, dans le contexte de l'histoire et de la culture du peuple rom en Finlande.

Dans le passé, le ministère roumain de l'Information publique a apporté son soutien à des stages pour les communautés roumaines, sur les thèmes du racisme et des représentations négatives des Roms dans les médias. Des programmes d'échange avec des enfants roms, reçus chez des Roumains vivant en zones rurales, ont également été organisés et apparemment positivement

---

<sup>534</sup> Discours de M. Micheal Martin TD, *supra*, note 481.

<sup>535</sup> Commentaires du gouvernement irlandais (conservés au Conseil de l'Europe).

<sup>536</sup> Entretiens, Madrid, Espagne, 28 novembre 2001.

<sup>537</sup> Stratégie du gouvernement de Roumanie pour améliorer la condition des Roms, ministère de l'Information publique, Bucarest, 2001, Section D. Les soins de santé, points 2 et 8.

<sup>538</sup> « *Interculturalization of Care* », document de synthèse, ministère de la Santé, Pays-Bas. (Disponible chez l'auteur.)

<sup>539</sup> Entretiens, Amsterdam, Pays-Bas, 12 octobre 2001.

<sup>540</sup> « *The Romani People and Health Care Services : A Guide for Health Care Professionals* ». Conseil national de l'éducation, Finlande. Cet ouvrage sera bientôt publié en anglais. (Exemplaire de démonstration et sommaire disponibles chez l'auteur.)

perçus<sup>541</sup>. Bien que ces programmes soient aujourd'hui terminés, la valeur à long terme de ces efforts de sensibilisation culturelle et de lutte contre les stéréotypes, qui ont touché la société dans son ensemble, suggère qu'il pourrait être utile de les reconduire, en Roumanie et ailleurs.

Dans le même temps, des organisations non gouvernementales contribuent au rapprochement mutuel des Roms et des systèmes de santé. A ce titre, il faut notamment citer *Les Amis des Voyageurs de la Gironde*, association qui forme des professionnels de la santé publique à la culture rom et à la lutte contre les stéréotypes, via une approche spécifique fondée sur des études de cas. Ces initiatives permettent à divers publics d'examiner et de reconsidérer leur compréhension des coutumes et des actions tsiganes<sup>542</sup>.

### **C. Améliorer l'accès aux soins grâce à des médiateurs de la santé issus des communautés roms**

En Europe, divers types de médiateurs sont engagés dans l'établissement de relations entre les communautés roms, les services publics et les autorités locales. Promouvoir le dialogue interculturel, améliorer l'accès aux services publics et encourager les parents à envoyer leurs enfants à l'école, tels sont les principaux chevaux de bataille des médiateurs. Ils remplissent ces fonctions dans le cadre d'institutions formelles ou non formelles, en contrepartie d'une rémunération ou sur le principe du volontariat. Ils peuvent être originaires de la communauté rom locale ou de la société majoritaire. Les qualifications requises pour cette mission peuvent inclure une formation spéciale administrée par les pouvoirs publics ou des ONG.

Dans le contexte de la santé, les programmes de médiateurs visent à informer les professionnels et les autorités concernés de la culture et des besoins d'une communauté rom particulière, à dispenser à cette communauté une éducation de base en matière d'hygiène et de santé, à faciliter son accès aux services publics et à améliorer sa connaissance de ses droits et responsabilités. L'étude de ces diverses dispositions et l'évaluation de leur efficacité dépassent la portée de ce rapport. On décrira ici divers aspects et expériences de différents programmes de médiation sanitaire. Les possibilités d'intervention de médiateurs sont signalées tout au long du présent rapport, car elles peuvent intéresser les gouvernements ou les collectivités locales qui envisagent de développer ce type d'initiatives.

En Roumanie, une des raisons clés à l'origine du système de médiateur de la santé était le manque de données sur la santé des femmes et sur le problème spécifique de la faible immunisation des enfants<sup>543</sup>. En 2001, le ministère roumain de la Santé et de la Famille a conclu

---

<sup>541</sup> Entretiens, Bucarest, Roumanie, 13 septembre 2001.

<sup>542</sup> Entretiens, Talence, France, 12 décembre 2001.

<sup>543</sup> Soumis par le conseiller des questions roms du ministère roumain de la Santé et de la Famille à la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, dans le cadre du Projet sur l'accès des femmes roms aux soins de santé publique.

un accord avec une ONG basée à Bucarest, le Centre rom d'intervention et d'études sociales (Romani CRISS) ; il s'agissait de mettre en place un système de médiateurs au sein des communautés roms, dans le cadre de la stratégie 2001-2004 du gouvernement roumain pour améliorer la condition des Roms. Cet accord représente un engagement conjoint en matière de formation, de gestion, de suivi et d'évaluation de ce système.

