

**EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS
COMITE EUROPEEN DES DROITS SOCIAUX**



23 Novembre 2007

Pièce n° 1

Centre Européen des Droits des Roms c. Bulgarie
Réclamation n° 46/2007

RECLAMATION

enregistrée au Secrétariat le 23 octobre 2007



EUROPEAN ROMA RIGHTS CENTRE

1386 Budapest 62, P.O. Box 906/93, Hungary
Phone: (36-1) 413-2200; Fax: (36-1) 413-2201
E-mail: office@errc.org
<http://errc.org>

Le 22 octobre 2007

Secrétariat de la Charte sociale européenne
Direction générale des Droits de l'Homme – DG II
Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg CEDEX
France

Réclamation collective Centre européen des droits des Roms c. Bulgarie

Table des matières

I. Recevabilité

- I.1. Etat partie**
- I.2. Articles visés**
- I.3. Qualité pour agir du Centre européen des droits des Roms**

II. Objet de la réclamation

- II.1. Article 11, article 13, article E et droit à la santé**
- II.2. Données factuelles relatives à la violation par la Bulgarie des articles 11 et 13 lus seuls et/ou en combinaison avec l'article E concernant l'interdiction de la discrimination**
 - II.2.A. Restrictions juridiques en matière d'accès à l'assurance maladie pour les individus socialement vulnérables**
 - II.2.B. Obstacles généraux à l'exercice effectif du droit à la protection de la santé**
 - II.2.C. Discrimination à l'égard des Roms dans la fourniture de soins médicaux**
 - II.2.D. Politiques du Gouvernement bulgare concernant les Roms et les soins de santé**

III. Conclusions

I. Recevabilité

I.1. Etat partie

I.1.01. Bulgarie: Haute Partie contractante à la Charte sociale européenne révisée (ci-après, la « CSER ») depuis le 1^{er} août 2000, la Bulgarie a accepté le mécanisme de contrôle relevant de la procédure de réclamations collectives prévue à la Partie IV, article D, paragraphe 2, de la Charte, conformément au Protocole additionnel à la CSE du 9 novembre 1995 prévoyant un système de réclamations collectives.

I.2. Articles visés

I.2.01. Article 11 - Droit à la protection de la santé - « 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. »

I.2.02. Article 13, paragraphes 1, 2 et 3 - Droit à l'assistance sociale et médicale¹ - « En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent:

- 1 à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;
- 2 à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux ;
- 3 à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial [...]. »

I.2.03. Lus seuls et/ou en combinaison avec :

Article E - «La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation.»

¹ La Bulgarie n'a pas accepté le quatrième paragraphe de l'article 13.

I.3. Qualité pour agir du Centre européen des droits des Roms

I.3.01. Le Centre européen des droits des Roms (ci-après, le « CEDR ») est une organisation internationale non gouvernementale dotée du statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe, qui figure sur la liste des organisations habilitées à présenter des réclamations collectives dans le cadre du mécanisme de la CSE/CSER. En vertu de la Partie IV, article D, qui renvoie aux dispositions du deuxième Protocole additionnel, les Parties reconnaissent aux organisations internationales non gouvernementales dotées du statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe et inscrites sur la liste des organisations ayant qualité pour agir dans le cadre du mécanisme de la CSE/CSER, le droit de soumettre des réclamations collectives au Comité européen des Droits sociaux, que les organisations en question relèvent ou non de la juridiction de l'un des Etats parties à la CSE/CSER. Le CEDR a qualité pour agir dans le cadre du mécanisme de réclamations collectives au titre de la CSE/CSER depuis juin 2002².

I.3.02. De plus, conformément à l'article 3 du deuxième Protocole additionnel à la CSE, les organisations internationales non gouvernementales visées à l'article 1.b peuvent présenter des réclamations dans les domaines pour lesquels elles ont été reconnues particulièrement compétentes.

I.3.03. Le CEDR est une organisation juridique internationale d'intérêt public dont le siège est à Budapest, qui surveille la situation des Roms en Europe sur le plan des droits de l'homme et qui assure une défense juridique en cas d'abus. Depuis sa création en 1996, le CEDR a effectué directement un travail de terrain dans plus d'une douzaine de pays, dont la Bulgarie, et a réalisé et diffusé de nombreux écrits – vastes études, messages de soutien et prises de position publiques. En 2006, il a publié un rapport intitulé “*Ambulance Not on the Way: The Disgrace of Health Care for Roma in Europe*” [« L'ambulance n'arrive pas: la situation scandaleuse des soins de santé pour les Roms en Europe »], document issu notamment de travaux de recherche réalisés entre 2002 et 2005 portant spécifiquement sur l'accès des Roms aux soins de santé en Bulgarie³. La présente réclamation collective s'appuie sur les précédentes études menées en Bulgarie, dont les résultats ont été mis à jour et affinés grâce à une analyse de la situation des Roms au regard des soins de santé que le CEDR a effectuée en 2006 en coopération avec le Comité Helsinki pour la Bulgarie (CHB) établi à Sofia. Le CHB est une organisation non gouvernementale indépendante qui s'occupe de la protection des droits de l'homme. Il a pour objectif de promouvoir le respect des droits fondamentaux de chaque individu, d'impulser des réformes législatives pour rendre les textes de loi bulgares conformes aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, de susciter le débat public sur des questions touchant aux droits de l'homme, de militer pour la protection de ces droits, ainsi que de populariser et de rendre largement accessibles les instruments en matière de droits de l'homme.

I.3.04. Le CEDR a également engagé de multiples initiatives sur le plan judiciaire en Bulgarie, dont certaines portent sur des points soulevés dans la présente réclamation collective; en 2004 et 2005, il a été associé à un projet ciblé visant à lutter par la voie judiciaire contre la discrimination pour la Bulgarie, en coopération avec l'ONG rom "Romani Baht" et le Comité Helsinki bulgare – deux organismes ayant leur siège à Sofia -, et avec le

² Voir la lettre adressée le 14 juin 2002 par le Secrétariat Général du Conseil de l'Europe à M. Claude Cahn, du Centre européen des droits des Roms.

³ Un exemplaire imprimé dudit rapport est joint à la présente réclamation. Le rapport peut également être consulté sur le site Web du CEDR à l'adresse <http://www.errc.org/db/01/E6/m000001E6.pdf>.

soutien financier du ministère britannique des Affaires étrangères et du Commonwealth. Les publications du CEDR sur la Bulgarie et d'autres pays, ainsi que des informations complémentaires au sujet de l'organisation, sont disponibles sur l'Internet à l'adresse <http://www.errc.org>.

II. Objet de la réclamation

II.1.01. La CSER fait obligation au Gouvernement bulgare de veiller à protéger la santé en éliminant, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente, en prévoyant des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé, et en développant le sens de la responsabilité individuelle en matière de santé (article 11, paragraphes 1, 2 et 3). Le Gouvernement est en outre tenu de garantir le droit à l'assistance sociale et médicale en veillant à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état (article 13§1).

II.1.02. La présente réclamation collective porte sur le fait qu'un grand nombre de Roms n'ont pas accès aux services de santé faute d'être couverts par l'assurance maladie, sur l'absence de politiques rigoureuses et efficaces des pouvoirs publics face aux risques sanitaires disproportionnés auxquels sont confrontées les communautés roms, ainsi que sur l'absence de mesures destinées à éradiquer les pratiques discriminatoires très répandues à l'égard des Roms en termes de fourniture de services de santé. La situation sanitaire des Roms est nettement moins bonne que celle des autres groupes ethniques présents en Bulgarie. Les inégalités socio-économiques persistantes provoquent des problèmes de santé au sein de la population rom et entravent considérablement l'accès des membres de cette minorité aux soins de santé. Les conséquences des inégalités structurelles sur la santé des Roms se trouvent aggravées par l'impact négatif de la législation en matière d'assurance maladie, qui exclut un grand nombre d'individus roms de la couverture maladie et les empêche d'accéder à une série de services de santé. L'accès des Roms à des services de santé de bonne qualité se heurte par ailleurs à des pratiques discriminatoires fort répandues de la part du corps médical, qui se manifestent par des refus d'assistance médicale et/ou par la fourniture de services de santé inadéquats.

II.1.03. Le CEDR soutient que l'Etat bulgare ne respecte pas ses obligations au regard des articles 11 et 13 en liaison avec l'article E de la CSER, aux motifs qu'il n'a pas réussi à éliminer les effets disparates de la législation relative à l'assurance maladie sur certaines catégories sociales et qu'il tolère des politiques et pratiques préjudiciables à protection de la santé des membres des communautés roms en Bulgarie. Plus précisément :

- la législation bulgare ne garantit pas de couverture maladie aux individus les plus vulnérables, en particulier les chômeurs de longue durée, qui comptent un pourcentage disproportionné de Roms. L'absence d'assurance maladie limite l'accès aux soins de santé ;
- le Gouvernement n'a pas pris de mesures efficaces pour atténuer les effets pervers qu'ont sur l'état de santé des Roms et sur leur accès aux services de santé un certain nombre de facteurs socio-économiques tels que la pauvreté, les mauvaises conditions

de logement et les mauvaises conditions sanitaires, ou encore leur faible niveau d'instruction ;

- le Gouvernement ne réagit pas aux pratiques discriminatoires exercées de façon systématique à l'encontre des Roms – ségrégation des femmes roms dans les services de maternité, refus d'octroi des services de premiers secours aux Roms, refus d'autres types de soins médicaux.

II.1.04. Dans ses Conclusions XVII-2/2005, le Comité européen des Droits sociaux (« le Comité ») a formulé l'observation ci-après concernant l'article 11 de la Charte. « Afin d'évaluer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, le Comité prête une attention particulière à la situation des catégories défavorisées et vulnérables. Partant, il considère que les restrictions à ce droit ne sauraient être interprétées de manière à porter atteinte à l'exercice effectif de leur droit à la protection de la santé. Une telle interprétation est dictée par l'exigence de non-discrimination (article E de la Charte révisée et Préambule de la Charte de 1961) combinée avec les droits matériels de la Charte. Par conséquent, le Comité examine les conditions liées à l'accès aux soins de santé de toute la population et ce, à la lumière aussi de la Recommandation 1626 (2003) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative « à la réforme des systèmes de santé en Europe : concilier équité, qualité et efficacité » qui invite les Etats à employer comme principal critère pour apprécier le succès des systèmes de santé, l'accès effectif aux services de soins pour tous sans discrimination en tant que droit fondamental de l'individu. ⁴ »

II.1.05. Rappelant sa jurisprudence antérieure, le Comité a fait remarquer que « l'article E interdit non seulement la discrimination directe, mais aussi toutes les formes de discrimination indirecte ». Il a ajouté que « sont des formes de discrimination indirecte les traitements inappropriés de certaines situations, ou l'inégal accès des personnes placées dans ces situations et des autres citoyens aux divers avantages collectifs ». Il a par ailleurs relevé que, « [...] s'agissant des familles roms, la simple garantie de l'égalité de traitement ne suffit pas à les protéger de toute discrimination. Comme indiqué ci-dessus, il considère que l'article E pose l'obligation de prendre dûment en considération les différences spécifiques et d'agir en conséquence. Cela signifie que, pour intégrer au sein de l'ensemble de la collectivité une minorité ethnique telle que les Roms, des mesures d'intervention positive sont nécessaires. ⁵ »

II.1.06. Dans ses Conclusions 2005 relatives au respect de la CSER par la Bulgarie, le Comité a jugé la situation de ce pays non conforme à l'article 11§1 de la CSER, au motif notamment que « le taux de mortalité infantile était manifestement trop élevé »⁶. A la date à laquelle la présente réclamation collective a été soumise, les données existantes montrent que les taux de mortalité infantile observés chez les Roms sont nettement supérieurs à ceux qu'enregistre la population de souche bulgare⁷.

