



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

14 | 2017
Varia

De la méfiance morale à la suspicion politique. Enjeux de santé publique dans les camps roms de Rome

From moral mistrust to political suspicion. Healthcare issues in the Roma camps in Rome

Lorenzo Alunni



Éditeur
Association Amades

Édition électronique

URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2618>
ISSN : 2111-5028

Référence électronique

Lorenzo Alunni, « De la méfiance morale à la suspicion politique. Enjeux de santé publique dans les camps roms de Rome », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 20 mai 2017, consulté le 25 mai 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2618>

Ce document a été généré automatiquement le 25 mai 2017.



Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

De la méfiance morale à la suspicion politique. Enjeux de santé publique dans les camps roms de Rome

From moral mistrust to political suspicion. Healthcare issues in the Roma camps in Rome

Lorenzo Alunni

Introduction

« Avec les Roms, il faut toujours partir du présupposé qu'ils mentent. »

- 1 Le médecin se tourne vers moi et prononce cette phrase pour commenter, plutôt énervé, l'attitude d'un patient qui vient de sortir du cabinet médical où nous nous trouvons. Il ne s'agit pas d'un cabinet ordinaire, mais d'une unité mobile – nommée « *camper sanitario* », un « camion santé » – dédiée spécifiquement aux « *campi rom* » de Rome. Le service est promu et financé par le département local de santé publique. Au moment de l'enquête, l'unité mobile se rend depuis onze ans dans les camps des parties sud et sud-ouest de la ville, selon un calendrier hebdomadaire. Les services qu'elle offre sont les mêmes que ceux que fournirait un médecin de famille ordinaire dans le cadre du système public de santé italien.
- 2 Cet article est basé sur une enquête ethnographique réalisée au sein de cette unité médicale entre 2009 et 2012. Il se focalise sur le sentiment de méfiance présent dans les relations entre les équipes médicales et la population rom, et sur le rapport entre ce sentiment et les objectifs de subsistance, de protection et de résistance qui s'expriment dans ces espaces urbains et sociaux où la situation des Roms est extrêmement précaire. À partir d'une analyse des interactions entre ces services de santé publique et les habitants

des « *campi rom* », il présente une analyse du rapport entre les dynamiques sécuritaires à l'œuvre et les politiques institutionnelles de gestion des « indésirables ».

- 3 Un lien a souvent été établi entre diversité des populations d'une même communauté urbaine et méfiance (Putnam, 2007). D'autres études montrent comment le niveau de méfiance est augmenté par les situations de ségrégation, en particulier urbaine (Uslaner, 2010). Dans le cas des Roms en Italie, et plus particulièrement à Rome, la ségrégation urbaine se traduit depuis quarante ans par l'existence normalisée de camps officiels dans l'espace même de la ville. À l'époque de l'enquête, les Roms sont désignés dans les discours institutionnels comme le facteur-clé de l'insécurité de la ville. Dans le cadre d'un durcissement sans précédent des politiques à leur égard, au niveau national comme local, une nouvelle administration¹, à l'époque de mon enquête, active des mesures sécuritaires très strictes avec des démantèlements de camps, le déplacement forcé des individus, leur fichage, des expulsions, etc.².
- 4 En se focalisant sur l'observation de la pratique ordinaire du soin dans les camps roms, ce texte vise à rendre compte de l'articulation entre la méfiance en tant que sentiment moral et de son usage en tant qu'instrument politique. Je me réfère en particulier aux théorisations situées dans le sillage d'Adam Smith (1999 [1759]), qui considèrent les sentiments moraux comme des émotions qui nous portent vers les malheurs des autres et nous font souhaiter les corriger (Fassin, 2010).
- 5 Qu'est-ce que la méfiance dans un cabinet médical placé au milieu d'un camp rom où le logement comme les conditions sanitaires et sociales des résidents sont extrêmement précaires ? Il s'agit d'abord d'un sentiment qui se manifeste à plusieurs égards : méfiance du personnel médical envers des patients roms, méfiance des patients roms envers le même personnel, méfiance envers tous les non-roms qui sont impliqués dans la gestion des résidents des camps, et méfiance à mon égard, ethnographe dans le camp. Cette étude ethnographique suggère que le sentiment de méfiance fait moins l'objet d'une réciprocité que d'une forme de complémentarité, vis-à-vis d'autres sentiments et attitudes. Quel est alors son rôle dans la négociation constante du rapport entre les Roms et les agents des institutions publiques ?
- 6 Loin d'être une simple absence de confiance ou d'en traduire seulement les côtés négatifs, le sentiment moral de méfiance est à la fois producteur et produit de stratégies, de discours et de pratiques déterminés par les contextes et les enjeux relationnels. Dès lors, l'analyse des cas présentés dans ce texte suppose une double acception de la méfiance : d'un côté, la méfiance est un sentiment déterminé par les enjeux politiques et utilisé par les agents institutionnels pour traduire des politiques ; de l'autre, elle est un instrument moral permettant de réagir aux dangers d'une vie sociale dont la ségrégation et l'exclusion sont deux des éléments centraux.
- 7 Dans leur introduction au dossier consacré par la revue *Tracés* à la méfiance, trois auteurs dressent un état de l'art du traitement de cette notion en sciences sociales et relèvent que ces travaux l'ont le plus souvent envisagée comme « un simple défaut ou manque de confiance, comme une absence qui demanderait à être comblée pour maintenir ou restaurer un équilibre – social, mental, politique ou économique » (Allard, Carey, Renault, 2016 : 7). Au contraire, affirment-ils, il faut faire l'effort analytique de saisir ce sentiment dans la perspective des contextes où il se déploie et des stratégies qu'il produit. C'est dans cette même perspective que cette contribution se situe.

