

EMPOWERMENT EN SANTE DES MIGRANTS :

L'empowerment comme outil d'inclusion : améliorer la santé des migrants intra-européens vivant en squats et bidonvilles

SOMMAIRE

Introduction	p.3
I. Présentation du public	p.5
a. Bref historique	p.5
b. Quelques caractéristiques anthropologiques	p.5
c. Migration des Roms vers l'Europe de l'ouest	p.6
d. Mode de vie communautaire	p.7
e. Accès à l'éducation	p.8
f. Contexte administratif en France	p.9
II. FOCUS SUR LA SANTE	p.10
a. Quelques données en santé	p.10
b. La santé reproductive et maternelle	p.10
c. Obstacles à l'accès aux soins	P.11
c.1. Représentations des soignants	p.11
c.2. Rapport à la santé des Roms	p.12
c.3. Impact du faible niveau socioéconomique sur la santé	p.12
III. EMPOWERMENT	p.14
a. Définitions	p.14
b. Empowerment et populations Roms	p.16
Conclusion	p.19
Bibliographie	p.20

Introduction

Dans le cadre du Diplôme Universitaire Santé des Migrants, mon choix de mémoire s'est porté sur la notion d'empowerment.

Bien qu'elle soit loin d'être univoque et qu'un tour d'horizon de la littérature en sciences sociales témoigne de sa complexité ainsi que des multiples définitions pouvant lui être attribuée selon le cadre idéologique et théorique auquel elle est rattachée, elle semble pertinente dans l'accompagnement à la santé des migrants.

Nous reviendrons plus tard sur les définitions de ce terme, toutefois, il paraît pertinent d'en présenter brièvement le sens que nous retiendrons, dès à présent.

Pour ce faire nous présenterons les propos de Nina Wallerstein telle que présentés dans un dossier de la revue La Santé en action de Santé publique France : « *L'empowerment est le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement des barrières structurelles (externes) afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés.* »¹

Or ce DU nous a amené, entre autres, à nous interroger à la fois sur les éléments pouvant faire obstacles à l'accompagnement vers la santé des migrants que nous rencontrons mais aussi sur les leviers pouvant être mobilisés.

A cet égard, il me semble que l'empowerment nous invite à aborder ces deux aspects tout en considérant le contexte politique, social, économique des personnes ciblées.

Aussi, j'ai souhaité développer une réflexion sur l'intérêt du recours à cet outil d'émancipation dans le cadre spécifique de mon travail quotidien afin de nourrir ma pratique professionnelle au travers de ce DU.

J'occupe un poste de travailleuse sociale au sein d'un service d'accompagnement social spécialisé qui intervient auprès des populations migrantes intra-européens vivant en squats, campements illicites et bidonvilles. Il s'agit essentiellement de roumains, le plus souvent issus de la communauté Roms.

Notre action s'inscrit dans le cadre de la circulaire de 2018 ayant pour mission la résorption des squats et bidonville : « *la France compte près de 570 bidonvilles où vivent 16 000 personnes, pour une grande partie d'entre elles ressortissantes roumaines et bulgares. Ce nombre reste relativement stable depuis plusieurs années, et ce malgré les évacuations qui trop souvent se traduisent par des réimplantations de campements. Cette instruction du Gouvernement définit un cadre d'action renouvelé afin de donner une nouvelle impulsion à la politique de résorption des campements illicites et bidonvilles, une politique à la fois humaine*

¹ La Santé en action, Prévention/ promotion/ Education, Dossier Empowerment des jeunes, Décembre 2018/N° 446, p.8

et exigeante quant au respect du droit et de la loi mais aussi une politique efficace, avec un objectif de réduction durable du nombre de bidonvilles dans les 5 ans à venir². »

Dans ce contexte de grande précarité à la fois de l'habitat, économique et sociale, les personnes sont dans des logiques de survie. Or les priorités qui émergent sont alors de satisfaire les besoins primaires (se sustenter, se mettre sécurité/abri). La santé est souvent occultée à la faveur des autres priorités.

Afin d'évaluer comment la mise en place d'un travail de renforcement du pouvoir d'agir auprès de ce public pourrait améliorer leur santé nous allons tout d'abord aborder plus précisément le public et ses spécificités puis nous présenterons les définitions du concept d'empowerment et enfin nous évoquerons l'intérêt de sa mise en œuvre au sein de la communauté Rom.

² Circulaire du 25 janvier 2018, Instruction du Gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles

I. Présentation du public

a. Bref historique

Les Roms d'Europe de l'est représentent environ 10 à 12 millions de personnes. Il s'agit de la plus grande minorité transnationale en Europe et aussi une des plus discriminée.

A ce jour, nous estimons entre 15 000 et 20 000 le nombre de Roms en France. Ils proviennent majoritairement de Bulgarie et de Roumanie. Depuis 2007, ces deux pays font partie intégrante de l'union européenne. Pourtant, les Roms sont l'objet de politiques d'exclusion et de nombreux préjugés.

Tout d'abord, qui sont les Roms ? Cette question semble focaliser nombre de malentendus venant renforcer le flou qui entoure ces populations et les stéréotypes qui les accompagnent.