II.1.07. L'accès des Roms aux soins de santé et à des modes de vie sains est directement lié à la situation de cette minorité au regard du logement. Le Comité européen des Droits sociaux a, auparavant déjà, estimé que l'Etat bulgare ne respecte pas la CSER en ce qui concerne la

⁴ Voir Introduction générale, Charte sociale européenne, Comité européen des Droits sociaux, Conclusions XVII-2, tome 1, Editions du Conseil de l'Europe, pages 10 et 11.

⁵ Comité européen des Droits sociaux, *Centre européen des droits des Roms c. Bulgarie*, réclamation n° 31/2005, décision sur le bien-fondé du 18 octobre 2006.

⁶ Voir Comité européen des Droits sociaux, Conclusions 2005, Bulgarie, à l'adresse http://www.coe.int/t/e/human_rights/esc/3_reporting_procedure/2_recent_conclusions/1_by_state/Bulgaria_2005.pdf

⁷ Voir *infra*, II.2.B. Obstacles généraux à l'exercice effectif du droit à la protection de la santé.

situation des Roms en matière de logement. En mars 2007, il a rendu sa décision dans la réclamation collective *Centre européen des droits des Roms c. Bulgarie*, concluant à une violation de l'article 16 combiné à l'article E de la CSER aux motifs que :

- les familles roms sont touchées de manière disproportionnée par la législation qui limite la possibilité de régulariser des constructions illégales ;
- les familles roms sont confrontées à des conditions de logement inadéquates et à un manque de commodités ;
- les Roms sont l'objet d'expulsions systématiques de leurs logements sans que leur soit proposée une solution de relogement adéquate⁸.

II.1.08. Avant d'en venir aux faits relatifs à l'allégation de violation de la CSER par l'Etat bulgare, deux points essentiels, sur lesquels repose toute la logique de la réclamation, nous ont paru devoir être examinés ci-après :

- (i) la teneur du droit à jouir du meilleur état de santé possible sous l'angle du droit international ;
- (ii) l'interdiction de la discrimination – y compris raciale – en matière d'accès aux soins.

Droit à la santé

II.1.09. Le droit à la santé est garanti par un certain nombre d'instruments de droit international. C'est le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) qui est le plus complet sur ce point⁹. Aux termes de l'article 12§1 dudit Pacte, 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 ». Dans son Observation générale n° 14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies – CDESC) interprète le droit à la santé, tel que défini à l'article 12§1, comme « un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que 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 ». L'Observation générale énumère les différents éléments qui composent le droit à la santé:

Disponibilité. Il doit exister dans le pays, en quantité suffisante, des installations, des services et des programmes fonctionnels en matière de soins de santé. Doivent être en cela compris l'eau salubre et potable, des installations d'assainissement appropriées, des installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels.

Accessibilité. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement:

- Non-discrimination : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les

⁸ Le texte intégral de la décision est consultable à l'adresse <http://www.errc.org/cikk.php?cikk=2736&archiv=1>.

⁹ La Bulgarie a ratifié le PIDESC le 3 janvier 1976.

plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits. Par exemple, les investissements ne devraient pas privilégier de manière disproportionnée des services de santé curatifs coûteux, qui souvent ne sont accessibles qu'à une frange fortunée de la population, plutôt que des soins de santé primaires et une action de prévention sanitaire susceptibles de bénéficier à une proportion bien plus forte de la population.

- 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 femmes. Les services médicaux, l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, doivent aussi être physiquement accessibles sans danger dans les zones rurales et pour les personnes handicapées.
- Accessibilité économique : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.
- Accessibilité de l'information : chacun a le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé.

Acceptabilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés.

Qualité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

II.1.10. Le droit à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit possible d'atteindre, qui fait partie des droits sociaux protégés par des instruments juridiques internationaux, est subordonné à une réalisation progressive : en d'autres termes, il est admis que les Etats puissent ne pas pouvoir garantir la réalisation immédiate des droits énoncés dans le PIDESC du fait des ressources limitées dont ils disposent. Le principe de non-discrimination dans l'exercice du droit à la santé n'obéit pas à cette réalisation progressive: il s'applique d'office. Les Etats sont d'emblée tenus de veiller à ce que le droit à la santé s'exerce sans discrimination d'aucune sorte et doivent prendre des mesures en vue de la pleine réalisation de l'article 12. L'article 2§2 et l'article 3 du PIDESC proscrivent toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé, ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit 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, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé. L'Observation générale n° 14 du CDESC précise que les contraintes en termes de ressources ne sauraient justifier que l'on ne protège pas les membres vulnérables de la société contre la discrimination sur le plan de la santé, et souligne ainsi que « nombre de mesures, de même que la plupart des stratégies et programmes visant à éliminer toute discrimination en matière de santé, peuvent être mises en oeuvre

moyennant des incidences financières minimales grâce à l'adoption, la modification ou l'abrogation de textes législatifs ou à la diffusion d'informations » (paragraphe 18). La non-discrimination exige par ailleurs de mettre l'accent sur l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services de santé. Les Etats ont pour obligation spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, ainsi que d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins de santé et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé (paragraphe 19).

Pour donner effet au droit à la santé sans discrimination, il incombe aux Etats:

- d'abolir les lois et politiques qui empêchent certains individus ou groupes d'accéder aux équipements sanitaires, biens et services en rapport avec la santé sous l'effet d'une discrimination *de jure* ou de facto, et de s'abstenir d'ériger en politique d'Etat l'application de mesures discriminatoires (paragraphe 19, 34 et 50);
- d'adopter une législation ou de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers, de veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires, et de faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés (paragraphe 35) ;
- de se doter d'une politique nationale de la santé comprenant un plan détaillé tendant à donner effet au droit à la santé, en tenant plus spécialement compte des besoins des individus et groupes d'individus vulnérables et défavorisés (paragraphe 20-27, 35);
- de prendre des mesures concrètes en faveur des individus et groupes d'individus incapables, pour des raisons échappant à leur contrôle, d'exercer le droit à la santé avec les moyens dont ils disposent, notamment en leur garantissant l'accès à l'assurance maladie et aux dispositifs de soins de santé (paragraphe 19, 37 et 52).

II.1.11. L'interdiction de toute discrimination dans l'exercice du droit à la santé est par ailleurs énoncée dans la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR), dans la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CIEDF) et dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CDE)¹⁰. La CIEDR fait obligation aux Etats parties de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer toute forme de discrimination raciale¹¹. Ils s'engagent plus précisément à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race ou d'origine ethnique, dans la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels. Cette obligation s'applique expressément au droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux¹². Les Etats parties à la CIEDF se sont engagés à prendre 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

¹⁰ La Bulgarie a ratifié la CIEDR le 4 janvier 1969, la CIEDF le 10 mars 1982 et la CDE le 3 juillet 1991.

¹¹ CIEDR, article 2

¹² CIEDR, article 5(e)(iv)

médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille, et à fournir aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement¹³. La CDE pose l'interdiction générale de la discrimination dans l'exercice des droits garantis par la Convention, indépendamment - entre autres considérations - de la race, de l'origine nationale ou ethnique, de la naissance ou de toute autre situation de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux¹⁴, et fait obligation aux Etats de s'efforcer de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès aux services médicaux¹⁵.

II.1.12. S'agissant du Conseil de l'Europe, le Protocole n° 12 à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), entré en vigueur en avril 2005, renforce les garanties en matière d'égalité et de non-discrimination contenues dans ladite Convention en instituant une interdiction distincte de la discrimination reposant sur une liste de motifs non exhaustive¹⁶.

II.1.13. Au niveau de l'Union européenne enfin, la directive relative à l'égalité des races interdit expressément toute discrimination directe ou indirecte dans un large éventail de domaines, y compris la sécurité sociale et les soins de santé, ainsi qu'en matière d'accès aux biens et services et de fourniture de biens et services à la disposition du public¹⁷. Au sens de la directive, 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 nécessaires¹⁸.

II.2. Données factuelles relatives à la violation par la Bulgarie des articles 11 et 13 lus seuls et/ou en combinaison avec l'article E concernant l'interdiction de la discrimination

II.2.01. Ainsi qu'il ressort d'informations obtenues directement auprès de particuliers roms, de professionnels de la santé et d'organisations de la société civile, ainsi que d'une analyse des textes de loi et des politiques bulgares en la matière, il apparaît au CEDR que l'Etat bulgare ne respecte pas les obligations qui sont les siennes au regard de la Charte sociale européenne révisée, qui lui imposent de protéger la santé et de fournir une assistance médicale à ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, sans discrimination fondée sur l'origine ethnique. En Bulgarie, nombreux sont les Roms qui n'ont pas d'assurance maladie au motif qu'ils n'ont pas d'emploi, perçoivent de faibles revenus ou ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier du régime public d'assurance maladie. Pour les plus démunis, l'absence de couverture santé les empêche d'avoir accès à toute une série de services sanitaires. La

¹³ CIEDF, article 12

¹⁴ CDE, article 2 (1)

¹⁵ CDE, article 24

¹⁶ La Bulgarie a ratifié la CEDH le 7 septembre 1992. Elle n'avait pas signé le Protocole n° 12 à la CEDH à la date à laquelle la présente réclamation collective a été soumise.

¹⁷ Directive 2000/43/CE du Conseil « relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique », article 3(e). En 2003, le Parlement bulgare a adopté la loi sur la protection contre la discrimination qui transpose la directive 2000/43 de la CE, texte en vigueur depuis le 1er janvier 2004.

¹⁸ Directive 2000/43/CE du Conseil, article 2(a) et 2(b)

situation des Roms au regard de la santé est considérablement moins bonne que celle de la population non rom ; faute de politique gouvernementale adéquate, les Roms se sont trouvés peu à peu socialement exclus et des taux élevés de pauvreté ont été enregistrés ces quinze dernières années au sein de cette minorité ethnique. Leur exclusion du marché du travail et la discrimination dont ils sont l'objet en matière de logement affectent directement leur accès aux services de santé et leur faire courir des risques sanitaires accrus. Le Gouvernement n'a pas pris les mesures qui convenaient pour combattre les pratiques discriminatoires exercées contre les Roms dans le système de soins de santé – refus de certains praticiens de fournir des services médicaux aux Roms, quartiers roms non desservis par les services d'urgence, femmes roms placées dans des chambres distinctes de moindre qualité dans les services de maternité, etc.