Roms, institutions, Rome

- 8 La condition des Roms est un des enjeux les plus problématiques pour l'Europe contemporaine sur le plan des droits et de la justice sociale. Ils sont régulièrement soumis à des régimes de traitement bureaucratique différencialistes et incohérents, ainsi qu'à des approches de type racialisantes et criminalisantes, avec des expulsions et des cas fréquents de mobilité forcée (Stewart, 2012 ; Vitale *et al.*, 2011). De nouvelles mesures implicites et explicites d'exclusion ont été mises en place au-delà du discours officiel européen. De ce point de vue, la population rom apparaît comme un élément critique qui questionne de façon permanente la notion de citoyenneté, nationale ou européenne, entendue comme négociation soit au sens juridique soit au sens des pratiques quotidiennes qui la matérialisent. Dans ce cadre, on observe des formes et mesures d'exclusion spécifiques à l'Italie, et plus particulièrement dans la capitale italienne, où les Roms ont souvent été présentés publiquement comme le facteur principal d'insécurité.
- 9 En mai 2008, le gouvernement déclare un « état d'urgence » dans trois (puis cinq) régions italiennes, y compris le Latium (la région de Rome). Un « Commissaire extraordinaire » est nommé et un « Plan nomades » (*Piano nomadi*) avec de nouvelles mesures restrictives est annoncé. À l'époque de mon enquête de terrain, les recensements les plus fiables constatent une présence d'environ 12 000 à 15 000 membres de la communauté rom (ou, plus précisément, des communautés présentes) à Rome. Première étape du « Plan Nomades », un recensement des camps et des petits campements dans et autour de la ville est effectué (avec la collaboration des opérateurs de la Croix Rouge locale), impliquant l'identification personnelle des résidents de ces lieux. Ces derniers évitent souvent d'être inclus dans ce recensement : ils craignent le démantèlement potentiel du camp, des actions pénales et des expulsions. De ce fait, seulement 7 000 personnes sont identifiées. Plus de 80 camps illégaux sont repérés, en plus des 14 camps « tolérés », des 7 « autorisés » (selon la classification de la mairie) et des 310 petits campements (Stasolla, 2012 ; Clough Marinaro, 2009). La finalité principale du « Plan nomades » est le démantèlement des camps et des petits campements illégaux, et le logement des personnes dans des structures spéciales avec des nouvelles règles très restrictives (surveillance vidéo, clôture des portes des camps à 22h, documents d'identification spéciaux pour les résidents, gardiens 24h/24, etc.).
- 10 Une remarque terminologique paraît nécessaire. Alors que la catégorie de « Rom » est complexe et recouvre des ethnonymes différents, dans ce texte, je me réfère aux « Roms » sans distinguer les différentes entités qui composent ce groupe (Sinti, Kalderash, Xoraxané et d'autres, soit nés en Italie soit dans d'autres pays européens ou non-européens, surtout dans les Balkans et en Europe orientale) (Piasere, 2004). En adoptant un critère qui est à la fois topographique et résidentiel, je considère comme « patients roms » les utilisateurs du « *camper sanitario* » qui résident dans un camp rom (Cossée, 2004), tout en étant conscient que la production et la circulation des noms des communautés ne sont ni neutres ni seulement descriptives, et que ces catégories peuvent être exploitées de façon dangereuse. L'usage de ces catégories de la part d'institutions, journalistes, activistes ou de la part des Roms eux-mêmes a des effets multiples et des conséquences directes sur la gestion de ces mêmes communautés. Par exemple, l'usage de la dénomination institutionnelle « *nomadi* » a contribué à la mise en place de mesures administratives fondées sur l'idée d'une présence rom purement transitoire.

- 11 En raison du contexte et de la phase politique pendant laquelle j'ai mené mes recherches, je me suis fié principalement aux conversations informelles et à mes interactions, soit dans le camion-santé, soit dans les camps. Les enregistrements et les entretiens formels étaient systématiquement refusés. La restriction des mesures et la surveillance à l'égard des Roms de Rome rendaient ces derniers très suspicieux, et cette situation a affecté mes choix méthodologiques. Cette suspicion concernait également les soignants et les travailleurs sociaux : les rapports souvent conflictuels entre les agents et les différentes institutions et organisations impliquées dans les services pour les camps compliquaient pour eux la possibilité d'accepter des entretiens plus formels.
- 12 Suivant un calendrier hebdomadaire, le « *camper sanitario* » se positionne tous les jours dans les camps pour offrir ses services médicaux. Ce service a été créé, financé et géré par l'institution locale de santé publique (ASL, *Azienda Sanitaria Locale*) en collaboration avec une association dédiée aux Roms. Le personnel est composé d'un médecin, d'une infirmière et d'un « médiateur culturel », employé surtout comme conducteur du véhicule. Vue de l'extérieur, l'unité ressemble à un simple camping-car touristique, mais l'intérieur est celui d'un cabinet médical ordinaire en Italie, avec un lit pour les examens cliniques, une petite table qui sert de bureau, une balance, des chaises pour le médecin, l'infirmière et les patients.
- 13 Dans le camion-santé, le médecin ausculte les patients roms et fournit les prescriptions comme il le ferait dans un hôpital public. Pendant les consultations, les pathologies présentées par les patients roms sont souvent directement dues aux conditions de vie dans les camps : logement précaire, nutrition et autres problèmes tels que la dépendance aux stupéfiants. Ce service médical est limité en termes de temps et d'espace. Par ailleurs, le médecin et l'infirmière doivent souvent faire face à des résistances des patients, en raison des comportements discriminatoires du personnel médical auxquels les patients roms sont fréquemment confrontés.
- 14 La gestion des services de soin à Rome est confiée à cinq « Asl » (*Azienda Sanitaria Locale*). Chacune gère cinq des vingt arrondissements de la ville. Les normes du soin médical pour les étrangers, au moment de cette ethnographie, comprennent la carte STP (*Straniero Temporaneamente Presente* : étranger temporairement présent) pour les immigrants sans documents réguliers ; la carte TEAM (*Tessera Europea di Assicurazione Malattia* : carte européenne d'assurance maladie) ; et la carte ENI (Européen non inscrit), réservée aux citoyens européens les plus vulnérables.
- 15 Les conditions de vie des Roms ont des effets directs sur leur état de santé : on observe dans les camps un pourcentage plus élevé de maladies respiratoires (à cause des mauvaises conditions de logement), gastro-intestinales (dues au régime alimentaire) et dermatologiques (en grande partie liées au manque de services d'hygiène appropriés). L'institution locale de santé organise périodiquement des campagnes de surveillance sanitaire des camps, considérés comme des lieux potentiels d'émergence d'épidémies susceptibles d'atteindre la ville entière (Ricordy *et al.*, 2014 ; Trevisan, 2005).