Le ministère roumain de la Santé et de la Famille a accepté de soutenir la formation du médiateur de la santé et d'établir officiellement cette institution en Roumanie. En collaboration avec les directeurs locaux de la santé publique, ce ministère coordonne, suit et évalue les activités du médiateur. De son côté, Romani CRISS sélectionne les médiateurs potentiels au sein des communautés roms, et coopère avec les directeurs de la santé publique pour mettre en place un réseau de médiateurs et participer au processus de suivi et d'évaluation. Romani CRISS jouit en outre d'un statut consultatif, avec droit de veto, au sein de la Commission ministérielle pour les rencontres Roms (MHF) du ministère de la Santé et de la Famille. Le Bureau des institutions démocratiques et des droits de l'homme de l'OSCE s'est joint à cet effort commun en acceptant de faciliter le partage d'expériences issues du système de la Roumanie, aux niveaux local, régional et international<sup>544</sup>.

Dans le programme roumain, les médiateurs sont essentiellement des femmes qui interviennent dans leurs propres communautés, auxquelles elles apportent des informations et des services de base en matière de santé et d'hygiène. Une attention particulière est portée à la santé de la mère et de l'enfant : on apprend par exemple aux maris qu'il est important qu'une femme mange plus et travaille moins pendant sa grossesse. Les médiateurs participent aussi à la création de liens entre les centres locaux de santé et les communautés, par exemple en promouvant leur participation aux campagnes de vaccination et en organisant des consultations médicales<sup>545</sup>. Les propositions relatives à une nouvelle loi sur assurance maladie incluent notamment de donner aux généralistes la possibilité d'embaucher des médiateurs de la santé issus des communautés roms, dans certaines situations<sup>546</sup>.

Outre le fait d'accroître le nombre de Roms sur les listes des médecins généralistes et de favoriser la reprise des vaccinations infantiles, ce système a eu pour répercussion significative d'offrir aux femmes roms des opportunités de travail au sein de leurs communautés. En conséquence de quoi, beaucoup d'entre elles ont accédé à une plus grande visibilité, et à la possibilité de se faire entendre et respecter dans l'articulation des besoins de leurs communautés<sup>547</sup>.

---

<sup>544</sup> Voir « Accord sur la mise en oeuvre du système de médiateurs de la santé dans les communautés roms », dans le cadre de la Stratégie du gouvernement de Roumanie pour améliorer la condition des Roms, adopté par la décision gouvernementale n° 430/2001, points 1 et 2.

<sup>545</sup> Voir Joyce Schoon, « *Project Description : Roma Mediators Training for Health Education and Social Rights in Romani communities of Romania* », Centre rom d'intervention et d'études sociales (Romani CRISS), Bucarest, Roumanie.

<sup>546</sup> Soumis par le conseiller des questions roms du ministère roumain de la Santé et de la Famille à la Division des migrations et des Roms/Tsiganes du Conseil de l'Europe, dans le cadre du Projet sur l'accès des femmes roms aux soins de santé publique.

<sup>547</sup> Entretiens, Botosani, Roumanie, 15 septembre 2001.

En Finlande, l'association des médiateurs roms, Rhydys, existe depuis 1994<sup>548</sup>. De nombreux participants ayant été amenés au rôle de médiateur compte tenu de leur statut dans leur communauté locale et indépendamment de leur niveau d'instruction, il est apparu nécessaire de mettre en œuvre des programmes de formation qui leur permettraient de maîtriser la lecture et l'écriture, mais aussi les technologies de l'information<sup>549</sup>. Malgré les subventions publiques annuelles allouées au programme, les médiateurs ont été touchés par le chômage du fait du manque de coopération des municipalités et de leur insuffisante contribution financière.

L'Unité éducative rom, dans le cadre du Conseil national finlandais de l'éducation, en coopération avec Rhydys, a mis en place en 1999 une formation plus longue et plus systématique des médiateurs<sup>550</sup>. Des supports didactiques écrits, sur divers sujets, ont été préparés, en vue d'un cursus d'une année ; après avoir passé un examen, les médiateurs reçoivent un diplôme remis par l'Unité éducative rom et un certificat de Rhydys<sup>551</sup>. Ces changements ont été introduits dans le but d'encourager les conseils locaux à employer des médiateurs à des postes officiels de l'administration des collectivités<sup>552</sup>.