II.2.A. Restrictions juridiques en matière d'accès à l'assurance maladie pour les individus socialement vulnérables

II.2.02. Le droit bulgare garantit aux individus socialement vulnérables l'accès au régime public d'assurance maladie. Pour pouvoir prétendre à cette couverture, il faut remplir les conditions requises pour l'obtention d'une aide sociale destinée aux personnes démunies ou pour le versement d'indemnités de chômage. De nombreux individus socialement vulnérables et, parmi eux, une proportion particulièrement grande de Roms, ne reçoivent pas cette aide sociale et ne sont pas inscrits au chômage. Ils n'ont donc pas accès au régime public d'assurance maladie. Bon nombre de ces personnes à faibles revenus ne peuvent bénéficier des services de santé, hormis les soins d'urgence, étant donné que la loi bulgare relative à l'assurance maladie veut que les services médicaux dispensés à des personnes non affiliées à ce régime soient financièrement à leur charge. L'ampleur et le caractère chronique du chômage au sein de la population rom font qu'un pourcentage important de Roms ne possède pas d'assurance maladie. Selon les estimations officielles, environ 46% des Roms ne sont pas couverts par ce régime¹⁹. D'après les informations communiquées au CEDR par des organisations roms de différentes villes bulgares en 2005, le pourcentage de Roms sans assurance maladie oscillait entre 40 et 90%.

II.2.03. Les récentes modifications apportées à la loi sur l'assistance sociale ont restreint plus encore l'accès des personnes socialement vulnérables à l'assurance maladie et aux soins de santé en général. Aux termes de l'article 12(b)(2) de ce texte, entré en vigueur le 1^{er} juin 2006, les personnes socialement vulnérables peuvent obtenir une aide sociale pendant dix-huit mois. Passé ce délai, elles perdent le droit à l'aide sociale pour une durée d'un an. A supposer qu'une personne qui bénéficiait auparavant d'une aide sociale reste sans travail durant l'année pendant laquelle elle ne peut prétendre à une telle prestation, elle n'aura pas non plus accès au régime public d'assurance maladie, conformément aux dispositions de la loi précitée.

II.2.04. La couverture santé est régie, en Bulgarie, par la loi relative à l'assurance maladie²⁰, qui prévoit un régime obligatoire et un régime volontaire. L'assurance maladie obligatoire

¹⁹ Voir *Health Strategy Concerning People in Disadvantaged Position, Belonging to Ethnic Minorities* [Stratégie en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques], p.2. Document consultable à l'adresse : <http://www.ncedi.government.bg/en/HealthStrategyENG.htm>. Date de la dernière consultation : 1^{er} octobre 2007.

²⁰ Loi relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel n° 70 du 9 juin 1998 ; texte disponible en bulgare sur le site Web du ministère de la Santé, à l'adresse http://www.mh.government.bg/norm_acts/zakoni_05_06_2007/Zakon_zdravno_osiguryavane.rtf. Date de la dernière consultation : 1^{er} octobre 2007.

garantit l'accès gratuit à une série de services sanitaires ; elle est gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie qui s'en remet, pour l'exécution de ses missions, à ses antennes territoriales - les 28 Caisses régionales d'assurance maladie. L'assurance maladie volontaire est facultative ; elle est confiée, dans la pratique, à des sociétés privées enregistrées conformément aux dispositions du droit commercial. Tout citoyen bulgare est assujéti à l'assurance maladie obligatoire (article 33), laquelle est principalement financée par les cotisations calculées sur les rémunérations selon un ratio employeurs / salariés fixé par la loi - en 2006 et 2007, ce ratio était de 65:35.

II.2.05. Aux termes de la loi relative à l'assurance maladie, l'Etat et les municipalités prennent en charge sur leurs budgets la couverture santé de plusieurs groupes d'individus, notamment les chômeurs indemnisés (article 40§1(8)) et les personnes ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier d'une aide sociale mensuelle pour les démunis (article 40§2(5)). Ces dispositions ne profitent pas à beaucoup de Roms, en particulier ceux qui sont sans emploi depuis longtemps. Les chômeurs de longue durée, qui comptent un grand nombre de Roms dans leurs rangs, ne figurent pas dans les registres ou en sont rayés, de sorte qu'ils ne perçoivent pas les allocations de chômage. De même, parmi les Roms qui pourraient prétendre à l'aide sociale mensuelle du fait de la modicité de leurs revenus, nombreux sont ceux qui ont perdu leur droit à percevoir une telle aide. Or ceux qui ne perçoivent pas les allocations de chômage ou l'aide sociale mensuelle pour les plus démunis ne sont pas non plus admis à bénéficier du régime public d'assurance maladie.

II.2.06. L'absence d'assurance maladie est un problème qui ne concerne pas seulement les Roms, mais l'exclusion de cette couverture touche la population rom de manière disproportionnée car les Roms sont présents en nombre disproportionné parmi les chômeurs et les personnes en situation de pauvreté en Bulgarie²¹. Pour les personnes démunies, l'absence d'assurance maladie a concrètement pour conséquence de leur interdire l'accès aux services de santé : les non-assurés sont en effet censés payer toutes les prestations sanitaires qui leur sont délivrées, hormis les soins d'urgence²².

II.2.07. Voici, dans les grandes lignes, les raisons pour lesquelles nombre de Roms, qui sont pauvres et devraient bénéficier du régime public d'assurance maladie, ne peuvent exercer ce droit.

- Manque d'informations concernant le droit au régime public d'assurance maladie - Après la modification en 2003 de la loi relative à l'assurance maladie²³ concernant la prise en charge par l'Etat de la couverture santé pour les individus socialement vulnérables, de nombreux Roms ignoraient qu'il fallait déposer une demande d'affiliation au régime public d'assurance maladie, en plus de la demande d'aide sociale. Ceux qui n'avaient pas introduit une demande d'affiliation au régime public

²¹ Selon les informations contenues dans le rapport du ministère de la Santé intitulé « *Etat de santé de la nation au XXIe siècle* », « Les Bulgares représentent 40% des personnes en situation de pauvreté dans le pays, ce qui signifie que les autres groupes ethniques constituent les 60% restants de la population démunie. Des taux de pauvreté particulièrement élevés sont observés chez les Roms, qui entrent pour près de la moitié dans la population démunie (46,5%), tandis que les Turcs représentent 12,8%. Comparé aux Bulgares, les personnes d'origine rom courent dix fois plus de risques d'être pauvres. », ministère de la Santé, août 2004 (Traduction [anglaise] non officielle du bulgare, réalisée par le CEDR). Document disponible en bulgare sur le site http://www.mh.government.bg/program_and_strategies.php. Date de la dernière consultation : 1^{er} octobre 2007.

²² Article 52 de la loi relative à l'assurance maladie.

²³ Dispositions modifiant la loi relative à l'assurance maladie publiées au Journal Officiel n° 119/2002, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003.

ont été enregistrés comme étant assurés volontaires. Pendant plusieurs mois, parfois même plus d'un an, les Roms qui n'avaient pas fait ladite demande mais croyaient que leur couverture santé était prise en charge par l'Etat ont accumulé des dettes auprès de la Caisse d'assurance maladie. Or, pour recouvrer leurs droits à l'assurance maladie, il leur faut apurer ces dettes. Ceux qui sont au chômage ou qui ne disposent que de faibles revenus ne sont pas en mesure de le faire.

- Défaut d'inscription au chômage auprès des agences pour l'emploi - Les chômeurs de longue durée, dont une proportion considérable est constituée de Roms, ne sont plus inscrits dans les agences pour l'emploi. Beaucoup de Roms ne s'y sont jamais fait enregistrer. Par conséquent, en application de l'article 40§8 de la loi relative à l'assurance maladie, ces personnes ne remplissent pas les conditions requises pour être affiliées au régime public d'assurance maladie.
- Inadmissibilité au bénéfice de l'aide sociale - De nombreux Roms ont perdu leur droit à l'aide sociale ou perçoivent cette aide de façon irrégulière. Au regard de la loi relative à l'assurance maladie, seuls ceux qui remplissent les conditions d'admission au bénéfice de l'aide sociale mensuelle peuvent être affiliés au régime public d'assurance maladie (article 40§2(5)). Pour autant, le fait que de nombreux Roms ne reçoivent pas d'aide sociale ne signifie pas nécessairement qu'ils n'y ont pas droit ou qu'ils ont des revenus suffisants pour cotiser à l'assurance maladie obligatoire. La perte du droit à l'aide sociale peut s'expliquer par des raisons diverses et variées, notamment des décisions arbitraires prises par les fonctionnaires chargés d'évaluer le besoin d'aide sociale.

II.2.08. Si l'assurance maladie ne peut à elle seule garantir que les patients obtiendront tous les services qui leur sont nécessaires, elle peut contribuer à mettre les individus et les familles à l'abri des coûts liés à la maladie et aux soins courants dont ils ont besoin pour préserver sa santé. L'absence de couverture médicale et de source habituelle de prise en charge sont deux facteurs qui ont été associés à une moindre utilisation des services de prévention des maladies et aux services de gestion des soins thérapeutiques. Plusieurs Roms interrogés par le CEDR lors d'études menées en 2005 ont déclaré qu'ils n'aient eu recours à aucun service médical depuis un an ou plus faute d'assurance maladie ou faute d'argent pour payer de tels services. « Il y a deux ans, je suis allé à l'hôpital pour des problèmes de thyroïde. Depuis, je n'ai pas vu de médecin car je dois 800 lev (environ 400 euros) à ma caisse d'assurance maladie. Mon généraliste²⁴ m'a rayé de la liste de ses patients et, pour voir un spécialiste, j'aurais dû payer la visite.²⁵ » D'autres Roms non assurés ont déclaré qu'ils pouvaient régler des consultations médicales occasionnelles, mais n'avaient pas les moyens d'acquitter les sommes réclamées pour des soins en milieu hospitalier: « J'ai un kyste au sein, qui est souvent douloureux. Je vois un médecin presque tous les mois et je paie ses consultations. Le généraliste de mon quartier a également accepté de m'examiner, bien que je n'aie pas d'assurance maladie. Je ne peux cependant pas me permettre de me faire opérer comme on me l'a recommandé, car étant mère célibataire au chômage, l'intervention serait à ma charge.²⁶ »

²⁴ Le médecin généraliste est un prestataire de soins de santé primaires qui propose un large éventail de services aux patients. Les patients peuvent se faire inscrire auprès d'un généraliste s'ils sont couverts par une assurance maladie ou le consulter à titre privé, auquel cas ils sont censés payer les services rendus par le praticien. C'est au généraliste qu'il revient de déterminer si un patient nécessite une prise en charge par un spécialiste ; si tel est le cas, il l'adressera au professionnel de santé compétent. Les médecins généralistes « contrôlent » ainsi l'accès au système de santé plus large - hôpitaux et centres de soins spécialisés, notamment.

²⁵ Entretien du CEDR avec A.C., 46 ans, Novi Pazar, Bulgarie.

²⁶ Entretien du CEDR avec D.K., 32 ans, Plovdiv, Bulgarie.