En effet, dans l'imaginaire collectif persiste un amalgame entre Tsiganes, Roms, Manouches, Gitans, Sinté etc. Et pour cause, la constitution groupale qui les définit échappe à nos habituelles grilles de classement des populations.

Historiquement, les Tsiganes proviendraient d'une province de l'Inde qu'ils auraient fui il y a plus de mille ans pour migrer vers l'Europe. Ainsi, les Roms seraient majoritairement établis en Europe de l'est tandis que les Gitans résident davantage en Espagne et les manouches en Allemagne.

En premier lieu, il s'agit de distinguer « les gens du voyage » des Roms d'Europe de l'est. Si ces deux populations sont bien des sous-groupes de la grande famille des Tsiganes, elles ne sont pas à confondre. La première distinction, et pas des moindres, réside en cela que les gens du voyage sont de nationalité française contrairement aux Roms provenant de Roumanie ou de Bulgarie.

Toutefois, dans la nomenclature administrative, sous le terme de « gens du voyage », nous retrouvons également des Roms français demeurant en France depuis plusieurs décennies.

La seconde importante distinction à faire entre les gens du voyage et les Roms d'Europe de l'Est est que les premiers sont nomades (bien que cela soit de moins en moins le cas) et les seconds sédentaires. Ces derniers ne viennent donc pas en France par nomadisme mais par nécessité économique pour fuir la misère de leur pays : ce sont des migrants économiques au même titre que les autres européens présents sur le territoire français.

b. Quelques caractéristiques anthropologiques

Les sociétés Roms sont multiples alors qu'elles sont souvent désignées comme un seul et même groupe d'appartenance : les Roms. La réalité est plus complexe et leur organisation sociale est davantage régie par des filiations et des appartenances géographiques que par une appartenance ethnique unique.

Selon les grands groupes familiaux, des variations peuvent exister comme l'appartenance religieuse, le code vestimentaire et certaines coutumes. Nous pouvons constater de franches hostilités entre certaines grandes familles même si toutes se revendiquent tsiganes.

Les familles élargies forment des micro communautés où l'endogamie est prédominante. Selon Olivier Bouvet et Stéphane Floch³ « *Finally, il n'y a pas une communauté mais bien des communautés loin d'être homogènes, linguistiquement, historiquement, culturellement et socialement qui peuvent apparaître comme insaisissables* ».

Néanmoins, il existe quelques grandes particularités communes qui les caractérisent.

Leur langue est le romani (elle peut varier d'un groupe à l'autre, les personnes parviennent néanmoins à se comprendre) qui a pour originalité d'ignorer le futur. Cette caractéristique linguistique a toute son importance dans un contexte de vie rythmé par les expulsions où l'on ne sait jamais de quoi demain sera fait. Lorsque la langue ne donne pas la possibilité d'exprimer demain, il devient difficile de se projeter dans un avenir plus ou moins lointain.

Quant aux règles d'union, elles sont patrilocales : ce sont les jeunes mariées qui intègrent le foyer de leur époux au sein de la famille de ce dernier, et patrilineaire (la filiation se fait par le père).

D'une façon plus générale, il s'agit de sociétés patriarcales.

Les unions sont précoces, aujourd'hui aux alentours de 15 ans et marquent l'entrée des jeunes dans l'âge adulte. Elles font également l'objet d'alliances puissantes entre les familles. Selon une étude réalisée par Médecin de Monde⁴, « *Si une femme divorce et se remarie, les enfants restent à la famille du premier mari et la femme est destinée à faire des enfants pour la famille du second* ». Ainsi, le but premier de l'union est la procréation à travers laquelle les femmes acquièrent leur statut social.

c. Migration des Roms vers l'Europe de l'ouest

La Roumanie est le pays d'Europe de l'Est qui dénombre le plus fort effectif de Roms : entre 600 000 et 2,5 millions selon les critères retenus.

Les Roms ne sont pas moins stigmatisés en France qu'en Roumanie. Mais ce n'est pas la raison principale de leur migration vers l'Europe de l'ouest.

Les régimes socialistes assuraient aux Roms accès à l'emploi, à l'hébergement et à la santé. Lors de la chute du régime soviétique, les roms se sont vus privés des habitats qu'ils occupaient depuis parfois 40 ans. Nous comprenons donc que leur situation s'est fortement fragilisée à ce moment-là.

³ *Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies*, O. Bouvet, St. Floch, Dans Spécificités 2012/1(N°5), p.257-274

⁴ *Education à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom*, Charlotte Imbert, Elsa Bidault, Nicolas Goujon, Bernard Goudet, Dans Santé Publique 2013/HS2 (S2), p. 209-2015, éditions S.F.S.P

De plus, la transition économique du pays a mis les populations Roms mais aussi non Roms à rude épreuve avec une forte paupérisation.

C'est ainsi que les mouvements migratoires roumains Roms et non Roms vers les pays de l'Ouest ont vu le jour dans les années 1980.