A Dublin, en Irlande, l'ONG Pavee Point a recruté des femmes de la communauté des gens du voyage afin qu'elles identifient les besoins de leurs pairs en termes de santé, mais aussi qu'elles servent de relais entre ceux-ci et le *Primary Health Care for Travellers Project* (projet de soins de santé primaires pour les gens du voyage). Ce projet a été initié en partenariat avec les autorités du *Eastern Health Board* (service de santé de la région orientale). A l'origine, huit femmes de la communauté des gens du voyage, dont sept ne savaient pas écrire et possédaient un faible niveau d'instruction, ont été sélectionnées pour se familiariser avec les services de santé locaux, identifier les besoins de leur communauté, planifier des interventions et suivre des formations pour pouvoir les mettre en œuvre. Le développement de relations avec les écoles, les centres de consultation et les autorités sanitaires municipales, faisait partie des démarches visant à repérer les lacunes dans les différents services et à les combler<sup>553</sup>. Le ministère de la Santé a salué l'efficacité de ce projet, complémentaire et promoteur de l'accès aux services réguliers<sup>554</sup>.

Pour les femmes de la communauté des gens du voyage, formées à la mission de travailleurs de la santé pour leurs municipalités, l'une des conséquences du renforcement de leur confiance, de leurs connaissances et de leurs aptitudes communicationnelles, grâce à leurs expériences, est leur

---

<sup>548</sup> « *Background information on the Roma mediator activities* ». Unité d'éducation rom, Conseil national d'éducation, Finlande. (Disponible chez l'auteur.)

<sup>549</sup> Id.

<sup>550</sup> Id., « *Mediator training in 2001* ».

<sup>551</sup> Parmi les sujets traités et prévus, citons : le système éducatif finlandais, la citoyenneté finlandaise, les soins et l'éducation des enfants, la santé dans les centres de soins communautaires, l'histoire, les compétences linguistiques et culturelles, connaissances de base de l'informatique, les droits et obligations des locataires, les soins et les services sociaux, les maladies, les drogues, les loisirs et les hobbies, le chômage, la création d'entreprise, informations sur l'Union européenne. Id.

<sup>552</sup> Id.

<sup>553</sup> « *Primary Health Care for Travellers Project Report for year ended October 1995* », Pavee Point Travellers Centre, pp. 10-11.

<sup>554</sup> Id., p. 28.

motivation à représenter les intérêts de leur communauté dans le cadre de diverses actions et forums<sup>555</sup>.

Face à la complexité des barrières systémiques qui s'opposent généralement à l'accès des Roms à la santé, les médiateurs ne sont pas la panacée. Aussi faudrait-il peut-être reconsidérer le fait que des assistants sanitaires forment le premier maillon des soins de santé primaires du concept d'intégration des Roms de la République tchèque<sup>556</sup>. Certains s'inquiètent en outre du gaspillage des ressources que représenteraient ces médiateurs et d'autres intervenants spécialisés ; à ce propos, les économies réalisées dans les domaines des soins d'urgence et spécialisés, grâce précisément à une plus grande attention accordée aux soins de santé primaires, devraient rapidement dissiper ces inquiétudes. Il ne faut pas non plus sous-estimer l'intérêt d'éviter les malentendus et les confrontations des Roms avec des services publics dont ils se méfient, pour promouvoir, à l'inverse, de bonnes relations avec les autorités locales. Au même moment, il s'agirait de prendre des mesures pour garantir que les services réguliers réagissent aux constats des médiateurs en prenant les mesures qui s'imposent<sup>557</sup>. L'existence d'intervenants sanitaires spécialisés doit être perçue comme un moyen de promouvoir, et non d'excuser, l'engagement d'autres travailleurs de la santé dans l'atteinte des objectifs du médiateur au sein de la communauté<sup>558</sup>. Sinon, on risque d'aller vers un système d'assistance ségrégué.

---

<sup>555</sup> Id.

<sup>556</sup> Voir *The Concept of Roma Integration of the Czech Republic*, approuvé par le gouvernement le 23 janvier 2002, Section 4.6 : *Affirmative Action in Social and Health Care*.

<sup>557</sup> Voir Sarah Cemlyn, « *From Neglect to Partnership ? Challenges for Social Services in Promoting the Welfare of Traveller Children* », *supra*, note 182, pp. 359-361.

<sup>558</sup> Des préoccupations sont apparues concernant la surcharge de travail des visiteuses de santé et la diminution de leur capacité à aider les patients : Les visiteuses de santé spécialisées qui travaillent auprès des Voyageurs subissent la pression de devoir non seulement faire face à des problèmes de santé, de santé mentale par exemple, mais aussi assumer les rôles d'autres services, sociaux et de logement, par exemple. Il peut en résulter l'apparition d'une culture de dépendance et une dilution des soins de santé dispensés. Cleemput, *supra*, note 180, p. 16.