Du côté des Roms : l'incorporation de la méfiance

- 16 Le processus d'incorporation est entendu ici comme l'ensemble des modes à travers lesquels les individus vivent l'expérience du monde et en produisent la représentation à travers leurs corps (Csordas, 1990, 1994). Je me concentre maintenant sur des cas

particuliers dans les camps roms pour mettre en évidence les formes d'incorporation de la méfiance questionnée dans ce texte. Dans quelle mesure ce sentiment moral exprimé par les Roms des camps de la capitale italienne, dans le contexte médical décrit précédemment, exprime-t-il un modèle de comportement public et un sentiment incorporé dans un signifié politique et social plus large (Leavitt, 1996 ; Beatty, 2014) ?

L'ongle d'Adso

- 17 Un jour, Adso, un homme d'une cinquantaine d'années et vivant dans le camp de la Via Salviati (rue Salviati), arrive au cabinet médical avec un pied dans une chaussure et l'autre dans une pantoufle. Il s'assied, il extrait le pied de la pantoufle et défait le bandage très artisanal et approximatif qu'il s'était fait. Ensuite, il montre au médecin et à l'infirmière son ongle du gros orteil, incarné.
- 18 Avec une expression de douleur, il dit qu'il espérait que l'ongle guérirait tout seul, mais que ce n'est pas le cas, et que désormais même marcher devient compliqué pour lui. « *Quand je mets le pied par terre, il tremble* », dit-il. Le médecin observe l'ongle et essaie de le toucher pour trouver une solution, mais renonce tout de suite : « *L'ongle est très mal fichu. Il faut que tu ailles chez un chirurgien à l'hôpital pour l'enlever* ». Adso réagit avec une stupeur très marquée : « *Tu ne peux pas m'envoyer dans un hôpital juste pour un doigt de pied !* ». Le médecin lui explique qu'il ne s'agit pas d'un simple ongle incarné. L'ongle devrait être traité, lui dit-il, par quelqu'un en mesure de le faire avec les instruments appropriés et dans un cabinet répondant à certaines conditions d'asepsie (condition absente dans un « *camper sanitario* »), pour ne pas être victime d'infections. Mais Adso continue de protester et demande avec insistance que le problème soit réglé immédiatement et directement dans le cabinet mobile où ils se trouvent.
- 19 Adso menace alors de s'en occuper seul : « *Bon, eh bien alors j'enlève l'ongle tout seul chez moi* ». Le médecin lui répond que, s'il le fait, il aggravera la situation. Et, sans attendre sa réponse, il commence à écrire l'ordonnance pour une visite chez le chirurgien, au « *Policlinico Umberto I* ». Adso demande : « *C'est qui ce chirurgien ? !* ». Le médecin répond : « *Je ne sais pas, tu y vas et tu verras, ne t'inquiète pas, c'est un petit truc, le chirurgien va régler tout ça en deux minutes* ».
- 20 Adso prend l'ordonnance, il la regarde juste un instant et il dit, avec une sorte de sourire rassuré : « *Ne vous fatiguez pas, j'y vais pas* ». Le médecin demande des explications, mais Adso répond en se levant et en quittant le cabinet mobile. Pendant qu'il sort, il dit, comme en réfléchissant à voix haute : « *Moi je ne le connais pas ce chirurgien...* ».
- 21 Cet épisode, relativement banal et plutôt ordinaire dans le quotidien de ce service médical, montre comment la méfiance semble, à un premier niveau analytique, générée surtout par le manque d'expériences précédentes de visites dans les hôpitaux locaux. La douleur provoquée par l'ongle n'est pas suffisante pour qu'Adso abandonne ses réserves sur la situation qui l'attend dans un hôpital. Il a décidé d'avoir recours au « *camper sanitario* » en tant que solution intermédiaire entre la gestion autonome du problème de santé et l'usage des services d'un hôpital. Cette solution s'accorde à son sentiment de méfiance (par ailleurs, ce sentiment est dirigé en même temps vers le chirurgien inconnu et vers le médecin qui veut le lui adresser). Mais cette observation en soi n'est pas suffisante pour identifier les éléments du cadre relationnel et politique qui génèrent et alimentent souvent le sentiment de méfiance. Il faut alors se tourner vers une autre situation pour éclairer ce point.