Toutefois, la France n'est pas le pays de destination de prédilection des Roms qui lui préférèrent l'Espagne, l'Italie ou l'Allemagne (davantage d'emplois agricoles) où ils sont plus nombreux : *En 2008-2010, il y avait entre 800 000 et 1 million de Roumains (Roms compris) dans chacun de ces pays, quand en France on les estimait à moins de 200 000*», relève le sociologue Martin Olivera⁵.

Ce dernier précise également que cette minorité est particulièrement visible en France en raison de la crise du logement et de la forte ségrégation dont elle fait l'objet en matière d'accès au logement. Toujours d'après M. Olivera, elle est beaucoup moins visible en Espagne par exemple, où elle a pu accéder plus facilement au logement.

La situation de vie des Roms en bidonvilles est particulièrement vraie en France.

Or, ce sont bien les conditions de vie dramatiques en habitat précaire s'ajoutant aux expulsions à répétitions sans solution de relogement qui fragilisent particulièrement cette population en lui ôtant toute possibilité d'accès à la scolarisation, à l'emploi, à la santé et donc d'insertion sociale.

Cette visibilité (les bidonvilles) vient nourrir les fantasmes de l'imaginaire collectif et entretient le mythe d'une invasion alors que ce sont les mêmes groupes de familles qui se déplacent depuis 15 ans au gré des expulsions.

L'anthropologue Alain Reyniers parle de « *profil d'une population du tiers-monde qu'il convient cependant de nuancer car environ 40% des roms de Roumanie ont réussi leur intégration socioéconomique et parfois même rejoint les classes sociales supérieures* ».

d. Mode de vie communautaire

Un des aspects qui participe à la forte stigmatisation des Roms est leur mode de vie communautaire.

Dans l'imaginaire collectif, ce repli communautaire constitue une spécificité culturelle de ces populations.

Or, une analyse plus fine permet de noter que ce mode de vie relève davantage de la précarité dans laquelle ils évoluent que d'une caractéristique culturelle. Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par la meilleure intégration de cette population en Espagne où l'accès au logement et à l'emploi sont plus faciles.

⁵ <https://lejournal.cnrs.fr/articles/qui-sont-vraiment-les-roms-de-france>

e. Accès à l'éducation

Quel que soit le pays dans lequel les Roms s'établissent, ils sont moins scolarisés que la population générale : « *Les enfants roms sont moins nombreux que les enfants non-roms à fréquenter l'enseignement obligatoire. En moyenne, 14 % des enfants roms en âge d'instruction obligatoire vivant dans les ménages visés par l'enquête ne sont pas scolarisés. En Roumanie, ce taux est de 22 %. (...) La cause principale de cette non-fréquentation scolaire est une scolarisation tardive et une fréquentation irrégulière, qui conduisent à un abandon précoce de la scolarité. Les Roms font état de faibles taux d'alphabétisation. Environ 20 % des Roms interrogés âgés de 16 ans et plus ont affirmé ne pas savoir lire ni écrire. Le taux d'illettrisme est également notablement élevé au Portugal (35 %), en Roumanie (31 %) et en France (25 %) ».*

Ces éléments sont autant de limites à l'insertion socioprofessionnelle de ces personnes et accroissent leur précarité. Les difficultés d'accès au marché de l'emploi de plus en plus exigeant (diplômes requis, connaissance de la langue française, ...) limite *de facto* l'accès à un mode de vie hors bidonville et aux soins.

Le mode de vie en bidonville n'est pas un choix mais bien une nécessité liée à la précarité et aux empêchements à un habitat onéreux que subissent ces personnes.

Nous pouvons facilement émettre l'hypothèse que le repli communautaire découle de ce mode de vie précaire où l'accès à l'eau et l'électricité est hasardeux. Les entraves à l'hygiène corporelle et vestimentaire que constitue le manque d'accès à l'eau génère un isolement social qui se retrouve par ailleurs auprès d'autres populations sans-abris.

Non seulement ce contexte de vie fragile amène ces personnes à se replier sur elles par honte du regard de l'autre de « l'extérieur », mais accentue ce regard stigmatisant de la part des personnes non roms.

Contrairement aux propos du Ministre de l'intérieur sous F. Hollande : « (...) *les occupants de campements ne souhaitent pas s'intégrer dans notre pays, pour des raisons culturelles ou parce qu'ils sont entre les mains de réseaux versés dans la mendicité ou la prostitution* »⁷, ce ne sont pas les Roms qui sont réfractaires à s'intégrer mais bien la société et sa politique d'exclusion qui les en empêche.

Le faible niveau d'instruction, le difficile accès à l'emploi, le mode de vie communautaire, l'habitat en bidonville sont autant d'entraves à une insertion sociale, imputables à une forte précarité accentuée par les politiques d'exclusion dont les expulsions à répétitions font partie intégrante.

⁶ https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-roma-survey-dif-education_fr.pdf

⁷ **Roms & riverains**, *Une politique municipale de la race*, E. Fassin, C. Fouteau, S. Guichard, A. Windels, éditions La fabrique, 2014, p.219

f. Contexte administratif en France

Avant de poursuivre il paraît important de planter le décor juridique et administratif dans lequel s'implante cette migration intra-européenne.

Avant 2007, tout ressortissant de pays faisant partie de l'union européenne avait de ce fait, le droit à la CMU (Couverture Maladie Universelle) en France.