## D. Le potentiel des initiatives intergouvernementales pour l'amélioration de l'accès des femmes roms à la santé

Les initiatives gouvernementales peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration de l'accès, pour les femmes roms et les personnes à leur charge, aux soins de santé. En accordant de l'attention à la santé et aux droits des groupes marginalisés, et notamment des femmes roms, certaines initiatives ont commencé à instaurer les conditions requises pour l'élimination de la discrimination et un accès amélioré à la santé, dans le respect des différences culturelles. Des relations renforcées entre les systèmes de santé, les instances intergouvernementales et spécialisées, sont susceptibles de faire progresser ces objectifs.

La constitution de l'Organisation mondiale de la santé stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »<sup>559</sup>. Le document récemment adopté par l'OMS, « *Gender Policy : Integrating gender perspectives into the work of WHO* » (politique en matière de genres : intégrer l'égalité entre les sexes dans le travail de l'OMS), reconnaît l'existence de différences, entre les hommes et les femmes, dans les facteurs qui déterminent l'état de santé et dans le poids d'une santé médiocre<sup>560</sup>. L'OMS a attiré l'attention sur les liens entre le sexe, la santé et la pauvreté, dans le but d'améliorer la planification et la mise en oeuvre au plan national<sup>561</sup>. Elle a aussi confirmé la reconnaissance de caractéristiques différentes en termes de santé et de maladie, selon que les femmes appartiennent à tel ou tel groupe minoritaire ou migrant<sup>562</sup>. L'engagement de l'OMS vis-à-vis de la santé et des droits humains au 21<sup>e</sup> siècle<sup>563</sup>, pour tous les hommes, devrait favoriser l'intégration des groupes marginalisés dans tous les programmes en faveur d'une santé de meilleure qualité.

Plusieurs initiatives de subvention de l'Union européenne soutiennent la protection des minorités et le développement de la société civile. Le programme Phare entend notamment améliorer la protection des minorités à la lumière des exigences liées à l'accession à l'UE ; il a en outre alloué plus de 23 millions d'euros à des initiatives concernant les Roms depuis 1999<sup>564</sup>. Pour sa part, le

---

<sup>559</sup> Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (juillet 1946), Préambule.

<sup>560</sup> OMS, Avril 2002. Voir aussi « *Gender and Health* », Technical Paper, WHO/FRH/WHO/98.16, OMS, 1998 ; « *Women's Mental Health : An Evidence-Based Review* », OMS, 2000 ; « *Mental Health : New Understanding, New Hope. World Health Report 2001* », OMS, 2001.

<sup>561</sup> Voir « *Integrated Planning Framework on Gender, Health, and Poverty* », (projet). Department of Health and Sustainable Development, Organisation mondiale de la santé, septembre 2000.

<sup>562</sup> Voir, p.ex., « *Consultation on Health Indicators of Minority Women in Europe* », (projet de rapport) Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe, et Centre danois pour les droits de l'homme, 12 avril 2000.

<sup>563</sup> Voir « *Director-General Sets out WHO Stance on Health and Human Rights* », Communiqué de presse WHO/93, 8 décembre 1998.

<sup>564</sup> Voir Commission européenne : *External Relations*, à l'adresse suivante : [http://europa.eu.int/comm/external\\_relations/](http://europa.eu.int/comm/external_relations/)

programme d'accession à l'Union européenne met l'accent sur la promotion du secteur social, et notamment sur les concepts de santé durable et de soutien social aux groupes marginalisés<sup>565</sup>. Dans le sud-est de l'Europe, les initiatives pour favoriser le renforcement des compétences des fonctionnaires, des ONG et des communautés minoritaires, sur les questions de protection, bénéficient du soutien de l'Initiative européenne pour la démocratie et les droits de l'homme (IEDDH)<sup>566</sup>. Par le biais du Pacte de stabilité, l'UE promeut ces objectifs en coopération avec et dans les Etats des Balkans, ainsi que d'autres organisations internationales. Ainsi, l'UE dispose d'un large cadre dans lequel approfondir son engagement en faveur de l'amélioration de l'accès à la santé et aux services connexes. En outre, l'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes oeuvre avec diverses organisations internationales à la collecte, l'analyse et la diffusion de données sur le racisme, la xénophobie et l'antisémitisme dans les Etats membres et les pays candidats, dans l'objectif de promouvoir les « meilleures pratiques »<sup>567</sup>. Son rôle de base de données centrale confère à l'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes une position solide à partir de laquelle sensibiliser à l'influence du racisme sur l'accès à la santé, mais aussi aux initiatives qui ont réussi à contrer ces fléaux.