II.2.09. L'étude réalisée en 2006 par le CEDR/CHB dans la ville de Sliven indique que le quartier rom de Nadezhda compte environ 12 à 13 000 personnes âgées de plus de 18 ans, dont 6 à 8 000 sont en âge de travailler et aptes à l'exercice d'une activité professionnelle. Selon des experts locaux et des activistes membres d'ONG, quelque 70% des individus en âge de travailler devraient relever du système d'assistance sociale et être pris en charge par le régime public d'assurance maladie. En réalité, nombre d'entre eux ont perdu le droit à l'aide sociale et, partant, à la couverture santé mise en place par l'Etat. Dans le même temps, ils n'ont pas d'emploi régulier et ne sont donc pas assurés par un employeur. Compte tenu de la modicité et de l'irrégularité de leurs revenus, ils ne peuvent pas cotiser à l'assurance maladie obligatoire.

II.2.10. Les pouvoirs publics ont conscience du problème que pose l'absence d'assurance maladie ; en témoigne la *Stratégie en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques*, dont l'un des objectifs est l'« Extension de la couverture santé des personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques par la mise en œuvre d'initiatives législatives concernant l'assurance maladie des personnes socialement en difficulté, notamment celles qui sont en permanence sans emploi »²⁷. Cet objectif stratégique est repris dans le Plan d'action 2006-2007 de la *Stratégie en matière de santé*, qui envisage des initiatives législatives en vue de régler la question de l'assurance maladie non contributive pour les personnes en situation de pauvreté et socialement en difficulté. A la date à laquelle la présente réclamation collective a été soumise, les mesures prises en ce sens ont consisté en deux arrêtés ministériels adoptés en 2006 et 2007, qui prévoient de prendre financièrement en charge les traitements hospitaliers des personnes sans ressources. Ces dispositions ne sont pas efficaces car elles n'offrent pas de solution à long terme et ne garantissent pas à ceux qui n'ont pas d'assurance maladie d'avoir correctement accès aux soins de santé. Les mesures en question, ainsi que leurs effets, se trouvent exposées dans le paragraphe qui suit.

II.2.11. En 2006 et 2007, le Gouvernement bulgare a pris deux arrêtés destinés à dégager les crédits nécessaires pour la prise en charge des traitements hospitaliers des personnes sans ressources²⁸. Ces mesures ont très peu contribué à garantir l'accès aux soins de santé pour les Roms et autres personnes démunies ne possédant pas d'assurance maladie. Cela tient d'abord à la nature du texte de loi qui régit cette question : elle ne résout pas le problème à longue échéance, en ce que chaque arrêté vaut pour une durée d'à peine un an.

De plus, les deux décrets ont une portée limitée, qui couvre uniquement les dépenses encourues pour les traitements hospitaliers. D'autres frais, y compris - mais sans en exclure d'autres - les soins médicaux et dentaires de base et spécialisés dispensés en régime ambulatoire, ne sont pas couverts au regard de ces dispositions. L'hospitalisation d'un patient, sauf urgence, doit être recommandée par un spécialiste. La consultation d'un spécialiste doit quant à elle être demandée par un généraliste. Celui qui n'a pas d'assurance maladie et n'a pas les moyens de payer une visite chez un généraliste et/ou un spécialiste a donc également peu de chances de pouvoir bénéficier de soins en milieu hospitalier.

²⁷ Voir *Health Strategy Concerning People in Disadvantaged Position, Belonging to Ethnic Minorities* [Stratégie en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques], p.12.

²⁸ Arrêté n° 13/30.01.2006 du Conseil des Ministres publié au Journal Officiel n° 12/7.02.2006 et arrêté n° 17/31.01.2007 du Conseil des Ministres publié au Journal Officiel n° 13/9.02.2007 fixant les conditions d'engagement de dépenses réservées au diagnostic et au traitement en milieu médical ainsi qu'à l'aide hospitalière pour les citoyens bulgares ne disposant pas de ressources et/ou de patrimoine personnel.

Enfin, il semblerait que la procédure administrative compliquée exigée pour le remboursement du coût des traitements hospitaliers ait rendu inefficaces les mesures visées dans les décrets. Les bénéficiaires sont astreints à de multiples obligations pour démontrer qu'ils n'ont pas de quoi supporter par eux-mêmes le coût du traitement. La prise en charge ne concerne que les frais afférents à des soins médicaux déjà dispensés dans le cadre d'une hospitalisation; en d'autres termes, le patient doit être déjà admis en traitement. Or souvent, les intéressés ne savent pas que cette possibilité existe et ne demandent même pas, faute d'argent, à être hospitalisés. Ainsi, d'après le Dr Panayotov - médecin généraliste qui exerce dans le quartier rom de Nadezhda à Sliven -, ils ne sont pas plus de 25 habitants du quartier à avoir réussi à obtenir cette aide en 2006, alors qu'environ 50% des Roms qui y vivent, soit entre 4 et 5 000 personnes, n'avaient pas d'assurance maladie²⁹. Le Dr Panayotov a outre indiqué qu'en raison de la procédure administrative compliquée, les Roms non assurés qui auraient besoin d'être hospitalisés reçoivent en lieu et place un traitement ambulatoire, ce qui aggrave leur état de santé.

II.2.12. Le fait que le Gouvernement n'offre pas de couverture maladie universelle prive un grand nombre de Roms de l'accès aux soins de santé. Ce problème, dont il est pourtant fait état dans divers documents officiels, n'a toujours pas été résolu par les autorités. Or, si la question de l'obtention de l'assurance maladie n'est pas réglée, toutes les mesures visant à améliorer l'accès des Roms aux soins de santé ne pourront avoir qu'un impact minime. Pour reprendre l'analyse d'activistes roms à ce sujet :

La municipalité a ouvert, à ses frais, un dispensaire situé à proximité des quartiers roms. Cette solution est effectivement plus commode que de devoir se rendre chez un médecin en centre-ville ; le problème est que ceux qui ne possèdent pas d'assurance maladie ne peuvent recourir aux services du généraliste du quartier. On ne paie le médecin pour s'occuper de patients non assurés et, ici, la plupart des Roms n'ont pas d'assurance maladie³⁰.

II.2.B. Obstacles généraux à l'exercice effectif du droit à la protection de la santé

II.2.13. L'exclusion sociale qui frappe massivement les Roms a eu pour conséquence que leur situation sur le plan sanitaire s'est peu à peu dégradée. En moyenne, l'espérance de vie des Roms est de plus de dix ans inférieure à celle observée pour l'ensemble du pays. Les Roms décèdent à un âge nettement plus précoce que le reste de la population. Le pic de mortalité se situe chez eux entre 40 et 49 ans. Quant au taux de mortalité infantile, il était, pour la période 2001 – 2003, de 28 pour 1000 naissances au sein de la communauté rom, contre 9,9/1000 pour les Bulgares et 17/1000 dans la communauté turque³¹.

II.2.14. Selon les données synthétiques d'une enquête menée par l'agence démographique Fact-Marketing auprès de 1 527 foyers roms, on recensait la présence d'une personne malade dans 80% d'entre eux environ, d'une personne atteinte d'une affection chronique dans la

²⁹ Entretien du CEDR/CHB avec le Dr Stefan Panayotov, 25 octobre 2006.

³⁰ Entretien du CEDR avec Nikolay Yankov, association Neve Drom, juin 2005, Shumen, Bulgarie.

³¹ Données établies par l'Institut national des Statistiques et citées dans la *Stratégie des pouvoirs publics en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques*.

moitié d'entre eux, et de deux personnes ou plus atteintes d'une affection chronique dans un foyer sur cinq³².

II.2.15. Ces dernières années, du fait de la paupérisation, de la malnutrition et des mauvaises conditions d'hygiène dans les quartiers à forte concentration rom, le problème des maladies infectieuses chez les Roms installés en Bulgarie est devenu très pressant. La tuberculose occupe, parmi ces maladies, une place centrale. Selon une étude réalisée en 2002, les Roms constituaient le groupe le plus fréquemment touché par la tuberculose depuis la réapparition de la maladie en Bulgarie au début des années 90. Les chercheurs ont ainsi repris des données provenant de l'hôpital municipal de Sofia spécialisé dans le traitement de la tuberculose, dont il ressort que 30% des patients atteints de cette maladie étaient des Roms³³. D'après le Dr Mimi Dimitrova, qui travaille à l'hôpital spécialisé dans le traitement actif des maladies pulmonaires à Sliven, 60% de ses patients étaient des Roms³⁴.

II.2.16. La pauvreté est un facteur absolument déterminant pour l'accès des Roms aux soins de santé et pour leur situation sanitaire. Le plus souvent, les personnes démunies ne sont pas en mesure de s'occuper convenablement de leur santé et, sauf urgence, elles ne peuvent s'offrir les services d'un médecin – ni, à plus forte raison, un traitement médical. Un certain nombre d'études consacrées à la pauvreté se sont intéressées à la dimension ethnique du phénomène en Bulgarie. La Banque mondiale a ainsi noté en 2002 que « Les différences entre les minorités ethniques en termes de niveau et d'intensité de la pauvreté sont sensibles, en particulier pour les Roms. Un Rom risque dix fois plus d'être pauvre qu'un Bulgare de souche, alors que les taux de pauvreté des Turcs présents en Bulgarie sont quatre fois plus élevés que ceux constatés au sein de la communauté bulgare. Bien que les Roms ne représentent que 8% des personnes retenues dans l'échantillon, ils forment la moitié des individus en situation de pauvreté. Outre qu'ils courent plus de risques d'être pauvres, les Roms sont aussi, en moyenne, plus démunis que les autres : ils entrent à eux seuls pour près des trois-quarts dans l'indice d'intensité de la pauvreté.³⁵ »

II.2.17. L'impact disproportionné de la pauvreté sur l'accès des Roms aux soins de santé se trouve également expliqué dans le document du Gouvernement bulgare intitulé *Stratégie en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques*: « Les cas de pauvreté au sein de la communauté turque sont trois fois plus fréquents que chez les Bulgares; pour les personnes d'origine rom, ils sont multipliés par onze par rapport à la communauté ethnique bulgare. L'état de santé des membres de ces communautés minoritaires s'en trouve directement affecté : ils se nourrissent souvent plus mal, ont davantage de difficultés à s'assurer volontairement lorsqu'ils ne sont pas couverts par l'Etat, et peinent à réunir les sommes nécessaires pour payer les soins médicaux et les médicaments. En 2002, le pourcentage de personnes n'ayant pas les moyens de payer les soins médicaux et

³² Fact-Marketing, *Osiguriavane dostapa na maltsinstvata do zdraveopazvane 2002-2003*, p. 17.

D'après cette enquête, les dix problèmes de santé et maladies les plus fréquemment rencontrés sont l'hypertension (8%), la pneumonie (5%), les discopathies (4%), la pyélonéphrite (3%), les cardiopathies ischémiques (3%), les calculs rénaux (3%), l'hépatite virale, la bronchite chronique et l'asthme (2%), les ulcères du duodénum (2%). Environ 1% des personnes vivant dans les foyers roms visités étaient atteintes de tuberculose diagnostiquée comme telle. Un foyer sur quatre comptait une personne handicapée (invalidité d'au moins 50%).