Or depuis 2007, année où la Bulgarie et la Roumanie ont fait leur entrée dans l'union européenne, le droit à la CMU pour les ressortissants européens est conditionné aux ressources. Les étrangers européens inactifs ne peuvent plus prétendre à la CMU.

Pour autant, leur entrée dans l'union européenne ne leur a pas ouvert le droit au travail aussi aisément que pour les ressortissants des autres pays de l'union. En effet, ils ont fait l'objet de mesures transitoires limitant leur accès à l'emploi durant 7 années (la durée de temps maximale pour l'exécution des mesures transitoires).

Cela signifie que les ressortissants bulgares ou roumains qui n'avaient pas de titre de séjour (qui n'est plus obligatoire depuis 2007) et ne pouvaient accéder à un emploi, étaient automatiquement en situation irrégulière. Ils ne relevaient donc pas de la CMU mais de l'AME (Aide Médicale d'Etat). Ce n'est que le 1^{er} janvier 2014 que les mesures transitoires pour ces deux pays ont pris fin leur facilitant ainsi l'accès à l'emploi et à l'insertion.

II. FOCUS SUR LA SANTE

Après avoir balayé rapidement le contexte dans lequel s'inscrit la migration des Roms en France, il convient de faire un rapide état des lieux des problématiques de santé rencontrées par cette population en France et des freins qui persistent pour l'améliorer.

a. Quelques données en santé

Comme évoqué précédemment, la santé des populations Roms est préoccupante. En effet, lorsque l'espérance de vie en population générale en France est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,3 pour les hommes, elle se situe entre 50 et 60 ans pour les Roms.

Quant à la couverture vaccinale, elle est assurée chez à peu près 20% de cette population tandis qu'elle se situe autour de 30% en population générale (en 2016)⁸.

La fréquence des changements de lieu de vie n'est pas étrangère à cela. Chaque expulsion met à mal le suivi médical (entre autres) de ces personnes et peut rompre l'observance des traitements de pathologies chroniques.

Dans un document édité par Médecin Du Monde (MDM)⁹, le docteur Bernard MORIAU, médecin responsable de la mission Rom MDM de Saint Denis fait l'état des lieux suivant :

- Un accès aux soins limités : 90 % de la population n'a pas de couverture maladie
- Retard de soins fréquent : 35% des maladies auraient dû être prises en charges plus tôt
- Absence de prise en charges des pathologies lourdes : diabète, pneumopathies, etc
- Chronicisation des pathologies aiguës (respiratoire, gastriques, dorsale)
- Couverture vaccinale : 8 à 12% des patients
- 1 femme sur 10 bénéficie d'un suivi de grossesse
- La population Rom exposée à un fort risque épidémique : tuberculose, coqueluche, conjonctivite, grippe, parasitose intestinale

Bien que cela concerne la mission Rom de Seine Saint Denis, il est fort probable que ce diagnostic de la santé des Roms soit transposable à d'autres départements où persistent les bidonvilles.

b. La santé reproductive et maternelle

Parmi les différentes pathologies prédominantes au sein de cette population il est important de souligner l'importance d'intervenir autour de ce qui a trait à la santé reproductive au regard des données ci-dessous issues d'un document co-produit avec MDM¹⁰ :

- L'âge moyen à la première grossesse est de 17 ans
- 1 femme / 10 bénéficie d'un moyen de contraception et suivi de grossesse

⁸ <https://www.vie-publique.fr/eclairage/277620-vaccins-et-politique-vaccinale-quelle-situation-en-france>

⁹ Synthèse FORUM, La santé des roms en France : Une urgence sanitaire ?, Forum du 25 février 2010

¹⁰ *Education à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom*, Charlotte Imbert, Elsa Bidault, Nicolas Goujon, Bernard Goudet, Dans Santé Publique 2013/HS2 (S2), p. 209-2015, éditions S.F.S.P

- 2 grossesses sur 4 aboutissent à une naissance vivante
- Le nombre moyen de grossesse à 24 ans est 4,
- Le taux d'IVG à 22 ans est de 2.
- La mortalité néonatale chez les roms est 8 fois supérieure à la moyenne française et la mortalité infantile 5 fois supérieure

c. Obstacles à l'accès aux soins

Les lieux de stigmatisation des Roms sont nombreux : l'école, le marché de l'emploi, l'espace public, mais aussi l'espace médical.

c.1. Représentations des soignants

Dans le cadre de mon travail j'ai très souvent l'opportunité d'accompagner des personnes vers des personnels soignants : médecins généralistes, spécialistes, sages-femmes, etc.

J'ai donc été témoin à maintes reprises du malaise des praticiens face ces populations. Par exemple, le fait que les professionnels de santé ne s'adressent pas directement à leurs patients mais aux travailleurs sociaux qui les accompagnent, le discours moralisateur et infantilisant des sages-femmes à l'égard des femmes qui ont manqué des rendez-vous de suivis de grossesse, des dentistes qui procèdent à des extractions dentaires sans les expliquer aux patients au préalable, des refus de prise en charge par des médecins de ville « parce qu'ils ne parlent pas français ».