Le Conseil de l'Europe a compris depuis longtemps que la santé était un facteur déterminant de la cohésion sociale et a ainsi manifesté son engagement à intervenir sur diverses questions en relation avec la santé : accès aux soins pour les groupes vulnérables, autonomisation des citoyens et des patients, promotion de la santé et prévention des maladies, protection des données, etc.<sup>568</sup> Le Comité directeur pour l'égalité entre les femmes et les hommes (CDEG), en permettant aux femmes roms et tsiganes de s'exprimer à l'occasion d'un forum, a permis d'identifier le besoin d'agir pour améliorer l'accès aux services publics dans le contexte de la discrimination ethnique et raciale<sup>569</sup>. Dans le cadre du Comité européen de la santé, un groupe d'experts – SP-SPM – a été constitué pour étudier la question de l'adaptation des services de santé aux besoins des personnes en situation marginale. Ses recommandations ont mis en évidence plusieurs orientations, dont l'action préventive, la création d'environnements favorables à l'intégration sociale, l'amélioration des connaissances en matière de santé et le refus de la stigmatisation<sup>570</sup>. Elles suggèrent aussi des démarches de formation, afin d'aider les professionnels de la santé à répondre aux besoins des groupes marginalisés et à ceux des femmes vivant dans des conditions

---

<sup>565</sup> Id.

<sup>566</sup> Voir Initiative européenne pour la démocratie et les droits de l'homme, à l'adresse suivante : [http://europa.eu.int/comm/europeaid/projects/eidhr/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/europeaid/projects/eidhr/index_fr.htm)

<sup>567</sup> Voir Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes (EUMC), <http://eumc.eu.int/about/index.htm>.

<sup>568</sup> Voir la Recommandation Rec(2000)18 sur les critères de développement des politiques de promotion de la santé, adoptée le 21 septembre 2000, et la Recommandation Rec(2001)12 du Comité des Ministres aux Etats membres sur l'adaptation des services de soins de santé à la demande de soins et de services des personnes en situation marginale, adoptée le 10 octobre 2001.

<sup>569</sup> Voir « Audition publique des femmes roms/tsiganes de l'Europe occidentale, centrale et orientale », Conclusions de la Rapporteuse générale Mme Ana Gimenez Adelantado, Conseil de l'Europe, EG/TSI (95) 2.

<sup>570</sup> Voir « L'adaptation des services de soins de santé à la demande de soins et de services des personnes en situation marginale », Recommandation Rec(2001)12 et l'exposé des motifs, adoptés par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 10 octobre 2001.

d'insécurité, qui exigent une attention toute particulière<sup>571</sup>. Ce comité a aussi reconnu la valeur des mesures de discrimination positive, dans l'intérêt de promouvoir un égal accès aux services et l'intégration des besoins spécifiques dans les services traditionnels<sup>572</sup>.

Reconnaissant que la santé est un facteur de stabilité et de paix, le SP-SPM, en coopération avec l'OMS, a récemment entrepris d'examiner les obstacles, les opportunités et les lacunes, en matière de connaissances, concernant l'accès des groupes vulnérables à la santé et aux services sociaux en Europe du Sud-Est<sup>573</sup>. Cette initiative vise à promouvoir la reconstruction et le développement des infrastructures et des services de santé au moyen de la coopération régionale et du soutien international, pendant mais aussi après le processus d'accession à l'Union européenne.

Dans le cadre du Pacte de stabilité, le Bureau des institutions démocratiques et des droits de l'homme (BIDDH) a entrepris de renforcer les compétences des associations de femmes roms dans la région. Une formation régionale pour les militantes roms s'est déroulée à Ohrid, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en octobre 2000. Les prochaines activités devraient notamment viser à intégrer les femmes roms dans les deux autres lignes d'action du BIDDH définies pour ce projet, à savoir : 1) la gestion des difficultés des Roms en situation de crise et de post-crise, notamment les réfugiés et déplacés ; 2) le lancement d'un processus d'organisation autonome (« de Rom à Rom »), afin de favoriser le développement d'une communauté durable et sa participation à la société civile.<sup>574</sup>

Pour améliorer l'accès à la santé des Roms et d'autres groupes vulnérables, de façon coordonnée et diversifiée, il faudrait tout particulier s'efforcer de promouvoir le dialogue et la coopération entre ces groupes et d'autres instances spécialisées. De plus, alors que ces initiatives se multiplient, il faudrait veiller à ce que les besoins et les visions des femmes roms soient pris en considération à tous les niveaux. Une volonté politique sans faille et l'engagement de ressources suffisantes, au niveau international, mais aussi national et local, sont nécessaires si l'on veut atteindre ces objectifs.