- 22 Une femme plutôt âgée, une des patientes habituelles du service médical, arrive au « *camper sanitario* » avec une petite boîte de comprimés qu'elle prend pour calmer ses problèmes d'hypertension. Une fois entrée dans le cabinet, elle crie : « *Ces trucs ne marchent pas !* ». Le médecin prend la boîte et lit les caractéristiques du produit. Il demande : « *Qu'est-ce que vous vouliez que ces pilules fassent ?* ». La femme expose la vraie raison de sa perplexité d'une façon plutôt agressive : « *Je suis allée à l'hôpital, mais ces comprimés, c'est un jeune qui me les a ordonnés ! Un petit garçon !* ». Le médecin lui explique alors que les médicaments que ce jeune médecin lui a donnés sont en effet les bons médicaments, et qu'elle doit simplement lui obéir, en suivant la posologie. Mais la femme répond en affirmant encore sa méfiance : « *J'en prends pas, et si tu veux que je prenne des comprimés, alors toi tu m'en donnes d'autres !* ». Le médecin semble comprendre soudainement un autre aspect de la question, et lui demande : « *Dites-moi, pourquoi étiez-vous à l'hôpital ? D'habitude pour vos problèmes d'hypertension vous venez ici...* ». Pour le médecin, il y a manifestement un paradoxe entre la méfiance manifestée envers l'institution-hôpital et le fait qu'elle veuille y aller pour un problème qu'elle traite habituellement dans le cabinet médical présent au sein du camp où elle habite. La femme veut alors se défendre, expliquant que son état physique est trop inquiétant pour renoncer à aller aux urgences. « *J'avais trop mal* », dit-elle, « *alors j'ai demandé à mon fils de m'y amener* ». Le médecin lui répond : « *Eh bien...* » comme pour suggérer que si on décide de confier sa santé à un hôpital, il faut alors en assumer la responsabilité et en accepter les conséquences.
- 23 Aux conditions défavorables rencontrées par les patients roms dans les hôpitaux correspondent d'autres conditions défavorables dans l'unité mobile. Cependant, l'unité mobile constitue aussi pour les patients roms un instrument stratégique pour ne pas avoir à entrer dans des hôpitaux et des cabinets ordinaires. Le « *camper sanitario* » représente en fait la dernière possibilité de ne pas se rendre dans les structures publiques en dehors des camps, toujours considérées hostiles et dangereuses. L'expérience des discriminations du passé se traduit en une méfiance persistante.
- 24 Certaines manifestations de la méfiance entrent plus directement encore dans les profondeurs du corps et de ses signes. Pour explorer cet argument, je voudrais revenir à la question de la méfiance vis-à-vis des hôpitaux et des autres structures sanitaires ordinaires.
- 25 Peu avant le démantèlement du camp « Casilino 900 », considéré comme le plus grand d'Europe, un de ses résidents, Jan, âgé d'une cinquantaine d'années, arrive au « *camper sanitario* » pour demander au personnel d'être hospitalisé dans un hôpital différent du « Policlínico Umberto I », dans lequel il doit se rendre pour y subir une opération chirurgicale mineure. Jan révèle au personnel du « *camper* » s'être enfui du Policlínico, ne pas s'être soumis à l'opération chirurgicale et ne pas avoir respecté la réservation qui a été faite avec l'aide du personnel du *camper*. Il se justifie : « *Si j'étais resté là-bas, je serais mort de claustrophobie !* ». Il raconte que chaque fois qu'il doit entrer dans un hôpital, il est victime d'attaques de ce qu'il définit comme de la « claustrophobie ». Ces formes de malheur l'empêchent d'y rester. Ce phénomène se manifeste de manière plus marquée chaque fois que le séjour prévu à l'hôpital est plus long d'une simple consultation.
- 26 Mais cette fois-ci la douleur rend l'opération chirurgicale inévitable. Pour répondre à cette situation d'urgence, il demande à l'infirmière et au médecin du « *camper sanitario* » de lui indiquer un hôpital où il pourrait disposer d'une chambre plus appropriée, qui lui permette de se rendre à l'extérieur sans trop de difficultés. Le médecin reste silencieux.

L'infirmière suggère à Jan de se rendre à l'hôpital « Fatebenefratelli », qui a des chambres aérées avec vue sur le fleuve du Tibre. Avec un air plutôt contrarié, le médecin accepte de rédiger la demande d'admission dans cet hôpital.

- 27 L'attitude de Jan à l'égard de l'hôpital témoigne des dynamiques d'incorporation du sentiment de méfiance tel qu'il se déploie dans la relation entre Roms et institutions. La complexité des enjeux politiques qui sous-tendent ce processus demande d'accorder une attention particulière aux différentes – et parfois inattendues – formes de manifestation de l'État dans les camps. Pour mieux saisir les enjeux politiques de la méfiance, revenons au cas de l'ongle incarné d'Adso et examinons la suite de son histoire.

Adso et Stefano Cucchi

- 28 Dans le camp de la Rue Salviati, Adso revient au « *camper sanitario* » pour son problème à l'ongle. La douleur est de plus en plus forte. Encore une fois, le médecin juge trop dangereux de s'occuper de ce cas directement et immédiatement dans son cabinet mobile. L'information manquante, qui n'a pas été donnée lors de la première consultation, concerne un problème supplémentaire dont le médecin et l'infirmière sont au courant, car Adso est un patient habitué de leur service depuis longtemps. Ils savent qu'Adso souffre de thrombophilie, une pathologie qui entraîne une tendance à la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins. Pour ceux qui sont touchés par ce problème, un des moments les plus délicats est justement la phase opératoire et post-opératoire, en particulier pour des opérations de type orthopédique et oncologique. La situation est aggravée par de possibles imprévus liés à l'hypertension artérielle dont souffre également Adso.
- 29 Le patient explique qu'il s'est déjà rendu dans un cabinet médical ordinaire, ce qui est peu habituel pour lui qui a, jusque-là, toujours utilisé les services du « *camper sanitario* ». C'est le personnel des urgences d'un hôpital qui l'a persuadé de se rendre chez un médecin de ville. Il a accepté de le faire car il n'est presque plus en mesure de marcher. En outre, à cette date, le « *camper sanitario* » n'est pas encore présent sur le site.
- 30 Dans le cabinet où le personnel des urgences l'a envoyé, Adso mentionne son problème de thrombophilie, ce qui conduit le médecin de service à renoncer à effectuer la petite opération chirurgicale. On lui conseille alors de retourner voir son « médecin de famille ».
- 31 Du point de vue d'Adso, le médecin de famille est le personnel du « *camper sanitario* ». Ce dernier ne partage pas cette interprétation : le médecin du *camper* et l'infirmière se fâchent contre le médecin de ville, phénomène assez rare.
- 32 Le document fourni au patient lors de sa consultation au cabinet libéral ne porte même pas les coordonnées et la signature du médecin qui l'a rédigé. Cela témoigne que l'administration des patients roms s'accorde aussi avec le maintien du flou des règlements et de leur détournement dans le but de réduire au minimum les interactions bureaucratiques et de soin avec eux. Dans ce cas, la méfiance à leur égard s'accompagne d'une fragmentation et d'une gestion inefficace de la part des services de santé. En même temps, la méfiance s'accompagne d'une pratique de marginalisation qui va au-delà des enjeux de santé publique analysés ici. Le médecin consulté semble avoir renoncé à traiter ces Roms comme des patients ordinaires, c'est-à-dire en tant que citoyens ordinaires.
- 33 Le médecin du « *camper sanitario* » décide alors de rédiger pour Adso un document qu'il puisse présenter à l'hôpital pour obtenir l'opération chirurgicale. Pendant qu'il écrit ce

document, le médecin dit : « *Voilà, vous pouvez aller tranquillement à l'hôpital Sandro Pertini avec ça et vous verrez que tout sera bientôt réglé* ». Mais quand Adso entend les mots « *Sandro Pertini* » (nom d'un ancien président de la République italienne), il s'écrie « *Non !* ». Tout le monde dans le cabinet est surpris par cette réaction. Il répète : « *Au Pertini non !* ».