Autant d'exemples qui témoignent de la violence des rapports sociaux entre populations roms et les « autres », les « non-roms ».

Ainsi, lorsque ce public se rend sans travailleurs sociaux ou médiateurs santé chez un professionnel de santé, il n'est pas rare qu'il ne souhaite pas réitérer l'expérience et préfère continuer de vivre avec des soucis de santé plutôt que de s'infliger ces brutalités.

A ce titre, un article de sociologie qui traite des représentations du personnel soignant vis-à-vis des Roms de Roumanie et des gens du voyage, est édifiant : (...) *C'est ainsi que les Roms ont une « image pas bonne », « ils ne font rien pour s'arranger... » et ils ont « une manière de s'habiller pas comme nous... », autant de marqueurs d'une différence, signes d'une stigmatisation effective et symbolique d'une frontière. Cette différenciation idéale faite entre les « normaux » et « ces gens-là » peut établir implicitement dans le factuel des notions de supériorité dans les relations sociales interpersonnelles. »*

L'auteur de cet article fait état du souhait des personnels soignants de ne pas être stigmatisants mais qui le sont malgré eux. Il décrit également une approche différente des patients roms des autres patients. En effet, les professionnels de santé décrivent ces populations comme agressives et impatientes. Ainsi, ils adaptent leurs pratiques professionnelles à la fois par crainte d'éclat d'agressivité dû à cette impatience et aussi pour se « débarrasser » au plus vite de ces patients qui viennent en nombre et importune les autres malades.

Le premier frein prend donc la forme d'un stigmatisme visuel à dépasser.

c.2. Rapport à la santé des Roms

Toujours selon le même auteur, pour les roms, la santé n'est pas la priorité qui est de se nourrir. Il précise aussi que la santé est perçue comme un instrument dont le bénéfice premier est de permettre l'accès à l'emploi. En cela elle constitue un capital précieux.

En dépit de cela, la maladie est vécue comme entrave au quotidien, perte de temps, et les hospitalisations sont hautement anxiogènes par peur de ne pas retrouver le groupe en cas d'expulsion inopinée de leur lieu de vie.

Nous pouvons également évoquer la méfiance qu'éprouve ce public vis-à-vis du corps médical. Du fait de la barrière de la langue, les patients se sentent souvent incompris par les soignants. Comme ils peuvent parfois avoir le sentiment que leur pathologie n'a pas été comprise, ils abandonnent tout bonnement les soins.

Il y a aussi la question des représentations autour du médicament qui est importante à prendre en compte. J'ai souvent entendu des patients se plaindre du docteur qui ne prescrit « *que du doliprane* ». Lors de nombreuses discussions autour de leur santé avec les roms, j'ai entendu des propos qui relatait une croyance en un médicament magique. Il semblerait que tous les maux soient soignables par des comprimés. Lorsque ce n'est pas le cas et que le médecin n'a d'autres alternatives à proposer que du doliprane pour soulager les patients, ces derniers sont emprunts d'un sentiment d'incompréhension puissant. Pour eux, cela relève alors de la volonté du médecin qui ne souhaite pas les soigner en donnant le « bon » médicament. Cela se vérifie surtout dans le cadre des douleurs chroniques du squelette comme l'arthrose.

c.3. Impact du faible niveau socioéconomique sur la santé

Le faible niveau de revenus impacte indéniablement l'état de santé des individus notamment au niveau de l'alimentation. Les choix s'orientent vers des aliments de faibles qualités nutritionnelles, économiquement plus accessibles.

A la précarité des revenus s'ajoute la précarité de l'habitat. Lorsqu'on vit dans sa voiture ou dans un abri de fortune il n'est pas aisé de cuisiner ni même de stocker de la nourriture. Cela favorise la consommation d'aliments transformés qui sont plus gras, plus salés, plus sucrés que les aliments bruts.

Le niveau d'instruction est également corrélé à notre état de santé et notre mode alimentaire. En effet, être en mesure d'adapter sa nourriture à sa santé requiert, en plus d'un certain niveau économique, des connaissances. Ces connaissances vont impacter nos habitudes alimentaires.

J'ai observé sur le terrain les effets dramatiques sur les dents et le diabète du sucre à haute-dose ingéré par les enfants Roms à qui les mamans donnent des biberons de coca ou Orangina. Bien évidemment, ces mamans ne font pas le lien entre le sucre et l'état de dentition de leur progéniture.

L'éducation à la santé est sans aucun doute un levier incontournable de l'amélioration de l'état de santé des Roms. Le manque de connaissance du fait du faible niveau d'instruction de ces populations ne leur permet pas d'agir sur un des premiers déterminants de leur santé : la nutrition.

Ainsi, parmi les personnes accompagnées par le service social au sein duquel je travaille, nombreuses sont celles qui développent du diabète, des problèmes dentaires, des maladies cardiovasculaires et tensions artérielles.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que si ces populations étaient ciblées par des programmes d'éducation à la santé, d'empowerment en santé et de santé communautaire (implication et formation des membres d'une communauté, société, ethnie à la prise en charge de la santé tenant compte des spécificités locales, fortement développées en Afrique sub-saharienne), leur espérance de vie s'en verrait accrue.