³³ Turnev, I., Kamenov, O., Popov, M., Makaveeva, L., Alexandrova, V. 2002. "Common Health Problems Among Roma - Nature, Consequences, and Possible Solutions" [Problèmes de santé couramment rencontrés chez les Roms – Nature, conséquences et solutions possibles]. Open Society Foundation, Sofia, p.12

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Bulgaria Poverty Assessment [Evaluation de la pauvreté en Bulgarie], 29 octobre 2002, Rapport n° 24516, document de la Banque mondiale, p.17

médicaments dont elles avaient besoin s'établissait à 47% pour les citoyens bulgares d'origine turque et atteignait 62% pour ceux d'origine rom.³⁶ »

II.2.18. Le fait que les Roms soient exclus du marché du travail est directement responsable des taux élevés de pauvreté et d'exclusion sociale en général. Le Plan d'action du Gouvernement pour la « Mise en valeur des ressources humaines » a admis que le chômage de longue durée est ce qui explique que 65 à 70% de la population rom vit sous le seuil de pauvreté³⁷. Il n'y a pas de réelle politique des pouvoirs publics visant à lutter contre l'exclusion des Roms du marché du travail. Les dispositifs ciblés sur l'offre – Roms en âge de travailler – sont fragmentaires, portent sur le court terme, et n'ont abouti à aucune baisse sensible du nombre de Roms exclus du marché du travail. De son côté, le Gouvernement bulgare n'a pas mis en place de mécanismes juridiques et politiques pour faire en sorte que les entreprises – publiques et privées – prennent des mesures proactives pour intégrer les groupes sous-représentés dans leurs effectifs³⁸.

II.2.19. Autre obstacle qui entrave l'accès des personnes démunies aux soins de santé : les débours directs que les patients doivent acquitter pour les services de santé en plus de l'assurance maladie³⁹. Selon les données recueillies par l'agence Fact-Marketing, le ticket modérateur de 1 BGN⁴⁰ (l'équivalent de 0,5 € en 2001, date à laquelle l'étude a été réalisée) posait problème pour bon nombre de Roms : 21,4% des Roms déclaraient ne pas pouvoir l'acquitter, contre 4,1% pour les Bulgares de souche et 7,3% pour les membres de la communauté turque. Environ 30% des Bulgares, 20% des Turcs et 10% seulement des Roms déboursent sans difficulté la somme totale des tickets modérateurs de 1 BGN, somme réclamée lorsque le patient doit effectuer des examens ou consulter un spécialiste⁴¹.

II.2.20. L'enquête de l'agence Fact-Marketing a aussi révélé que le prix des médicaments était un sujet de préoccupation pour une personne interrogée sur sept. Lorsque les médicaments sont d'une importance réellement vitale, dans les foyers où vit quelqu'un qui souffre d'une maladie chronique, l'écart entre les revenus et le coût du traitement est lui aussi source d'anxiété. Au sein de la communauté turque, la proportion de ceux qui sont dans l'incapacité de supporter le coût des services médicaux et médicaments nécessaires atteint 34%; chez les Roms, elle monte à 45%. Dans les quartiers les plus déshérités, neuf Roms sur dix se plaignent de ne pouvoir bien souvent se permettre aucun traitement en raison du prix des médicaments. Lorsque ce sont des enfants qui sont malades, les parents s'efforcent d'acheter au moins une partie des médicaments⁴².

³⁶ Voir *Health Strategy Concerning People in Disadvantaged Position, Belonging to Ethnic Minorities* [Stratégie en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques].

³⁷ Ministère du Travail et des Affaires sociales, Plan d'action 2007—2013 « Mise en valeur des ressources humaines », juin 2007, p. 22.

³⁸ Pour une analyse des politiques des pouvoirs publics à l'égard des Roms en matière d'emploi en Europe centrale et orientale, voir le rapport du CEDR « The Glass Box: Exclusion of Roma from Employment », consultable à l'adresse <http://www.errc.org/db/02/14/m00000214.pdf>.

³⁹ L'un de ces débours officiels est le ticket modérateur. Il est fixé à 1% de la rémunération mensuelle minimale et doit être payé par le patient à chaque visite chez un médecin.

⁴⁰ Le ticket modérateur représente 1% du salaire minimal au niveau national. En 2007, son montant était de 1,80 BGN (soit environ 0,9 €).

⁴¹ Données extraites de l'étude de Fact-Marketing « *Osiguriavane dostapa na maltsinstvata do zdraveopazvane 2002-2003* », p. 17.

⁴² *Ibidem*, Annexe 4, p. 140.

II.2.21. Les mauvaises conditions de vie que connaissent la majorité des Roms en Bulgarie, avec notamment des logements ne répondant pas aux normes minimales d'habitabilité, un environnement insalubre et des communautés cloisonnées tenues à l'écart des services publics, pèsent également de manière déterminante sur leur accès à la santé et leur situation sanitaire.

II.2.22. Le *Programme national 2005-2015 pour l'amélioration des conditions de vie des Roms en Bulgarie* donne une juste idée des conditions de vie qui sont celles de nombreux Roms. « Ces quinze dernières années, les conditions de vie d'un nombre croissant de Roms n'ont cessé de se dégrader. Les immeubles ont pour la plupart été construits avec les moyens du bord, en toute illégalité et au mépris des plans d'urbanisme (lorsqu'il en existe) ; les voiries et infrastructures de services publics sont en mauvais état, transformant les quartiers roms en ghettos. L'encombrement des logements et l'accroissement de la densité de la population mettent les systèmes d'alimentation et d'assainissement à rude épreuve ; ils finissent ainsi par devenir insuffisants, et ne desservent que 46% de la population dans les quartiers roms. D'où de mauvaises conditions d'hygiène et des risques sanitaires pour la population, et l'apparition aussi de tensions sociales. L'éventail des services publics à disposition dans les zones où habitent les Roms est très différent de ce qu'il est pour l'ensemble du pays. Les quartiers roms peuvent être rangés en deux catégories selon leur niveau d'équipement en infrastructures : ceux qui n'ont que l'alimentation électrique, et ceux qui ont électricité et eau courante, mais qui n'ont pas de système d'assainissement.⁴³ »

II.2.23. Les quartiers à forte concentration rom se caractérisent par de mauvaises conditions sanitaires. Une étude réalisée en 2002 sur les problèmes de santé des Roms a fait les constats suivants. « Dans les ghettos roms, les ordures jonchent le sol et forment dans les rues étroites des tas d'immondices en décomposition au milieu desquels courent chiens, cochons et enfants ; quant à l'arrière des habitations, il sert souvent de « toilettes à ciel ouvert ». En beaucoup d'endroits, l'eau jaillit au milieu des ordures par des canalisations fissurées, et des enfants en bas âge la boivent. De nombreux quartiers roms situés dans les petites villes et villages ne sont pas raccordés au réseau électrique. Ces conditions d'hygiène déplorable sont le lot d'une bonne part des ghettos roms que compte le pays – le quartier « Nadezhda » à Sliven, le quartier « n° 6 » à Nova Zagora, « Rayna Knyaginya » à Yambol, « Humata » à Lom etc. C'est pour cette raisons (à savoir, les mauvaises conditions d'hygiène qui règnent dans la majorité des quartiers roms) que les maladies infectieuses sont nettement plus fréquentes dans ces zones. »⁴⁴ Les auteurs de l'étude ont par ailleurs observé que, selon plus de la moitié des Roms interrogés (environ 55%), les municipalités (ou les sociétés privées avec lesquelles elles ont passé contrat) ne se soucient pas de préserver des conditions d'hygiène dans les quartiers où ils vivent. A peine une personne sur dix a estimé que ce qui était fait pour assurer la propreté du quartier suffisait⁴⁵.

II.2.24. Les mauvaises conditions sanitaires font que les quartiers roms sont souvent la proie d'épisodes massifs d'infections virales - hépatite, poliomyélite et diphtérie, notamment. En 2006, trois quartiers roms de Plovdiv ont ainsi été touchés par une épidémie d'hépatite A qui, au mois de novembre, avait atteint plus de 1 400 personnes, principalement des enfants ; elle a

⁴³ Voir le *Programme national 2005-2015 pour l'amélioration des conditions de vie des Roms en Bulgarie*, consultable à l'adresse <http://www.ncedi.government.bg/>.

⁴⁴ Turnev, I., Kamenov, O., Popov, M., Makaveeva, L., Alexandrova, V. 2002, "Common Health Problems Among Roma - Nature, Consequences, and Possible Solutions" [Problèmes de santé couramment rencontrés chez les Roms – Nature, conséquences et solutions possibles], Open Society Foundation, Sofia, p.2

⁴⁵ *Ibidem*, p. 19.

nécessité l'hospitalisation de 980 personnes, dont plus de 800 enfants. Les premiers cas d'hépatite avaient été découverts fin juin 2006, mais il a fallu attendre le début du mois d'octobre 2006 pour que le ministère de la Santé livre les vaccins⁴⁶.

II.2.25. Des rapports font aussi état d'une épidémie de poliomyélite qu'auraient contractée en 1994 environ 90 enfants roms dans le quartier de Nadezhda à Sliven, dans le village de Sotirya et dans la ville de Strasldja. Leur état de santé aurait très mal évolué, au point de laisser définitivement handicapés la plupart de ces enfants. En 1993, une épidémie de diphtérie avait sévi, toujours dans les mêmes localités⁴⁷.

II.2.26. Pour de nombreux Roms, l'accès matériel aux équipements sanitaires est un réel problème qui les contraint à renoncer à utiliser les services de santé. La restructuration des établissements de soins en Bulgarie a eu pour effet de créer des obstacles disproportionnés pour les Roms en termes d'accès auxdits services. Dans un certain nombre de localités du territoire bulgare, les polycliniques situées dans les quartiers roms ont été fermées, d'où l'obligation d'emprunter les transports en commun pour se rendre dans les structures sanitaires les plus proches. C'est le cas notamment dans le quartier de Nadezhda à Sliven, où habitent quelque 20 000 Roms. En 2000, la polyclinique qui se trouvait à proximité de ce quartier rom a fermé ses portes. La polyclinique la plus proche est distante d'environ 4 kms. Selon le Dr Stefan Panayotov, beaucoup de Roms n'ont pas les moyens de payer les frais de transport et doivent aller à pied à la polyclinique, en portant leurs enfants.

II.2.27. De même, dans le quartier de Stolipinovo à Plovdiv qui, avec ses 40 000 habitants, concentre la plus grande minorité ethnique, la polyclinique locale dotée de diverses unités spécialisées et d'un service de pédiatrie a été fermée en 2000. Il est de ce fait devenu quasiment impossible, pour une grande partie de la population du quartier, d'avoir accès à des services médicaux spécialisés car, pour beaucoup de ses occupants, les frais de transport vers les hôpitaux de la ville, distants de 15 à 20 kms, sont trop élevés.

II.2.C. Discrimination à l'égard des Roms dans la fourniture de soins médicaux

II.2.28. La discrimination raciale dont sont victimes les Roms dans la fourniture de soins médicaux intervient à de multiples niveaux dans le cadre du système de santé et va du refus déclaré à des formes de discrimination plus complexes ayant pour conséquence de rendre des services d'un moins bon niveau. Le présent volet de la réclamation collective donne des exemples de discrimination qui ne sont pas liés aux inégalités générales empêchant les Roms d'avoir accès aux soins de santé, mais qui ont été observés dans les contacts entre patients et prestataires et que les Roms et/ou leurs proches ont ressentis comme étant des comportements emprunts de partialité, de stéréotypes et de préjugés de la part des prestataires de santé. On retrouve dans ces pratiques discriminatoires des formes notoires de négligences et/ou de traitements inappropriés sur le plan médical ayant entraîné le décès du patient ou ayant nuit à sa santé, des refus de services médicaux, ainsi que la mise à l'écart de Roms dans des structures hospitalières.