---

<sup>571</sup> Id., pp. 16, 19.

<sup>572</sup> Id., pp. 15, 16.

<sup>573</sup> Voir « *South East Europe Strategic Review on Social Cohesion Health Network Concept Note : Preparation of a methodological survey to improve access to health care for vulnerable and marginalised persons* », SEER/Health (2001)2 ; Voir aussi « Synthèse sur l'accès aux services sanitaires par les groupes les plus vulnérables en Europe du Sud-Est », Strasbourg, 20 août 2001, préparé par Jeffrey Levett, National School of Public Health, Athènes, Grèce.

<sup>574</sup> Bulletin d'information sur les activités du Conseil de l'Europe concernant les Roms menées dans le cadre du Projet commun « Les Roms dans le cadre du Pacte de stabilité », 2 juin 2001, Division des migrations et des Roms/Tsiganes, Conseil de l'Europe, Direction générale III – Cohésion sociale, pp. 14-15.

## **SECTION V**

### **Recommandations**

#### **A. Législation et mécanismes institutionnels pour la promotion de la non-discrimination et l'égalité dans l'accès aux soins de santé**

Pour promouvoir la non-discrimination et l'égalité des Roms dans l'accès aux soins de santé, les Etats, mais aussi les instances intergouvernementales et spécialisées, devraient prendre les mesures ci-dessous :

- Les Etats devraient s'attacher à la mise en oeuvre pleine et efficace, au niveau national, de législations d'ensemble qui interdisent expressément la discrimination directe et indirecte dans l'accès à la santé et aux services publics concernés, prévoient le renversement de la charge de la preuve, combattent la victimisation, encouragent les actions positives, permettent à des entités légales de soutenir les plaignants dans les procédures administratives et judiciaires et établissent des sanctions et des recours concrets et proportionnels. Dans le même temps, il faudrait prévoir le contrôle et l'évaluation réguliers de la législation, afin de la renforcer et de l'adapter aux évolutions au plan du racisme et de la discrimination raciale. La loi devrait également imposer aux pouvoirs publics l'obligation de promouvoir l'égalité raciale. Enfin, pour garantir une mise en oeuvre et une application appropriées de la législation, il faudrait, en particulier au niveau local, instituer une autorité compétente et la doter des ressources requises.
- Les Etats devraient instituer ou désigner des instances spécialisées, indépendantes, avec pour responsabilité de réviser et d'appliquer la législation anti-discrimination, de soutenir les victimes de la discrimination, et de mener des recherches, des études et des actions de sensibilisation. Les membres de ces instances spécialisées devraient être représentatifs de l'ensemble de la population. Le rôles et les responsabilités de ces instances devraient s'inspirer de la Recommandation de politique générale n°2 de l'ECRI sur les organes spécialisés dans la lutte contre le racisme, la xénophobie, l'antisémitisme et l'intolérance.
- Les Etats devraient développer un système officiel de collecte de données, conforme aux normes internationales en matière de protection des données, afin de documenter la situation et les besoins des Roms et de répertorier toutes les formes de discrimination. Les informations statistiques, documentaires ou techniques traitées ou produites devraient permettre aux organisations internationales et régionales d'appréhender la situation, l'ampleur des problèmes, de leurs causes et manifestations, de même que les répercussions des mesures prises. De telles données devraient être ventilées par ethnie et par sexe. Elles devraient permettre de procéder à des comparaisons significatives entre Etats, et aider les Etats et les instances concernées à développer des politiques et des stratégies axées sur les besoins spécifiques des femmes roms – et notamment leur accès aux services publics.