III. EMPOWERMENT

Les politiques d'exclusion dont font l'objet les Roms, leur forte stigmatisation et le contexte grande précarité qui est le leur, sont autant d'éléments à prendre en compte dans la conceptualisation d'une politique d'éducation à la santé en leur faveur.

Au regard de la présentation des populations roms qui précède cette partie, l'approche de la santé au travers de l'empowerment et de la santé communautaire paraît tout à fait pertinente.

a. Définitions

Tout d'abord, revenons sur cette notion d'empowerment.

Le terme apparaît dans les années 1970 au sein d'un collectif de femmes battues. La sociologue urbaniste Marie-Hélène Bacqué¹¹ nous explique qu'il s'agit d'un terme qui « (...) *caractérise un processus présenté comme égalitaire, participatif et local, par lequel les femmes développent une « conscience sociale » ou « une conscience critique » selon les termes utilisés par ses promotrices, leur permettant d'acquérir des capacités d'action, un pouvoir d'agir à la fois personnel et collectif tout en s'inscrivant dans une perspective de changement social. L'empowerment articule ainsi deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder.* »

Ce qui semble intéressant est que ce processus implique activement les personnes ciblées non seulement en tant qu'individus mais aussi en tant que collectif tout en agissant sur le pan sociétal : implication des politiques publiques, des détenteurs de pouvoir afin de permettre à ces personnes de s'émanciper de leur condition.

C'est ainsi que ce concept a, depuis son apparition dans les années 70, connu un fort engouement et un essor international.

Il a été repris dans divers contextes et pays pour servir des idéaux aussi variés que parfois, opposés. C'est pourquoi il est difficile d'en présenter une définition claire et univoque et que cette notion est plébiscitée par les uns et fortement rejetée par les autres.

Les auteurs Michel Parazelli et Mathias Bourbonnais dans un article¹², recense 6 grandes perspectives théoriques de l'empowerment :

- Ces auteurs rattachent aux théories de l'empowerment, la perspective de conscientisation née de la plume de l'intellectuel brésilien Paulo Freire dans les années 1960. Là encore, il s'agit de combiner prise de conscience de sa condition d'opprimée en la déconstruisant de façon théorique afin de devenir acteur de sa situation sociale (de ne plus la subir passivement mais de la maîtriser) tout mettant en œuvre des actions permettant d'agir sur la structure sociale de la société.
-

¹¹ <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/11/28/defacto-029-03>

¹² **L'empowerment en travail social**, *Perspectives, enseignements et limites*, Dans Sciences et Actions Sociales 2017/1(N°6), p.23 à 52

- S'ensuit, dans les années 70's, la perspective féministe évoquée plus haut où le mot empowerment voit le jour. Il s'agit de jouer sur les rapports de dominations structurels de la société patriarcale afin que les femmes s'en émancipent. Il est bien question, au cours de ce processus, d'agir sur soi (travail de pensée critique) et la société (modification de l'organisation sociale).
- La perspective de l'habilitation apparaît dans les années 1980 et est issue des sciences de la gestion. Elle est à destination des publics en situation d'exclusion sociale : pauvreté, handicap, isolement social, dépendances. En sommes, des personnes qui perçoivent leur identité comme réduite aux stigmates qui les caractérisent et qui ne se sentent pas « capables » d'incarner autre chose. L'habilitation intervient alors pour les munir d'un pouvoir d'agir sur leur vie et au sein de la société en tant qu'individu à part entière : « *L'appropriation implique donc la production d'une valorisation de la compétence des destinataires allant à l'encontre du sentiment d'impuissance en leur permettant de « définir leurs propres besoins et d'agir en conséquence*¹³ ». »
- La perspective environnementaliste : apparition dans les années 1990 aux États-Unis, au Québec puis en France du 'Développement du Pouvoir d'Agir'
- La perspective des capacités : cette théorie fait son entrée dans les discours de l'ONU et de la banque mondiale dans les années 1990. Dans un contexte de remise en question des politiques d'aides en faveur des pays pauvres. L'évaluation du bien-être des populations ne sauraient être jugés uniquement sur leur niveau de développement ou de richesses. il s'agit davantage de donner l'opportunité aux personnes de choisir le mode de vie qu'elles valorisent et souhaitent acquérir : « Finalement, en encourageant les populations économiquement désavantagées à interpellier les structures institutionnelles d'opportunités, la perspective des capacités vise à réaliser l'idéal du bien-être par la promotion de la lutte contre les inégalités sociales et contre la pauvreté ».
- Perspective de responsabilisation : Celle-ci est une vision néo-libérale qui consiste à faire porter la responsabilité de sa vie à l'individu. En définitive, cela revient à dire aux personnes en échec qu'il est de leur responsabilité de s'extraire de leur situation désavantagée car elles en ont le pouvoir. Dès lors, pourquoi dépenser des sommes l'argent public en politiques d'aides sociales aux populations les plus vulnérables puisqu'il revient à l'individu de savoir se saisir de ses compétences pour « s'en sortir ».