- 34 La méfiance et la peur que les structures de santé provoquent sur les résidents des camps et sur Adso en particulier sont des éléments déjà bien connus par le personnel, mais cette réaction terrifiée va au-delà de ce à quoi on pourrait s'attendre. Mais Adso lui-même nous donne tout de suite l'explication : « *Moi j'y vais même pas mort ! Avez-vous vu l'histoire du mec qu'ils ont tué là-bas ? Cucchi, vous savez ? Là-bas ils te font une injection et tu es mort !* ».
- 35 Il fait référence à une affaire récente, celle de Stefano Cucchi. Le jeudi 15 octobre 2009, le romain Stefano Cucchi, âgé de trente ans, et un ami sont interpellés par des policiers (*Carabinieri*). Ils fouillent leur voiture et trouvent 21 grammes de haschisch, deux grammes de cocaïne et des comprimés (qui sont en réalité des médicaments antiépileptiques). En prison, Cucchi manifeste des signes de malaise physique, il est hospitalisé. Le lendemain – selon la reconstitution des actes juridiques, des témoins, des journalistes et des activistes –, il est « *passé à tabac* » en prison, de manière répétée. Le surlendemain, le médecin de la prison ordonne une hospitalisation. Cucchi est envoyé à l'hôpital Sandro Pertini, au même endroit où le médecin du « *camper sanitario* » souhaite envoyer Adso et où se trouve un petit service consacré aux soins pour les détenus. Les jours qui suivent sont marqués par une dégradation plus forte encore de son état de santé. À 6 heures, le jeudi 22 octobre 2009, Cucchi meurt. Les violences et le manque d'assistance médicale sont considérés comme les éléments qui ont causé sa mort, bien que la justice ait échoué à punir un coupable³.
- 36 Le cas de Stefano Cucchi a suscité dans une partie de la société italienne une série de réflexions sur la violence d'État et sur l'incapacité structurelle de ce même État à juger ses propres actes. La phrase prononcée par Adso à propos de l'hôpital Pertini et du meurtre de Stefano Cucchi est très frappante car elle croise les bases de son sentiment de méfiance envers l'Etat et envers les services de santé. Son refus est une déclaration de conscience des liens, des superpositions et des articulations entre le droit à la santé et l'ambivalence du soin et du rejet, entre éducation sanitaire et éducation sécuritaire. La méfiance d'Adso est la seule possibilité de résistance contre un destin violent qu'il imagine inévitable. Il ne semble pas voir de véritable différence entre un hôpital et une prison.
- 37 L'intérêt qu'Adso montre pour le cas de Stefano Cucchi peut s'expliquer par la conscience qu'il a de partager avec lui la même expérience d'un traitement non mérité. Lorsqu'Adso refuse d'aller à l'hôpital Pertini en faisant référence au cas Cucchi, les enquêtes judiciaire, journalistique et militante sur ce même cas sont encore à un stade peu avancé. Pourtant, Adso a déjà décidé de sa position, de son jugement. Son évaluation du cas Cucchi – dont il apprend les éléments à travers les médias qui, pendant cette période, participent également pour la plupart à la campagne de discrédit des Roms, menée par le gouvernement et par les candidats aux élections – repose sur la méfiance envers les versions officielles de l'incident, se mue en une conscience civile et un jugement politique, et se transforme enfin en méfiance à l'égard de l'Etat et des institutions, y compris les services de santé et leurs pratiques ordinaires.

Du côté du personnel médical : État de méfiance

- 38 Reprenons la phrase du médecin citée en ouverture de ce texte : « *Avec les Roms, il faut toujours partir du présupposé qu'ils mentent* ». Elle condense d'une façon explicite plusieurs enjeux de la méfiance en tant que sentiment moral qui constitue l'angle d'observation de cette analyse : la production, la circulation et l'utilisation de ce sentiment moral (Fassin, 2009) dans un camp rom. Du côté du personnel médical, un affect tel que la méfiance constitue en même temps un instrument politique et un jugement moral qui s'exprime dans et à travers la relation de soin.
- 39 Au moment de mon enquête, le médecin du « camion santé » était employé dans cette unité non pas parce qu'il avait fait le choix d'aider les personnes marginalisées ou les Roms en particulier, mais parce qu'au moment de son entrée sur le marché du travail, rejoindre l'unité dédiée aux Roms était la façon la plus immédiate d'obtenir un emploi dans le système de santé publique de la ville de Rome. La phrase qu'il prononce présuppose l'existence d'un groupe homogène sur la base d'un préjugé ethnique, et produit une « altérisation » fondée sur une attribution de type moral (Fainzang, 1988).
- 40 Même dans les consultations médicales les plus simples – par exemple pour des contrôles ordinaires, pour la prescription de médicaments légers, conversations informelles et tous les autres moments mineurs qui composent l'activité de ce service médical – le rapport entre le médecin et ses patients était marqué par différentes formes de suspicion qui se basaient moins sur le comportement et le passé du patient que sur son appartenance à la catégorie Rom. Ainsi, la catégorie de « Rom » à laquelle se référait le personnel du « *camper sanitario* » reflétait celle réservée par les institutions politiques et policières aux résidents des camps. L'effacement des différences entre les réalités hétérogènes qui composent la catégorie de « Rom » et l'attribution de caractères culturels tels que le nomadisme légitime et reproduisent le maintien de l'existence des camps. Si ce choix traduit une sorte de volonté de soin « universaliste » réservé à tous les habitants des camps, cet effacement des différences reproduit et renforce la gestion politique inégale des Roms de la ville et leur catégorisation racialisante et marginalisante.
- 41 Cette situation explique en partie l'usage par les résidents des *campi* de cette unité mobile comme une façon d'éviter soit l'hospitalisation soit le risque de se trouver dans des situations de discrimination directe dans les structures publiques de soin. Cet usage se combine efficacement avec le rôle « caché » de l'unité : assurer que cette catégorie de patients fréquente le moins possible les hôpitaux et les autres lieux de santé publique, où très souvent ils ne sont pas les bienvenus. Ce rôle a été explicité plusieurs fois par son personnel et par son responsable administratif lors d'une conversation avec le médecin. D'un côté, il s'agit alors d'un instrument supplémentaire de séparation entre la communauté rom et les autres citoyens. De l'autre côté, il s'agit d'un exemple qui illustre la réalité paradoxale des services offerts aux populations marginalisées à travers une approche d'urgence médicale et sociale permanente. Les institutions, soit locales (les Asl) soit nationales qui offrent ces services les mettent en œuvre d'une façon fragmentée et inefficace : elles le font contre leurs propres politiques et dans un registre de l'obligation.
- 42 Ces éléments permettent de souligner que le sentiment de méfiance et toutes ses formes d'expression deviennent, dans le cas présent, un instrument culturalisant qui participe à la création de sujets moraux et politiques auxquels on dénie les qualités nécessaires pour faire partie de la même communauté morale que celle des citoyens non-roms. Il s'agit