⁴⁶ Informations communiquées par l'Inspection régionale de Plovdiv chargée de la protection de la santé publique, consultables sur son site Web à l'adresse www.riokozpd.com; dernière consultation : novembre 2006.

⁴⁷ "Common Health Problems Among Roma - Nature, Consequences, and Possible Solutions" [Problèmes de santé couramment rencontrés chez les Roms – Nature, conséquences et solutions possibles], pages 14 et 15.

II.2.29. Selon une enquête réalisée en 2003 sur la base d'un échantillon national représentatif de personnes d'origine rom, un Rom sur trois déclare avoir subi un cas de refus de services médicaux. Le plus souvent, les faits ainsi décrits concernaient le refus d'un généraliste d'adresser le patient à un spécialiste⁴⁸. D'après cette même enquête, 56,2% des Roms interrogés estimaient que les services médicaux dont ils bénéficiaient étaient de moindre qualité que ceux prodigués aux Bulgares de souche⁴⁹.

II.2.29. Lors d'une enquête effectuée en 2005 à partir d'un échantillon représentatif de 327 Roms établis dans six villes de Bulgarie, les neuf dixièmes des personnes interrogées ont déclaré s'être vu refuser des soins médicaux au motif qu'elles étaient roms⁵⁰.

II.2.30. Certains patients roms auraient été victimes de négligences commises dans les soins médicaux et traitements, qui auraient entraîné leur décès ou auraient porté irrémédiablement préjudice à leur santé. Etant donné que les négligences médicales touchent aussi des patients non roms et qu'il n'existe aucune étude concernant la fréquence des erreurs médicales évitables chez les Roms et les non-Roms, il est difficile de conclure à un traitement discriminatoire à partir d'un seul dossier, ni même de plusieurs. Dans un certain nombre de cas extrêmes de violations des droits fondamentaux de patients roms par des professionnels de santé, ces patients ou leurs proches ont rapporté que des prestataires de soins avaient fait à leur sujet des remarques humiliantes faisant référence à leur origine ethnique. Le CEDR est donc enclin à penser que les Roms sont moins bien traités en raison précisément de leur origine ethnique.

II.2.31. Dans l'exemple ci-après, les propos à caractère raciste tenus par un médecin donnent à croire que le traitement du patient a pu être influencé par des préjugés raciaux. Selon les renseignements communiqués au CEDR par le Comité Helsinki pour la Bulgarie (CHB) établi à Sofia, M. Mihail Tsvetanov, un Rom de 22 ans originaire d'Isperih, ville située au nord-est de la Bulgarie, est décédé à son domicile le 1^{er} mai 2004. M. Tsvetanov était sorti de l'hôpital la veille, dans un état jugé satisfaisant d'après les informations fournies à ses parents par le personnel médical.

M. Tsvetanov avait été hospitalisé le 16 avril 2004 pour des douleurs stomacales. Il était resté à l'hôpital plusieurs jours, sans qu'un diagnostic soit posé. Le 21 avril au matin, M. Tsvetanov se plaint de violents maux d'estomac à son père, Mihail Todorov, venu lui rendre visite. Bien que le père demande à plusieurs reprises que son fils soit vu par un médecin, ce n'est qu'à 18h30 que M. Tsvetanov est examiné. Le médecin qui l'ausculte conclut à un ulcère perforé et qui nécessite d'opérer le patient en urgence. Après cette opération, M. Tsvetanov a été autorisé à rentrer chez lui, le 30 avril. Sa mère, Anguelina Todorova, a certifié à l'avocat du CHB que le Dr Krastev lui avait déclaré que l'état de son fils était satisfaisant.

Dans la nuit du 1er mai, vers 3 heures, l'état de M. Tsvetanov s'aggrave. Ses parents appellent une ambulance, qui n'arrive qu'une heure plus tard, après un second appel téléphonique – alors que la famille habite à moins d'un kilomètre du service de premiers secours. A l'arrivée de l'ambulance, l'équipe médicale constate le décès de Mihail Tsvetanov.

⁴⁸ Sans ce renvoi, les services médicaux spécialisés sont à la charge du patient.

⁴⁹ Fact-Marketing, *Osiguriavane dostapa na maltsinstvata do zdraveopazvane 2002-2003*, Annexe 4, p. 142.

⁵⁰ Cette enquête fait partie d'une plus vaste étude représentative au plan national menée par BBSS Gallup International à la demande du Comité Helsinki pour la Bulgarie, intitulée "Bulgari i romi: Mezhduetnicheski naglasi, socialni distancii i cennostni orientacii". L'enquête plus large a porté sur 1 112 Bulgares de souche et 1 104 Roms âgés de 18 à 70 ans.

Le 3 mai, M. Todorov se rend à l'hôpital pour obtenir du Dr Krastev le dossier médical de son fils. Il lui demande pourquoi son fils, dont le Dr Krastev avait déclaré qu'il était en bonne santé, est décédé peu de temps après sa sortie de l'hôpital. Le Dr Krastev aurait alors dit « Ce n'est pas très grave – un Gitan de moins ». Les jours suivants, M. Todorov ira plusieurs fois à l'hôpital pour récupérer le dossier médical, mais le Dr Krastev lui en refusera à chaque fois l'accès, affirmant que le père n'a pas besoin de ce document⁵¹.

II.2.32. L'exclusion du système de soins a des répercussions disproportionnées sur la santé des femmes roms, en particulier pour ce qui concerne la procréation et la maternité. Les femmes roms qui n'ont pas d'assurance maladie ne peuvent bénéficier des services médicaux pré- et postnatals.

II.2.33. Le 30 octobre 2004, M. Plamen Tsankov a indiqué au CEDR que sa belle-sœur, Mme Rusanka Mateva, une femme d'origine rom résidant à Pazardjik, dans le sud de la Bulgarie, était décédée le 17 octobre 2004 à l'hôpital régional de cette ville après son accouchement, des suites d'une hémorragie. Au début du mois d'octobre, il avait apparemment été mis fin à la couverture santé de Mme Mateva en raison de cotisations impayées. D'après M. Tsankov, Mme Mateva a été admise aux urgences de l'hôpital pour accoucher de son bébé et, une fois l'accouchement terminé, les médecins l'ont laissée plusieurs heures sans aucune surveillance médicale. M. Tsankov s'est dit convaincu que l'origine ethnique de Mme Mateva a été l'un des facteurs qui explique qu'elle ait été médicalement mal prise en charge.

II.2.34. En novembre 2004, le CEDR a rassemblé des informations sur le cas de Mme Neviana Miroslavova, une femme rom de 23 ans vivant à Shumen, dans le nord-est de la Bulgarie. Alors qu'elle était enceinte de quatre mois, Mme Miroslavova s'est rendue en octobre 2004 chez son généraliste pour demander un rendez-vous chez un gynécologue. Le généraliste aurait refusé de l'examiner, car elle n'avait pas versé ses cotisations d'assurance maladie durant les quatre mois précédents. Mme Neviana Miroslavova avait travaillé un an comme balayeuse de rues dans le cadre d'un dispositif de travaux d'intérêt collectif mis en place par les pouvoirs publics, intitulé « Des prestations sociales à l'emploi ». A l'expiration de son contrat, elle s'était inscrite au chômage et devait théoriquement être couverte par le régime public d'assurance maladie. Dans la pratique cependant, elle n'a pu bénéficier de ces prestations.

II.2.35. Du témoignage livré par Mme Sabka Sabeva, âgée de 24 ans et demeurant à Shumen, il ressort que le 17 août 2005, l'intéressée, alors enceinte, avait commencé à perdre du sang. Sa grossesse était survenue après deux années de traitement ovarien. Mme Sabeva déclare avoir appelé les services d'urgence et s'être entendu répondre qu'il lui fallait produire un document de renvoi d'un généraliste l'aiguillant vers un service spécialisé. Elle s'est alors rendue chez son médecin traitant, le Dr Panayotova, qui n'était pas présente à son cabinet – bien qu'elle y fût allée pendant les heures de consultation. Le lendemain, Mme Sabeva retourna chez la généraliste et lui demanda à être envoyée chez un spécialiste, expliquant qu'elle avait constaté des pertes de sang et souhaitait faire vérifier l'évolution de sa grossesse. La généraliste lui aurait répondu qu'elle ne pouvait l'orienter vers un gynécologue car elle réservait aux seuls cas d'urgence les documents de renvoi de patients. Le 19 août, Mme

⁵¹ En juin 2004, Mme Anguelina Todorova, la mère de Mihail Tsvetanov, a porté plainte contre l'hôpital d'Isperih au titre de la loi bulgare relative à la protection contre la discrimination. Elle a été déboutée par le tribunal de première instance au motif que la plaignante n'avait pas intérêt pour agir. Mme Todorova n'a pas souhaité faire appel de cette décision et l'affaire a été classée.

Sabeva emprunta de l'argent à sa soeur et alla consulter un gynécologue. Ce dernier l'envoya à l'hôpital, où il fut constaté, à l'issue d'un examen, que Mme Sabeva faisait une fausse couche. Un avortement chirurgical fut pratiqué et, le 23 août, la patiente quitta l'hôpital. Mme Sabeva adressa ensuite une plainte écrite à l'antenne régionale de la Caisse nationale d'assurance maladie. Il lui fut répondu par courrier que sa plainte avait été examinée et que la généraliste avait été sanctionnée pour non-respect de la loi relative aux soins de santé. Elle n'a pas reçu d'autres informations, ni aucune forme d'indemnisation⁵².

II.2.36. En février 2002, Mme Stefka Dimitrova fait une fausse couche qui nécessite une aide médicale d'urgence. Les médecins de l'hôpital Sainte-Sophie à Sofia lui indiquent qu'ils ne lui prodigueront les soins requis qu'une fois payée la somme de 5 lev (environ 2,5 €). Dans le même temps, selon les dires de Mme Dimitrova, une femme d'origine bulgare est acceptée en consultation sans aucune condition. Mme Dimitrova rentre chez elle pour prendre de l'argent et revient à l'hôpital avec deux de ses proches. Lorsqu'elle arrive à l'hôpital, son état s'empire. Elle saigne abondamment et ses vêtements sont tâchés de sang. Elle explique aux médecins qu'elle a fait une fausse couche. A ce stade, les médecins refusent une nouvelle fois de lui prodiguer des soins et lui réclament une somme plus importante - 20 lev (environ 10 €). N'ayant sur elle que 5 lev, Mme Dimitrova repart chez elle. Le soir du même jour, son état devient critique – elle est prise d'une forte fièvre et souffre beaucoup. Mme Dimitrova demande l'aide d'une organisation non gouvernementale établie dans la capitale bulgare et est emmenée à l'Institut médical de Sofia, qui accepte de lui dispenser des soins. Une membre de l'organisation précitée aurait dit à Mme Dimitrova que les médecins qui exercent à la maternité Sainte-Sophie ont pour habitude de réclamer une somme de 20 lev aux femmes roms qui s'adressent à eux pour une fausse couche. Le motif invoqué pour justifier cette pratique est que les femmes roms provoquent délibérément des fausses couches pour éviter d'avoir à payer la taxe normale de 20 lev due en cas d'avortement chirurgical⁵³.