En dépit des travers apportés par le point de vue capitaliste et néo-libéral qui réduit l'empowerment à la responsabilisation de l'individu sans conserver la notion de « pouvoir », il peut encore trouver sa place au sein de notre système d'aide si tant est que nous le rattachions à son cadre de référence théorique initial. Pour cela, il est fondamental d'intégrer

¹³ **L'empowerment en travail social**, *Perspectives, enseignements et limites*, Dans Sciences et Actions Sociales 2017/1(N°6), p.23 à 52

non seulement la dimension individuelle (prise de conscience de sa situation, apprentissage : préalables à l'émancipation) mais aussi collective et structurelle pour impulser des changements sociétaux et ne plus imputer le changement au seul individu. La notion de collectif, de collectivité doit rester primordiale.

b. Empowerment et populations roms

Comme il est expliqué dans la revue La santé en action, le recours à l'empowerment en santé donne des résultats très probants. A tel point que l'amélioration de la santé des personnes ciblées génère également une amélioration des liens sociaux et participe à la réduction des inégalités¹⁴.

A l'instar du projet Romcivic, initié par l'association Les enfants du Canal à destination, entre autres, des jeunes issus de bidonvilles afin de favoriser leur insertion sur une année, un projet portant davantage sur la santé auprès des jeunes mais aussi des adultes Roms serait fort intéressant.

La population Rom qui représente la plus grande minorité d'Europe qui est aussi la plus ségréguée, qui a été esclavagisée en Europe de l'est durant plusieurs siècles puis s'est vue discriminée lors de ses migrations vers l'ouest, a de ce fait été amenée à effectuer un repli communautaire.

Le regard que porte l'Europe occidentale sur ces minorités est négatif et leur renvoie une image de paria. Là encore je citerai les propos de Manuel Valls les qualifiant d'inintégréables.

L'Etat de santé alarmant des Roms est le résultat de leur situation de grande précarité et de politiques d'exclusion subies depuis des décennies.

L'enjeu est de taille : donner à ces populations le pouvoir de s'émanciper de ces rapports sociaux actuels sans s'extraire de leur collectif mais avec ce même collectif comme force créatrice de nouveaux espaces sociaux afin d'effectuer des changements dans les rapports de domination (tant au niveau individuel que structurel).

Initier un projet d'empowerment auprès de ces personnes sur du long terme (au-delà d'une année puisque le projet Romcivic a montré les limites d'une temporalité restreinte) permettrait à la fois d'accroître leur pouvoir d'agir en termes de santé (accès à la connaissance et donc être en capacité de se prendre en charge en prenant par exemple un rdv médical) et au travers de cela leur octroyer une confiance en soi favorisant les interactions personnelles notamment avec le corps médical.

Produire des interactions sociales dans un champ, par exemple celui de la santé, et permettre que celles-ci soient de bonne qualité (réduire les préjugés des uns et des autres) permet ensuite de dupliquer ces échanges réussis à d'autres domaines (l'école, le monde du travail, ...).

¹⁴ La Santé en action, Dossier **Empowerment des jeunes**, Décembre, 2018/N°447, p.8

A l'inverse, lorsque les rapports sociaux sont à ce point dissymétriques qu'ils génèrent systématiquement un sentiment d'infériorité et de honte à une des parties, cela a de fortes chances de provoquer un repli sur soi et inhibition.

Or, les mesures mises en place actuellement en Haute-Savoie à destination de ces populations en matière de santé sont insuffisantes.

L'association dans laquelle je travaille comporte pourtant un médiateur santé mais nous constatons que sa portée est limitée. Les personnes que nous accompagnons nous interpellent au sujet de leur santé lorsque nous nous rendons sur leurs lieux de vie mais prennent rarement l'initiative de nous téléphoner pour nous réclamer un rdv médical. On peut imaginer qu'un travail d'accompagnement social dédié à accroître leur pouvoir d'agir leur permettrait ainsi de se sentir autoriser dans un premier à « aller vers nous » et non l'inverse, puis dans un second temps, à prendre rdv eux-mêmes auprès des professionnels de santé et surtout à s'y rendre seul.

Nous avons, du fait des difficultés qu'éprouve ce public à se rendre à l'hôpital, chez, le médecin, dentiste ou autre, engagé un partenariat avec la PASS de l'hôpital d'Annecy pour créer une PASS mobile. Un médecin accompagné d'une infirmière et parfois d'une sage-femme se rendent 1 à 2 fois par semaines sur les campements et squats en camion aménagé pour les consultations médicales.

Notre idée était de faire aller la médecine vers ces personnes en attendant d'avoir participé au développement de leur niveau d'autonomie pour qu'elles « osent » se rendre chez le médecin.

Là où l'empowerment paraît fondamental c'est qu'il permettrait d'agir non seulement sur la population cible en accroissant son niveau de connaissance et donc son pouvoir d'agir mais aussi d'organiser des temps d'échanges, de sensibilisation avec les personnels soignants afin d'entamer un travail de déconstruction des stéréotypes dont souffrent ces personnes.

En effet, si beaucoup d'entre elles rechignent à se rendre aux consultations médicales/dentaires c'est à force d'expériences humiliantes où le regard des professionnels de santé ne favorise pas leur confiance en soi bien au contraire.