alors d'un processus de séparation de la communauté morale qui « mérite » un régime ordinaire de soin. Si par "communauté morale" on entend l'ensemble des personnes, concrètes ou virtuelles, avec lesquelles on imagine partager une même condition humaine (Fassin, 2010), ici c'est plutôt la même condition de citoyenneté qui est niée, de même que l'accès à un droit universel tel que le droit à la santé⁴. La méfiance se présente alors comme un instrument particulièrement puissant dans un processus d'attribution culturalisante – voire racialisante – d'altérité qui participe directement des politiques de marginalisation et de rejet. Une communauté morale peut être inclusive et comprendre *a priori* l'ensemble des individus, mais cette communauté peut aussi être exclusive et rejeter *a priori* certaines catégories. Les groupes roms, dans leurs coexistence et interactions avec le contexte social, s'inscrivent dans le second schéma. La méfiance est un sentiment moral qui, comme on l'a vu, peut émerger comme instrument de rejet. Et cela va au-delà des évaluations réelles de la confiance que l'on « mérite » ou que l'on doit *a priori* aux individus sur la base du principe d'égalité des citoyens face aux institutions de santé.

- 43 Plutôt qu'un sentiment réciproque ou symétrique, à ce stade de l'analyse, nous pouvons constater que les méfiances analysées ici sont complémentaires. Ces « deux méfiances » – celles qu'éprouvent le personnel médical et les résidents des camps – ne peuvent exister l'une sans l'autre. Pour mieux saisir cette dynamique, observons à nouveau un épisode d'interaction fondé sur le type de jugement *a priori* à la base du sentiment de méfiance.
- 44 Un jour, un résident d'un *campo* âgé d'une cinquantaine d'années arrive au « *camper sanitario* », qu'il fréquente régulièrement depuis longtemps. Le personnel le connaît très bien. Il commence à parler au médecin du fait que la thérapie suivie par sa femme n'a pas les effets espérés. Il raconte tout cela seulement après avoir été rassuré par le médecin à propos du « *secret professionnel* » : sa femme a une tumeur au sein et son mari ne veut pas que l'information se diffuse dans le *campo*, car les tumeurs y sont parfois encore considérées comme contagieuses et peuvent conduire à l'isolement de la personne affectée. Le médecin me dira ensuite que l'état d'avancement de la maladie de la femme est grave.
- 45 Après avoir discuté un peu avec le personnel, le résident du camp demande au médecin l'ordonnance pour un des médicaments prescrits par l'hôpital pour sa femme. Mais le médecin répond qu'il ne peut pas lui fournir ce document. « *Je suis désolé, mais c'est pour des raisons de sécurité* », dit-il.
- 46 Le médicament en question contient de la morphine, ce qui implique qu'il nécessite une « prescription double », un système bureaucratique concernant certains types de médicaments, tels que les opioïdes, dont l'usage peut être détourné. Le médecin m'explique qu'il ne peut pas faire confiance aux gens des *campi*. Il a donc renoncé à garder dans le *camper* les formulaires nécessaires aux doubles prescriptions pour les patients qui en ont besoin. « *Dans le campi il y a trop de drogués, de toxiques... je me méfie...* », me dit-il après le départ du patient. Pourtant, jamais dans l'histoire de ce service sanitaire, il n'y a eu un problème lié à ce type de double prescription : « *C'est vrai, jamais de problèmes encore, mais on ne sait jamais... Roms et toxiques, tu vois...* ».
- 47 Dans ce cas, la hiérarchisation morale des conduites fait qu'une mesure due au sentiment de méfiance (la décision de ne pas avoir dans le *camper* le matériel pour les prescriptions doubles) rend indisponible un service qui aurait été utile pour les patients, y compris la femme impliquée dans la dernière situation rapportée. Le sentiment de méfiance – et sa

dimension de jugement toujours *a priori* – donne à l'éthique ordinaire du droit à l'accès au soin dans les marges de la société une configuration morale paradoxale. D'un côté, le service est offert selon une approche humanitaire, de l'autre, le même service marque et reproduit les sentiments et les jugements à la base de cette marginalité et de cette exclusion.