Ségrégation exercée dans la fourniture des soins de santé

II.2.37. Il semblerait que la ségrégation des femmes roms en milieu hospitalier soit pratique courante en Bulgarie. Dans un certain nombre d'hôpitaux du pays, les femmes roms seraient placées dans des chambres distinctes – appelées « chambres gitanes » par les patients et le personnel hospitalier. Les conditions sanitaires propres à ces « chambres gitanes » seraient nettement moins bonnes et les femmes roms y seraient moins bien suivies par le personnel médical.

II.2.38. A Sofia, quatre femmes roms qui ont porté plainte pour discrimination raciale contre la maternité Sainte-Sophie ont décrit la situation comme suit. « Nous avons été admises à l'hôpital Sainte-Sophie dans les années 2001 et 2002. Nous avons toutes séjourné dans la chambre 15, au 5e étage, et dans une chambre située au 2e étage, baptisées « chambres gitanes » par les patients et le personnel médical. Dans ces chambres, toutes les femmes étaient roms, et c'est là aussi qu'ont été dirigées les autres femmes roms admises à l'hôpital

⁵² Entretien du CEDR avec Mme Sabka Sabeva, 25 août 2005, Shumen, Bulgarie.

⁵³ Le 20 avril 2006, le tribunal de première instance de Sofia a rejeté l'action civile intentée contre l'hôpital Sainte-Sophie par Mme Dimitrova avec le soutien du CEDR. Il a estimé qu'aucun élément de preuve ne venait étayer l'accusation selon laquelle le refus de prodiguer à Mme Dimitrova une assistance médicale gratuite était dû à son origine ethnique. Il a en outre considéré qu'aucun acte illégal n'avait été commis à l'égard de la plaignante, car la nécessité d'une assistance médicale d'urgence n'avait pas été établie. La décision du tribunal de première instance a fait l'objet d'un recours déposé auprès du tribunal municipal de Sofia le 8 mai 2006. A la date à laquelle la présente réclamation collective a été soumise, l'affaire était en attente de jugement devant cette juridiction.

durant cette période. Nous avons appris que le confinement des femmes roms dans des chambres à l'écart des autres était une pratique courante dans cet établissement hospitalier. Nous avons aussi appris que les femmes roms enceintes amenées à séjourner dans cet hôpital pour des problèmes d'obstétrique étaient également placées dans des chambres séparées. Les conditions sanitaires des « chambres gitanes » étaient moins bonnes que dans les autres salles qui accueillait des femmes d'origine bulgare, car elles étaient rarement nettoyées. Les visites n'y étaient pas autorisées, alors qu'elles l'étaient dans les chambres où séjournaient les Bulgares de souche. Nous avons appris par d'autres femmes roms que, pendant les mois d'hiver, les « chambres gitanes » n'avaient pas de chauffage. En octobre 2001, Gergana Hristova a demandé à pouvoir brancher dans sa chambre son propre radiateur électrique, car le chauffage central n'était pas allumé. Cela lui a été refusé, alors qu'il y avait des chauffages électriques dans les autres chambres. Le personnel médical était désagréable avec nous – ils nous invectivaient, et nous frappaient parfois.⁵⁴ »

II.2.39. A Pazardjik, ville située au sud-est de la Bulgarie, des activistes roms ont indiqué que la pratique consistant à séparer les femmes roms dans les services de maternité existait depuis vingt ans. Des cas prouvés de ségrégation ont également été constatés à Sliven, toujours dans le sud-est du pays⁵⁵.

Refus de fournir une aide médicale d'urgence

II.2.40. De nombreux récits relatant des faits survenus dans différentes régions du territoire bulgare indiquent que les ambulances ne vont pas porter les secours d'urgence dans les quartiers roms ou y arrivent avec beaucoup de retard. Dans certains cas, cette pratique a entraîné le décès de patients roms ou a gravement mis leur santé en péril. Le nombre des cas ainsi rapportés, et le fait que le personnel en poste dans les services d'aide médicale d'urgence peut la plupart du temps déceler immédiatement que l'appel provient d'un quartier rom au vu de l'adresse du patient, montrent le caractère discriminatoire de cette pratique.

II.2.41. Le 3 août 2007, Mme Anka Vesselinova, âgée de 50 ans, est décédée d'une attaque cérébrale à l'hôpital municipal n° 3 de Sofia. Selon le témoignage apporté à la Fondation rom Baht (Sofia) par M. Slavcho Petrov, neveu de la défunte, Mme Anka Vesselinova souffrait d'une maladie de coeur. Il lui avait été proposé de l'hospitaliser un mois auparavant, mais elle avait refusé. Le 3 août vers 17 heures, M. Petrov et d'autres proches ont trouvé Mme Vesselinova allongée, inconsciente, dans la cour de sa maison située dans le quartier rom de Fakulteta à Sofia. Ils ont immédiatement appelé les services d'urgence vers 17h10, qui leur ont dit d'attendre. Voyant qu'aucun véhicule n'arrivait, ils ont rappelé les services de secours dix minutes plus tard et les ont encore appelé à plusieurs reprises par la suite. L'ambulance

⁵⁴ Extraits de l'action civile intentée devant le tribunal de première instance de Sofia le 15 novembre 2002 par Roza Anguelova, Irina Ilieva, Draga Kirilova et Gergana Hristova contre l'hôpital n° 1 Sainte-Sophie, spécialisé en gynécologie obstétrique à Sofia (document archivé au CEDR). Les plaignantes ont invoqué l'interdiction de la discrimination fondée sur des motifs raciaux, qui figure dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination, dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, dans la Charte sociale européenne, ainsi que dans la Constitution bulgare et la loi bulgare relative à l'assurance maladie. A la date à laquelle la présente réclamation collective a été soumise, l'affaire était en attente de jugement devant le tribunal de première instance de Sofia. Un recours contre la décision de ce tribunal rejetant partiellement l'action civile et demandant à la Cour de prononcer une injonction interdisant à l'avenir la ségrégation des femmes roms à l'hôpital était pendant devant la Cour suprême de cassation à la date à laquelle la présente réclamation a été soumise.

⁵⁵ Entretiens réalisés par le CEDR et le CHB en 2005 et 2006.

semble n'être arrivée que vers 19 heures. Mme Anka Vesselinova a alors été emmenée à l'hôpital, où elle est décédée une heure plus tard⁵⁶.

II.2.42. En février 2006, des membres de la Fondation rom à Plovdiv ont fourni au CEDR les informations ci-après. En 2005, M. B.C., âgé de 62 ans et résidant dans le quartier rom de Stolipinovo à Plovdiv, se plaint de violents maux de tête, présente des troubles de l'élocution, est pris de vomissements et ne parvient plus à coordonner ses mouvements. Son fils appelle les services de secours, mais, lorsqu'il leur annonce que l'ambulance doit se rendre dans le quartier de Stolipinovo, le médecin de garde demande à parler au patient. Le fils de M. B.C. explique que son père est dans un état critique et qu'il ne peut parler. Le médecin de garde lui répond qu'aucun véhicule n'est disponible et que le patient doit attendre. Après plusieurs appels aux services de secours, le fils ne sait toujours pas si un véhicule va venir. Il demande alors à une voisine – une Bulgare de souche – d'appeler les urgences. Le médecin de garde exige que la femme d'origine bulgare garantisse la sécurité de l'équipe de secours. Cette équipe arrive finalement sur place, mais avant d'examiner le patient, le médecin réclame 20 lev (environ 10 €). Le médecin diagnostique une hypertension et une attaque cérébrale ; il demande que le patient soit emmené à l'unité de soins intensifs de l'hôpital municipal n° 2. Une plainte concernant cet incident a été adressée à l'antenne régionale de la Caisse nationale d'assurance maladie, mais elle est restée sans réponse⁵⁷.

II.2.43. Les habitants du quartier de Stolipinovo à Plovdiv ont indiqué au CEDR que, dans certains cas, les médecins des services de secours n'interviennent qu'à la condition que les patients puissent produire une preuve attestant de leur couverture par l'assurance maladie ou, à défaut, les paient en espèces. Une femme a ainsi déclaré au CEDR: « Les services de secours n'envoient pas les ambulances à temps. Ils demandent si nous sommes assurés, quel est notre médecin généraliste, et si nous sommes en mesure de rétribuer leurs services au cas où nous ne serions pas assurés.⁵⁸ »

II.2.44. Lors d'une étude réalisée par le CEDR en 2005 à Novi Pazar, ville située au nord-est du pays, neuf Roms issus de différentes familles ont déclaré que les ambulances ne venaient pas dans leur quartier⁵⁹. Une femme rom a témoigné en ces termes au CEDR: « J'ai dû à plusieurs reprises appeler les secours pour moi-même et pour mon enfant. Ils ont refusé de venir dans notre quartier et c'est moi qui ai été obligée de me rendre chez eux. Parfois, quand ils prennent connaissance de l'adresse, ils raccrochent purement et simplement.⁶⁰ »

II.2.45. Quelque temps auparavant, le CEDR avait recueilli les déclarations de Mme Brigita Hristova. Il en ressort que, le 29 mars 2004 vers 23 heures, M. Mitko Asenov, un Rom habitant le quartier rom de cette même ville de Novi Pazar, avait appelé une ambulance pour sa fille âgée de 3 ans, Emiliya Mitkova, gravement malade, mais cette ambulance ne venait pas. Après quelque temps, Emiliya, qui souffrait d'une forte fièvre et de maux d'estomac, fut conduite à l'hôpital par son père dans une voiture empruntée à l'ami d'un voisin. Selon Mme Hristova, les médecins de l'hôpital ont indiqué à M. Asenov et à son épouse, Mme Zyulbie Asenova, qu'ils auraient pu perdre Emiliya s'ils étaient arrivés plus tard⁶¹.

⁵⁶ Informations communiquées au CEDR par l'organisation rom Bath (Sofia) qui milite pour les droits des Roms. Les médias bulgares ont également relaté cette affaire.

⁵⁷ Entretien du CEDR avec Asen Karagyozev, Fondation rom – Plovdiv, juin 2005, Plovdiv et entretien téléphonique en février 2006, Budapest.

⁵⁸ Entretien du CEDR avec D.K., 32 ans, 28 juin 2005, Plovdiv, Bulgarie.

⁵⁹ Selon des estimations non officielles, Novi Pazar compterait 3 à 4 000 Roms.

⁶⁰ Entretien du CEDR avec B.S., 41 ans, 26 mai 2005, Novi Pazar, Bulgarie.

⁶¹ Entretien du CEDR avec Mme Brigita Assenova, 4 avril 2004, Novi Pazar, Bulgarie.

II.2.D. Politiques du Gouvernement bulgare concernant les Roms et les soins de santé

III.01. Depuis 1999, le Gouvernement bulgare a adopté un certain nombre de textes fixant les grandes orientations en matière d'intégration des Roms. Ces textes définissent les objectifs à atteindre dans divers domaines sociaux – notamment les soins de santé – et précisent les mesures à mettre en place à cet effet⁶². Dans l'ensemble, on peut dire qu'ils identifient correctement les principaux obstacles auxquels se heurtent les Roms dans le système de santé et que la plupart des mesures qui y sont exposées sont pertinentes.