Il semble donc fondamental d'agir selon les préceptes de l'empowerment non seulement sur le pouvoir d'agir des individus mais aussi au niveau structurel, sociétal.

Le mode de vie communautaire des Roms est encore un argument en faveur du recours au développement du pouvoir d'agir. En effet, impacter l'individu sans tenir compte du « tout » auquel il appartient semble voué à l'échec, en tous cas en limiter la portée. Or l'empowerment s'adresse bien à un groupe et non à un individu.

Contrairement au projet Romcivic, et à l'instar de celui de MDM, il serait judicieux d'inclure des représentants de chaque tranche d'âge. En effet, comme il est expliqué dans l'article MDM, la communication en termes de santé et notamment de santé reproductive et maternelle se fait entre pairs d'un même groupe d'âge. Toutefois, il est important que tout le monde se

sente touché et inclus dans le projet au risque de voir les personnes ciblées démotivées par celles qui sont exclues. Autrement dit, afin de favoriser la réussite d'un tel projet, il serait opportun que l'ensemble du groupe se sente concerné et non uniquement un sous-groupe du groupe.

Conclusion

Le recours au développement du pouvoir d'action des personnes en matière de santé auprès des populations issues de minorité ethnique d'Europe de l'Est et vivant en bidonville paraît intéressant pour améliorer les conditions de vie de ces personnes dans leur ensemble.

Santé et précarité sont fortement imbriquées : on ne peut agir sur l'un sans que cela n'impacte l'autre. Améliorer son état de santé est un préalable à l'amélioration de ses conditions de vie mais l'inverse peut aussi se vérifier...

L'objectif in fine de ce travail autour du pouvoir d'agir est bien de permettre aux populations non seulement en situation de précarité mais aussi opprimées, stigmatisées, de gagner en connaissance afin d'acquérir le « pouvoir » de s'émanciper de ce contexte de vie qui est le leur. La valorisation des compétences, notamment sociales, des personnes est un vecteur indéniable de gain de confiance en soi. C'est ainsi que peuvent s'ouvrir des espaces de négociation entre les individus et la société et que des changements sociétaux s'amorcent.

C'est bien l'aspect collectif de l'empowerment concomitant avec un travail auprès des institutions qui le rend particulièrement attrayant dans un projet d'éducation des communautés Roms en matière de santé. Comme expliqué précédemment, le repli communautaire est fort et le fait d'approcher l'émancipation par le collectif est tout à fait indiqué. De plus, les a priori dont ils font l'objet rend nécessaire un dialogue dans la durée avec les différentes institutions afin de faire évoluer les rapports sociaux :

*« La reconnaissance des collectifs comme lieux de résistance, de solidarité et d'échange représente alors un défi essentiel, la discussion des enjeux de justice sociale étant une condition pour éviter les phénomènes de fermeture ou de repli sur le collectif ».*¹⁵

Un autre point qui constitue un frein à l'amélioration de la santé des migrants d'Europe de l'Est comme des autres, est le cloisonnement entre champ médical et champ social. Il serait pertinent d'en étudier les rouages et de lever les barrières qui les séparent pour une meilleure prise en charge médicale des individus.

En effet, les migrants intra-européens ou non, lorsqu'ils sont en situation de précarité, voient leur santé se détériorer. Or, ces personnes bénéficient souvent d'un accompagnement social, parfois même sur leurs lieux de vie (centre d'hébergement). Les travailleurs sociaux ont accès à des éléments d'information qui échappent au corps médical et inversement. Les deux parties seraient gagnantes à un travail de collaboration plus important dans l'intérêt de tous.

Bibliographie

Revues

La Santé en action, Prévention/ promotion/ Education, Dossier Empowerment des jeunes, Décembre 2018/N° 446, p.8

Articles

Education à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom, Charlotte Imbert, Elsa Bidault, Nicolas Goujon, Bernard Goudet, Dans Santé Publique 2013/HS2 (S2), p. 209-2015, éditions S.F.S.P

La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires, P. Marx, Dans Regards 2020/2 (N°58), p. 191-197

L'empowerment et le travail social sont-ils compatibles en France ?, M. Carrel, S. Rosenber, Dans Recherche sociale 2014/1(n°209), p.25-35

L'empowerment en travail social, Perspectives, enseignements et limites, Dans Sciences et Actions Sociales 2017/1(N°6), p.23 à 52

Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies, O. Bouvet, St. Floch, Dans Spécificités 2012/1(N°5), p.257-274

Ouvrages

Roms & riverains. Une politique municipale de la race, E. Fassin, C. Fouteau, S. Guichard, A. Windels, éditions La fabrique, 2014, p.219

Liens

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-roma-survey-dif-education_fr.pdf

www.education-populaire.fr : Empowerment, pouvoir d'agir & participation

<https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/11/28/defacto-029-03>

<https://lejournal.cnrs.fr/articles/qui-sont-vraiment-les-roms-de-france>

Synthèse FORUM, La santé des roms en France : Une urgence sanitaire ?, Forum du 25 février 2010

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/277620-vaccins-et-politique-vaccinale-quelle-situation-en-france>