Conclusion

- 48 On pourrait être tenté d'interpréter le rapport réciproque de méfiance et de suspicion – l'une, un sentiment, l'autre, un instrument – comme une simple opposition entre deux parties opposées (les Roms et le personnel médical). Cependant, l'observation ethnographique montre que ces deux formes de méfiance sont moins réciproques que complémentaires. Ce sentiment s'exprime en effet dans une relation où il devient un élément central soit de la négociation en vue de l'accès aux ressources (en particulier médicales) soit des politiques déployées des deux côtés.
- 49 La méfiance de la part du personnel se modèle autour des stratégies que les Roms adoptent pour obtenir tout ce qui est possible dans une situation où l'expérience quotidienne des inégalités rend ces derniers méfiants à l'égard des agents institutionnels. Parmi les processus à l'œuvre dans le champ médical et dans les interactions entre les acteurs impliqués, l'attribution culturalisante de caractères moraux singuliers aux patients roms devient un instrument de production d'altérité et de séparation sur la base d'un sentiment moral – la méfiance – qui, comme on l'a vu, fait partie des techniques du traitement précarisant et discriminatoire des membres de ces communautés « indésirables ».
- 50 Dans une perspective du droit à l'accès au soin, nous pouvons observer comment les effets de ce traitement ont des effets directs sur la santé, sur plusieurs plans : la fragmentation des parcours thérapeutiques, la tendance à décourager l'entrée des Roms dans les structures ordinaires du système de santé publique, l'impossibilité pour eux d'accéder à des thérapies spécifiques, en plus des effets d'incorporation de la méfiance que nous avons observés.
- 51 Dans ce cadre, comment s'effectue le passage d'une économie morale de la méfiance à une économie politique de la gestion de la vie des Roms des *campi* de Rome ? Les interactions entre le personnel médical et les patients des *campi* se déroulent dans un vide normatif concernant les services sanitaires dans des espaces d'exception tels que les *campi* ; il s'agit d'un vide qui affecte, à plusieurs niveaux, le cadre régulateur et même le statut professionnel du personnel du « *camper sanitario* ».
- 52 La gestion permanente de l'accès aux soins pour les populations Roms sous la forme du recours aux services d'urgence et d'exception, transforme le sentiment de méfiance en un instrument que les deux parties utilisent pour obtenir le maximum dans leurs interactions. Dans un contexte de négociation permanente, l'ambiguïté est une ressource.
- 53 Par sa participation à ce dispositif de séparation et ses pratiques ordinaires, le personnel médical contribue à une dépolitisation des enjeux du contexte où ils interviennent. La méfiance se présente alors comme un instrument culturalisant ou racialisant soit de moralisation soit de dépolitisation. Dans ce contexte, quel est alors le rapport entre méfiance, politisation et dépolitisation ?

- 54 Si, d'une part, la « question rom » à Rome a été traitée dans un registre de politisation accentuée, d'autre part, les mesures effectivement mises en pratique ont été la plupart du temps justifiées en termes d'intervention nécessaire pour des raisons d'administration, technique ou humanitaire, des groupes roms. Par exemple, les camps n'ont pas été démantelés en raison des discours sécuritaires du maire ou d'autres représentants politiques, mais pour des raisons qualifiées d'humanitaires dans une rhétorique articulée autour de la sécurité et la dignité des résidents. De même, le fichage individuel des résidents des camps n'a pas été mené dans un but de contrôle policier, mais, officiellement, afin de mieux administrer l'habitat et ses nécessités, y compris les nécessités sanitaires. La politisation accentuée des discours sur la « question rom » à Rome ne correspond pas au registre technique et humanitaire (Fassin, 2010) de leur mise en place effective. Dans ce cadre, en face d'un traitement qui ne se montre jamais explicitement politique, les réactions s'expriment surtout sur le plan des sentiments moraux qui émergent dans les interactions ordinaires. La méfiance n'est alors pas seulement un reflet moral, mais aussi une réponse à un traitement (a)politique ambigu.
- 55 L'analyse de la quotidienneté du service du « *camper sanitario* » dédié aux camps roms et des enjeux politiques qu'il catalyse montre que l'unité mobile agit comme un vecteur de dépolitisation, c'est-à-dire un élément qui contribue à faire de la « question rom » une « politique fondée sur l'effacement de son caractère politique » (Fassin *et al.*, 2014 : 14). Cette occultation repose sur une conception qui voit la présence rom comme une question d'ordre publique et d'aménagement urbain à résoudre à travers des mesures administratives et policières (clôture des camps, déplacement des personnes, lutte contre les pratiques dérangeantes telles que l'aumône dans la rue, etc.).
- 56 Le pouvoir étatique auquel ce service médical contribue s'accroît sous le couvert d'une mission technique, presque neutre, voire invisible, et qui se base sur des formes courantes d'« humanitarisation » et de moralisation des questions de santé (Fassin, 2010). La transformation du contrôle et de la criminalisation des Roms en politiques humanitaires de la compassion et du soin médical (ce qui s'est passé à Rome à propos du traitement des Roms dans les dernières années), est encore un exemple de la façon dont les économies morales mettent au deuxième plan les économies politiques : les sentiments comme la méfiance cachent les éléments structurels qui déterminent la situation de précarité sociale et sanitaire. Le processus de dépolitisation, par le truchement de la méfiance, contribue alors à la définition d'une communauté morale distincte de celle pour laquelle le droit à la santé – et, plus généralement, à la citoyenneté – est reconnu, avec des effets directs sur le plan de la santé.
- 57 Le sentiment de méfiance de la part du personnel médical apparaît alors non seulement comme un indice de ces processus en cours, mais se constitue comme dynamique au cœur des phénomènes de précarisation et de marginalisation que nous avons observés. On a vu comment un sentiment moral tel que la méfiance, avec tout ce qui la produit, peut être transformé en instrument de pouvoir et d'administration paradoxalement et visiblement dépolitisé. Si la méfiance se présente alors comme un sentiment passif, la suspicion devient un sentiment actif, ce qui constitue une autre modèle possible de « stratégie », dans ce contexte. Le passage d'un sentiment passif à un sentiment actif de ce type est-il encore une forme possible du passage de la sphère morale à la sphère politique, du domaine de l'émotion au domaine de l'action sur la vie d'une population ? Si tel est le cas, la méfiance se présente alors comme la traduction politique des sentiments moraux et de

leur inscription dans les politiques contemporaines de production et reproduction des marges de la société.