III.02. Mais un point important est passé sous silence dans l'évaluation des problèmes que rencontrent les Roms en termes d'accès aux soins : il s'agit du traitement discriminatoire dont les Roms font l'objet de la part des médecins. Bien que les études commanditées par le Gouvernement fassent état d'un sentiment aigu de discrimination à l'égard des Roms dans la fourniture des services médicaux, la question du traitement discriminatoire des Roms par les prestataires de soins est systématiquement minimisée. Aucune mesure n'a par conséquent été mise en place pour observer ces pratiques, réunir des informations à leur sujet et y mettre fin.

III.03. L'existence de barrières à l'intégration des Roms a certes été admise ; pour autant, il n'en a résulté à ce jour aucune mesure efficace pour s'y attaquer. Les initiatives lancées par les pouvoirs publics sur un plan général, et celles qui concernent plus particulièrement le secteur des soins de santé, ne sont pas systématiques et ne s'inscrivent pas sur le long terme ; il s'agit d'interventions parcellaires et ponctuelles, prises souvent pour répondre à des situations d'urgence plutôt que pour chercher à promouvoir la santé de manière globale et méthodique. Cela s'explique en partie par le manque ou l'insuffisance de crédits budgétaires, ainsi que par l'absence de structures administratives adéquates pour coordonner la mise en œuvre de ces actions.

III.04. Jusqu'à une date récente, les programmes sanitaires destinés aux Roms reposaient essentiellement sur un financement assuré dans le cadre des projets PHARE, les aides budgétaires de l'Etat étant en la matière minimales ou inexistantes. Ainsi, la ligne budgétaire envisagée par l'Etat pour mettre en œuvre la Stratégie en matière de santé en 2006 s'élevait à 500 000 BGN (environ 250 000 euros); dans les faits, il n'y a été consacré que 30 000 BGN (environ 15 000 euros)⁶³. Cette politique de financement a eu pour effet de déployer des activités sporadiques et fragmentaires, qui ont souvent été interrompues avant que le projet parvienne à son terme. Les examens préventifs, y compris le dépistage de la tuberculose, ne sont ainsi effectués que pour la population de la zone géographique couverte par le projet. Les

⁶² Les dispositifs juridiques et les actions engagées par les pouvoirs publics en vue de régler les difficultés qu'éprouvent les Roms à accéder aux soins et à préserver un mode de vie sain ont été définis dans plusieurs documents ministériels, notamment le « Programme-cadre pour l'intégration équitable des Roms » adopté par le Conseil des Ministres en avril 1999, la « Stratégie en matière de santé pour les personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques » adoptée par le Conseil des Ministres le 8 septembre 2005, et le « Plan national d'action pour la décennie 2005-2015 pour l'inclusion des Roms » adopté par le Conseil des Ministres le 12 juin 2006.

⁶³ Informations contenues dans le *Rapport des citoyens sur la mise en œuvre des mesures prises par les pouvoirs publics conformément aux recommandations formulées par la Commission européenne dans son rapport du 16 mai 2006 dans le domaine des droits de l'homme et de l'intégration des groupes vulnérables selon les critères politiques fixés pour l'adhésion à l'U.E.*, document établi par le réseau d'organisations de la société civile « Family Human Rights » et présenté au public le 10 octobre 2006 (en bulgare).

Roms qui habitent en dehors des villes/zones visées par le projet ne bénéficient pas de ces examens⁶⁴.

III.05. La mise en œuvre des programmes des médiateurs sanitaires illustre les obstacles que pose l'insuffisance des crédits budgétaires pour la réalisation de la politique des pouvoirs publics. Depuis 2004, plusieurs dizaines de médiateurs sanitaires ont été formés dans le cadre de divers projets (PHARE et ONG). Le rôle de ces médiateurs est d'aider les familles roms à accéder aux soins de santé. En dépit des efforts considérables investis dans leur formation, aucun emploi n'a été créé avant 2006 pour ceux qui avaient décroché cette qualification. En 2006, il semblerait que treize médiateurs sanitaires aient obtenu un emploi – non pas, cependant, en rapport avec le système des soins de santé, mais au titre du dispositif de travaux d'intérêt collectif intitulé « Des prestations sociales à l'emploi » destiné à proposer des emplois temporaires subventionnés à des chômeurs de longue durée. Ce n'est qu'en 2007 que la question de la situation des médiateurs sanitaires au regard de l'emploi a été réglée : des crédits budgétaires ont en effet été alloués pour permettre le recrutement de 50 d'entre eux dans 27 municipalités bulgares (sur un total de 263 municipalités)⁶⁵.

III.06. Comme dans d'autres domaines, les politiques des pouvoirs publics à l'égard des Roms tendent, en matière de santé, à être conçues et mises en œuvre hors du cadre général de la politique de santé du Gouvernement. Le fait d'avoir des politiques de santé distinctes pour les Roms et de ne pas prévoir dans les dispositifs ordinaires des solutions aux problèmes de santé que rencontrent les Roms a pour effet d'atténuer l'impact des politiques de santé spécifiques aux Roms et, dans certains cas, de les vider de leur substance. Les pouvoirs publics ont imaginé et, bien souvent, commencé à déployer des initiatives tendant à garantir aux Roms un meilleur accès aux services de santé; mais, dans le même temps, les politiques générales en matière de santé vont quelquefois dans un sens contraire et créent ainsi des obstacles qui entravent l'accès des Roms à ces services. L'impossibilité pour les Roms d'accéder à l'assurance maladie en est un exemple. Les politiques générales en matière de santé ont eu pour effet d'empêcher un grand nombre de Roms d'être couverts par l'assurance maladie et, ce faisant, de les priver de soins de santé primaires et spécialisés.

III.07. Le Gouvernement a certes lancé quelques activités ces dernières années afin d'améliorer la situation sanitaire des Roms, mais peu d'efforts ont été accomplis pour en déterminer l'incidence et pour s'appuyer sur cette analyse pour mieux concevoir les politiques futures. Il n'a pas fait procéder à une évaluation indépendante de l'impact des différentes mesures ; cela serait d'autant plus difficile que les textes d'orientation générale qu'il a établis concernant les Roms ne contiennent pas d'objectifs indiquant les progrès quantifiables à réaliser dans un délai donné.

III.08. Enfin, il n'est pas possible de mettre en place des programmes de santé pour les Roms et d'en mesurer l'impact sans données fiables concernant la santé des Roms et leur utilisation des services de santé, ventilées selon l'origine ethnique et le sexe. Les données de ce type ne

⁶⁴ C'est le cas notamment du projet PHARE 2003 consacré à l'« Intégration médicale des minorités vulnérables, en particulier les Roms », dont la mise en œuvre a démarré en 2006. Les activités menées au titre de ce projet couvrent 5 des 28 régions de la Bulgarie.

⁶⁵ Voir le *Rapport des citoyens sur la mise en œuvre des mesures prises par les pouvoirs publics conformément aux recommandations formulées par la Commission européenne dans son rapport du 16 septembre 2006 dans le domaine de la protection des droits de l'homme et de l'intégration des minorités et groupes vulnérables selon les critères politiques fixés pour l'adhésion à l'U.E.*, juin 2007, p. 61 (en bulgare).

sont pas recueillies de manière systématique dans les secteurs de la santé - pas plus que dans d'autres. Il existe bien un certain nombre d'études portant sur la situation sanitaire des Roms, mais ces données ne sont pas établies de façon régulière. De plus, on ne possède pas d'informations sur des facteurs déterminants pour l'accès des Roms aux soins de santé – accessibilité matérielle des établissements de soins, taux d'utilisation des soins primaires et préventifs, accès aux traitements de maladies non transmissibles présentant des risques graves pour la santé telles que les maladies cardiovasculaires et autres. Les études existantes n'indiquent pas clairement dans quelle mesure certains problèmes de santé observés dans la communauté rom sont imputables à des facteurs d'exclusion sociale, ni ce qui peut être attribué à des facteurs touchant à l'appartenance à une minorité ethnique – comportements racistes de la part de prestataires de soins et barrières discriminatoires entravant l'accès au système de santé.

III. Conclusions

IV.01. Les différents points exposés ci-dessus conduisent globalement à l'inquiétant constat que les Roms sont, d'une manière générale, laissés en marge de divers aspects majeurs des soins de santé. Le fait que les Roms soient exclus de pans entiers du système de santé devrait en principe être pour la Bulgarie l'un des principaux sujets de préoccupation de sa politique d'inclusion sociale. Or, à ce jour, l'attention que portent les pouvoirs publics aux rapports entre les Roms et le système de santé est limitée, surtout au regard de celle qu'ils accordent à d'autres secteurs clé.

IV.02. Le Centre européen des droits des Roms demande respectueusement au Comité européen des Droits sociaux d'examiner avec la plus grande attention les faits présentés dans la présente réclamation collective, de déclarer que la Bulgarie ne respecte pas les articles 11 et 13 de la Charte sociale européenne révisée, lus seuls et/ou avec les dispositions anti-discrimination de l'article E de la Charte, et d'exhorter le Gouvernement bulgare à :

- examiner les politiques de santé et déterminer l'incidence des mécanismes existants en la matière sur les Roms et autres groupes vulnérables. Il conviendrait en particulier de modifier la législation relative aux soins de santé afin de s'assurer que les dispositions concernant l'assurance maladie et le ticket modérateur n'aient pas des effets disparates sur l'accès aux soins de santé des Roms et autres personnes en situation socialement vulnérable. Les mesures législatives devraient dispenser les Roms et autres groupes vulnérables de cette participation financière dans les cas manifestes de détresse ;
- mettre sur pied un système officiel de collecte d'informations en ligne conforme aux normes internationales en matière de protection des données afin de recueillir des renseignements sur la situation des Roms dans tous les secteurs, y compris les soins de santé, et de consigner les formes de discrimination. Ces informations devraient être ventilées selon l'origine ethnique et le sexe, pour permettre d'analyser l'ampleur, les causes et les manifestations de l'exclusion sociale des Roms, ainsi que les effets des mesures déjà prises pour remédier à la situation ;
- veiller à ce que les programmes de santé soient conçus dans une optique intersectorielle qui tienne compte de l'incidence du logement, de l'éducation, des services sociaux et autres facteurs sur la situation sanitaire et l'accès aux soins de

santé. Ces programmes devraient indiquer comment les autorités responsables de la santé peuvent aider d'autres organes ministériels en charge de secteurs qui touchent à la santé et à l'accès aux services de santé ;

- instituer un mécanisme spécial de suivi et d'évaluation des services de santé, qui s'intéresse plus particulièrement à la discrimination dans le système de soins ;
- garantir l'accès matériel aux soins de santé, y compris les soins d'urgence, en mettant à la disposition des communautés roms des routes, des moyens de communication et de services adéquats ;
- organiser régulièrement une formation anti-discrimination pour les prestataires publics et privés de services de santé, et à inclure les questions de lutte contre la discrimination dans les programmes de cours des facultés et instituts de médecine.

Pour le Centre européen des droits des Roms

Vera Egenberger,
Directrice exécutive