## **B. Stratégies gouvernementales pour améliorer l'accès à la santé**

*Pour améliorer l'accès à la santé des femmes roms, les gouvernements devraient développer et appliquer des stratégies nationales globales et proactives, comme suit :*

- Les stratégies gouvernementales visant à améliorer la santé des Roms devraient s'attacher à sensibiliser les travailleurs sanitaires et la communauté rom à la santé et aux questions corrélées, renforcer leur capacité à combattre la discrimination et les impliquer dans l'élaboration des stratégies.
- Les stratégies gouvernementales devraient intégrer des mécanismes consultatifs afin d'assurer la prise en considération, dans les processus d'élaboration des politiques, des divers besoins des Roms en matière de santé, et notamment, de manière spécifique, ceux des femmes/hommes, des populations urbaines/rurales, des adolescents/personnes âgées, des populations nomades/sédentaires, et des handicapés.
- Les stratégies devraient refléter une approche multisectorielle, qui prenne en compte les conséquences sur l'état de santé et l'accès aux soins, de l'accès aux documents attestant du statut légal, aux avantages sociaux, à l'éducation, aux conditions de vie et au logement. A cet égard, les Etats devraient envisager de mettre en place une instance interministérielle chargée de la coordination des activités.

## **C. Promouvoir la participation des femmes roms à l'amélioration de l'accès à la santé**

*Les gouvernements, et les organisations intergouvernementales qui les soutiennent en finançant les programmes et les projets nationaux et transnationaux, devraient prendre des mesures pour assurer le droit des femmes roms de participer, sur un pied d'égalité avec les hommes, à toutes les phases de l'élaboration des politiques concernant leur communauté. Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- Cibler les femmes roms, de sorte à les sensibiliser à l'importance de leur participation aux questions de santé ; renforcer leur capacité de participation et assurer leur contribution, sur un pied d'égalité avec les hommes, à tous les mécanismes de consultation en place et à tous les stades de l'élaboration des politiques sur les questions concernant leur communauté, notamment grâce à une plus grande transparence dans les processus de prise de décision et de recrutement.
- Désigner un conseiller sur les droits des femmes, l'égalité entre les sexes et les sexospécificités, afin d'assurer l'intégration de ces questions dans l'élaboration des politiques et des programmes en faveur des Roms. Ce conseiller devrait connaître parfaitement la situation des femmes et la dynamique des genres. Il devrait en outre

disposer des ressources et de l'autorité nécessaire pour pouvoir assurer la participation de ces dernières aux processus d'élaboration des politiques.

- Organiser et proposer des programmes de formation visant à renforcer les compétences des femmes s'agissant de défendre leur cause et d'accroître leur présence dans la sphère politique et l'administration publique.
- Promouvoir l'institution de médiateurs de la santé issus des communautés roms, aux niveaux local et national.

#### **D. Combattre la discrimination au niveau des travailleurs et des institutions de la santé**

*Les gouvernements devraient prendre des mesures pour assurer aux Roms un accès égal aux soins de santé, selon une approche non discriminatoire et ouverte aux spécificités culturelles. Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- Assurer l'adoption, l'application et le suivi de dispositions interdisant la discrimination de la part des travailleurs et des institutions de la santé, y compris les associations professionnelles.
- Eduquer les autorités et les travailleurs de la santé sur les diverses traditions, cultures, modes de vie et tendances en matière de mobilité propres aux Roms, et leur apprendre à reconnaître la discrimination directe et indirecte sur la base de la race, de l'ethnie et d'autres facteurs corrélés comme le nomadisme.
- Mettre en place un système d'encouragement destiné à inciter les personnels de la santé à intervenir dans les communautés roms, dans le but d'intégrer ces dernières dans les services traditionnels.
- Assurer l'accessibilité de la santé, en termes physiques, y compris aux services d'urgence, par la création de routes, de moyens de communication et de services.
- Assurer aux populations nomades l'accès à la santé, en envisageant la création de dossiers qui suivent les usagers, ainsi que d'autres systèmes non assignés au territoire.

#### **E. Améliorer l'accès des femmes roms à la santé**

*Pour assurer aux femmes roms un accès égal à la santé publique, les gouvernements devraient prendre des mesures non discriminatoires sur la base de l'ethnie ou du genre, qui tiennent compte des spécificités culturelles. Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- Intégrer les Roms, les femmes en particulier, dans les recherches sur l'état et les besoins de leur communauté en matière de santé, sans oublier la situation des adolescents et des populations mobiles et rurales.
- Assurer aux femmes roms l'accès à des services d'information et de prévention sanitaire tout au long de leur vie, en leur proposant éventuellement des soins gratuits ou moins chers.
- Assurer l'accès à des informations et à des services sur la santé sexuelle et génésique, dans le respect de la vie privée et de la confidentialité, en veillant notamment aux besoins des adolescents et des communautés rurales, isolées ou mobiles.
- Assurer l'accès à une éducation sexuelle exhaustive et adaptée à tous les membres des communautés roms, en veillant à assurer l'égalité hommes-femmes dans toutes les décisions relatives à la sexualité et au rôle des hommes dans la promotion et la protection de la santé des femmes de leurs communautés.
- Assurer à tous les membres des communautés roms l'accès à une éducation aux droits de l'homme, sans oublier le droit des femmes de contrôler et de choisir leur sexualité et leur procréation.
- Assurer l'accès à des informations et des services sur la santé mentale et l'abus de drogues, en veillant en particulier aux besoins des adolescents et des communautés rurales, isolées ou mobiles.