L'auteur remercie Céline Bessière, Pascal Marichalar, Pierre Charbonnier et les évaluateurs anonymes pour l'attention dédiée à ce texte, leurs remarques et leurs suggestions.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD O., CAREY M. et RENAULT R., 2016. « De l'art de se méfier » (Introduction), *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 31 : 7-20.
- BANCROFT A., 2005. *Roma and Gypsy-Travellers in Europe : modernity, race, space, and exclusion*. Burlington, Ashgate.
- BEATTY A., 2014. "Anthropology and Emotion", *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 20, 3 : 545-563.
- CLOUGH MARINARO I. et DANIELE U., 2011. « Roma and humanitarianism in the Eternal city », *Journal of Modern Italian Studies*, 16, 5 : 621-636.
- CLOUGH MARINARO I., 2009. « Between surveillance and exile : biopolitics and the Roma in Italy », *Bulletin of Italian Politics*, 1, 9 : 265-287.
- COSSÉ C., 2004. « Tsiganes, 'Gens du voyage' et construction d'une parole publique », dans COSSÉ C., LADA E. et RIGONI I. (dir.), *Faire figure d'étranger : regards croisés sur la production de l'altérité*, Armand Colin, Paris : 239-260.
- CSORDAS T. J., 1990. « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18, 1 : 5-47.
- CSORDAS T. J. (éd.), 1994. *Embodiment and experience. The existential ground of Culture and Self*. Cambridge, Cambridge University Press.
- FAINZANG S., 1988. « L'ethnologue, le médecin et les Tsiganes devant la maladie », Introduction au numéro spécial « Santé, Magie, Croyance », *Etudes tsiganes*, 34, 2 : 3-10.
- FASSIN D., 2009. « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 64, 6 : 1237-1266.
- FASSIN D., 2010. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris, Gallimard – Seuil – Hautes Etudes.
- FASSIN É., FOUTEAU C., GUICHARD S. et WINDELS A. (2014). *Roms & riverains. Une politique municipale de la race*. Paris, La Fabrique.
- LEAVITT J., 1996. « Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions », *American Ethnologist*, 23, 3 : 514-539.
- PIASERE L., 2004. *I rom d'Europa : una storia moderna*. Laterza, Rome-Bari.
- PUTNAM R. D., (2007), « E Pluribus Unum : Diversity and Community in the Twenty-first Century », The 2006 Johan Skytte Prize Lecture, *Scandinavian Political Studies*, 30, 2 : 137-174.

- RICORDY A., MOTTA F. et GERACI S., 2014. *saluteRom. Itinerari possibili*. Bologna, Pendragon.
- SIGONA N. et TREHAN N. (dir.), 2009. *Romani politics in Europe : Poverty, Ethnic Marginalisation and the Neoliberal Order*. Basingstoke, Palgrave.
- SMITH A., 1999 [première édition anglaise : 1759]. *Théorie des sentiments moraux*. Paris, Presses Universitaires de France
- STASOLLA C., 2012. *Sulla pelle dei rom. Il Piano Nomadi della Giunta Alemanno*. Rome, Alegre.
- STEWART M. (dir.), 2012. *The Gypsy menace. Populism and the new anti-gypsy politics*. Londres, Hurst & Company.
- TREVISAN P., 2004. « La 'salute' dei rom : una questione piuttosto ingarbugliata : Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari », *La Ricerca Folklorica*, 50 : 53-73.
- USLANER E. M., 2010. « Segregation, mistrust and minorities », *Ethnicities*, 10, 4 : 425-434.
- VITALE T., BONETTI P. et SIMONI A. (dir.), 2011. *La condizione giuridica di Rom e Sinti in Italia*. Milan, Giuffrè.

NOTES

1. Le nouveau maire, Gianni Alemanno, appartient à un parti de droite. Son élection intervient après cinquante ans de gestion de la ville par des municipalités de gauche. Alemanno a été élu en avril 2008. Il était membre du parti *Alleanza nazionale* (Alliance nationale) puis du *Popolo della libertà* (Peuple de la liberté), guidé par Silvio Berlusconi, et ensuite du parti *Fratelli d'Italia* (Frères d'Italie). Il a été maire de Rome jusqu'en 2013.
2. Pour un regard général et critique sur la situation récente des groupes roms en Italie et en Europe, on peut se référer aux travaux de Angus Bancroft (2005), Michael Stewart (2012), Isabella Clough Marinaro et Ulderico Daniele (2009, 2011), Nando Sigona et Nidhi Trehan (2009).
3. Après les sentences de première instance et le procès d'appel, le verdict a déclaré tous les accusés innocents. Mais en décembre 2015, la Cour de Cassation a partiellement annulé la sentence finale et ordonné un nouveau procès pour les médecins de l'hôpital Pertini. En juillet 2016, dans l'« appel-bis », le tribunal acquitte les cinq médecins enquêtés, déclarant qu'il n'y a pas de preuves suffisantes de leur culpabilité.
4. L'article 32 de la Constitution Italienne, promulgué en 1948, établit le droit universel à la santé : « La République protège la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et il garantit les soins gratuits aux personnes en difficultés. Personne ne peut être obligé à suivre un traitement sanitaire, sauf par disposition de loi. La loi ne peut en aucun cas violer les limites imposées par le respect de la personne humaine » (traduction de l'auteur). Le système sanitaire italien (SSN) est donc fondé sur les principes de la responsabilité publique dans la protection du droit à la santé de la collectivité et de l'individu, indépendamment des conditions sociales.

RÉSUMÉS

Cette contribution est issue d'une enquête ethnographique portant sur l'activité d'une unité mobile de santé publique mise en place spécifiquement dans les « *campi rom* » (camps roms) de Rome. À partir d'observations de consultations médicales, elle analyse les relations entre les représentants des institutions et la population rom. Observer ce qui se passe lors des activités de soin permet de relever la dimension étatique de la vie quotidienne dans un contexte de précarité extrême, ainsi que la justice sociale qui s'y exprime. Le sentiment moral qui traverse de façon constante et réciproque ces interactions est la méfiance. Cet article se concentre sur les différents usages de ce sentiment, de la part des Roms et du personnel médical, et sur ses effets sur les enjeux de santé et de contrôle dans les « *campi rom* » de la capitale italienne.

This contribution builds on ethnographic fieldwork focused on the activity of a mobile public healthcare unit dedicated to Roma camps in Rome, Italy. An analysis of the relationship between institutional representatives and the Roma population is brought to light through observations of medical consultations. Examining what happens during medical activity reveals both the State dimension of everyday life in a context of extreme precariousness and the ethics of social justice circulating in the camps. The moral feeling that emerges in a reciprocal and constant way in these interactions is mistrust. This article focuses on the uses of this feeling both on the sides of Roma and medical personnel, and on its effects on the issues of health, public healthcare and control in Roma camps in the Italian capital.

INDEX

Mots-clés : roms, Rome, méfiance, suspicion, camp

Keywords : roma, Rome, mistrust, suspicion, camp

AUTEUR

LORENZO ALUNNI

Docteur en anthropologie, lorenzo.alunni@gmail.com