## **F. Documents d'identification, citoyenneté et santé**

*Les gouvernements devraient prendre des mesures pour assurer aux Roms un accès égal aux documents d'identification et à la citoyenneté, sur une base non discriminatoire. Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- Adopter des mesures proactives et concrètes destinées à sensibiliser les membres de la communauté rom aux processus d'acquisition – cruciale – des documents attestant du statut légal des personnes.
- Rationaliser et faciliter l'accès à un statut légal requérant des documents, via l'application de conditions d'éligibilité flexibles (droits administratifs ou attestation de résidence), afin que les Roms puissent plus facilement y répondre.
- Assurer l'accès provisoire aux informations et services sanitaires nécessaires aux personnes dépourvues des documents requis pour accéder aux services traditionnels.
- Assurer l'accès aux cartes d'identité, aux certificats de naissance et aux autres documents officiels, grâce à la fourniture des informations adéquates, l'enregistrement gratuit ou à

moindre coût des personnes à faibles revenus, et le contrôle du pouvoir discrétionnaire des autorités locales.

## **G. Prestations sociales et santé**

*Pour assurer aux Roms un accès égal à la protection sociale, les gouvernements devraient prendre des mesures non discriminatoires, qui tiennent compte des spécificités culturelles. Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- Concernant l'accès aux prestations sociales (dont assurance maladie non contributive), identifier, évaluer et reconsidérer les informations requises, mais aussi les coûts et les barrières associés – en ce qui concerne notamment l'inscription dans les agences pour l'emploi -, ainsi que les critères d'éligibilité, dans la perspective de combattre la discrimination et de promouvoir l'égalité.
- Concernant l'évaluation de l'éligibilité aux prestations, instituer des mécanismes de recours et informer la communauté rom de leur existence.
- Assurer aux populations mobiles l'accès aux prestations sociales, en envisageant la création de dossiers qui suivent les usagers, ainsi que d'autres systèmes non assignés au territoire.

## **H. Education et santé**

Pour assurer aux Roms un accès égal à l'éducation, les gouvernements devraient prendre des mesures non discriminatoires sur la base de l'ethnie ou du sexe. Ils devraient dans le même temps encourager la coopération entre les parents, les enseignants et les autorités éducatives, afin de promouvoir l'éducation des filles et des femmes roms. *Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- Dans l'enseignement primaire et secondaire, prévoir des facilités raisonnables pour les filles ayant quitté l'école durant un certain temps, et notamment l'allocation de ressources pour une éducation à temps partiel ou à la maison.
- Assurer l'accès à l'alphabétisation, ainsi qu'à des informations spécifiques (notamment sur la santé sexuelle et génésique, les droits de l'homme et l'égalité des sexes), pour promouvoir la santé et le bien-être des femmes et de leurs familles.
- Assurer l'accès à des informations sur les risques sanitaires et psychologiques liés aux mariages et aux grossesses précoces, et assurer aux femmes l'éducation et les moyens requis pour exercer leur libre choix et leur responsabilité quant à la planification familiale.

- Il faudrait mettre en place des incitations et des systèmes de soutien, dans le but d'encourager les femmes roms à poursuivre leur cursus dans l'enseignement du troisième degré et la formation professionnelle.

## **I. Logement et santé**

*Pour assurer aux Roms un accès égal à des conditions de vie et de logement adéquates, les gouvernements devraient prendre des mesures non discriminatoires, qui tiennent compte des spécificités culturelles. Le cas échéant, les gouvernements devraient :*

- l'habitabilité ; l'existence de services, matériaux, équipements et infrastructures ; le respect du milieu culturel ; et la sécurité légale de l'occupation. A cet égard, il faudrait accorder une attention particulière aux communautés rurales ou isolées, ainsi qu'aux sites accueillant les populations nomades.
- Assurer la participation des femmes roms à la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation du développement et de la réhabilitation des logements et des campements.
- Reconnaître le logement effectif des Roms comme leur domicile permanent, afin de leur permettre d'accéder aux services publics.
- Légaliser les campements des Roms pour leur permettre d'accéder aux services publics.

Assurer aux membres des populations nomades privés de l'accès à des sites légaux, l'accès aux soins de santé et aux autres services publics.