



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES
ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

dihal

PÔLE RÉSORPTION DES BIDONVILLES

FICHE MÉTHODOLOGIQUE

Prendre en compte la dimension « santé » dans les stratégies territoriales de résorption des bidonvilles

Fiche réalisée dans le cadre d'un groupe de travail - Septembre 2019



L'objectif de cette fiche est d'apporter des conseils pratiques pour répondre aux enjeux relatifs à la santé des habitants de bidonvilles lors de la construction et de la mise en œuvre des stratégies territoriales de résorption. Elle s'adresse aux acteurs qui pilotent ces stratégies (services déconcentrés de l'Etat) ou qui y sont associés (collectivités territoriales, associations en charge du volet santé, etc.).

- 01** | Les acteurs à impliquer dans l'élaboration et la mise en œuvre du volet santé de la stratégie — **p. 2**
- 02** | Les éléments à prendre en compte pour un état des lieux partagé — **p. 3**
- 03** | La définition d'un plan d'action — **p. 4**
- 04** | L'articulation des approches de santé avec la stratégie générale de résorption des bidonvilles — **p. 5**
- 05** | Des exemples d'actions clés pour faciliter et accompagner l'accès à la santé des habitants — **p. 6**
- 06** | Les indicateurs à suivre — **p. 7**

Contexte

En France, le droit à la santé et à des soins de qualité doit être garanti pour tous. Les habitants de bidonvilles doivent être pleinement inclus dans le périmètre d'intervention des politiques de santé en général et des territoires en particulier.

L'instruction du Gouvernement du 25 janvier 2018¹ définit un programme d'action rénové à la politique de résorption des campements illicites et des bidonvilles, en promouvant une politique tant humaine et exigeante sur le plan du droit et de la loi qu'efficace, avec un objectif de réduction durable du nombre de bidonvilles dans les cinq années à venir.

Afin d'atteindre cet objectif, l'instruction préconise la mise en œuvre d'actions qui ont déjà pu témoigner de leur efficacité par le passé dans certains territoires et qui se caractérisent par :

- **la définition et la mise en œuvre d'une stratégie territoriale** poursuivant un objectif clairement exprimé de résorption des bidonvilles,
- **un partenariat impliquant tous les acteurs concernés** à l'échelle d'un territoire pertinent et engageant de manière indispensable les collectivités territoriales,
- **une gestion globale, s'inscrivant dans le temps**, depuis l'installation du campement jusqu'à sa disparition, et alliant à la fois programmes d'insertion, respect des lois et coopération transnationale avec les pays d'origine des populations concernées.

La santé représente une dimension importante des actions menées dans les bidonvilles, l'intégration des habitants au sein du système de santé de droit commun constituant l'un des facteurs essentiels de leur accompagnement vers la sortie des bidonvilles (en parallèle d'autres actions, notamment la scolarisation des enfants et l'accès à l'emploi).

La construction de stratégies de résorption des bidonvilles par les territoires doit permettre de favoriser l'égal accès à la prévention et aux soins et conduire à une meilleure coordination des interventions des acteurs de la santé auprès de ces populations vulnérables qui sont souvent éloignées des dispositifs et structures existants.

01 Quels acteurs associer à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet santé de la stratégie de résorption des bidonvilles ?

Des représentants du champ de la santé doivent être impliqués dès la construction des stratégies de résorption des bidonvilles et tout au long de leur mise en œuvre. Il s'agit d'inclure des représentants :

- des **ARS** (PRAPS),
- **du service sanitaire et du service de l'action sociale** des collectivités concernées,
- **des professionnels/structures de santé** intervenant à proximité des bidonvilles (CLAT, PMI, établissements de santé et PASS, professionnels de ville, etc.)
- **de la caisse d'assurance maladie** (CPAM ou CGSS) du département
- **des CCAS ou autres organismes domiciliaires** (la domiciliation des personnes étant nécessaire pour qu'elles puissent recevoir leur courrier et ainsi s'ouvrir des droits),
- **des acteurs associatifs intervenant au sein des bidonvilles.**

Il apparaît également important, à ce stade, d'établir des liens avec les occupants des bidonvilles eux-mêmes.

Exemple de bonne pratique

Par exemple, une fiche « action » dédiée aux actions de médiation sanitaire figure dans la stratégie de résorption des bidonvilles de la préfecture de Loire-Atlantique et Nantes métropole. Les femmes et jeunes enfants y sont identifiés comme publics prioritaires de l'action de médiation sanitaire menée sur le territoire. En parallèle, un groupe de travail local sur la santé a été créé pour travailler sur les problématiques identifiées.

De la même façon, les acteurs en charge de la stratégie de résorption des bidonvilles peuvent s'investir dans les différentes instances et réseaux impliqués dans les problématiques de santé/précarité (suivi des PRAPS, réseaux santé-précarité, périnatalité, contrats locaux de santé, ateliers santé ville, etc.).

02 Quels éléments doivent faire l'objet d'un état des lieux ?

L'état des lieux partagé doit s'efforcer d'évaluer :

- **les besoins** : la situation sociodémographique et épidémiologique (dont l'état de santé perçu), la situation au regard des droits (domiciliation, couverture maladie, ...), la connaissance et le niveau d'appropriation des dispositifs de santé, les principaux problèmes de santé rapportés, les risques liés à l'environnement des sites (accès aux installations sanitaires de base), etc.²
- **les ressources** : l'offre de santé de proximité curative et préventive³ (tant son existence que son accessibilité géographique et les moyens d'action et d'organisation de ces structures), l'offre en accompagnement social et les services de médiation en santé et d'interprétariat mobilisables, les associations et bénévoles intervenant dans les bidonvilles, les personnes ressources vivant dans les bidonvilles, etc.
- **les freins** : les obstacles linguistiques, la méconnaissance du système de santé et des droits, l'accueil que leur réserve le système de santé, l'absence de domiciliation ou de couverture maladie, la complexité que peuvent représenter certaines démarches administratives, etc.
- **les personnes ressources ou relais intervenant en dehors du champ de la santé**, pouvant influencer positivement ou négativement la situation : les organismes de domiciliation et CCAS de proximité, les CAF, les professionnels de la santé scolaire mais également les propriétaires des terrains, les grossistes du secteur du ferrailage, etc.

Exemple de bonne pratique

Un diagnostic de la « mission bidonville » de Médecins du monde à Saint-Denis, basé notamment sur des *focus groups* et des entretiens individuels réalisés avec les habitants de bidonvilles, sera prochainement publié par la structure.



¹ Instruction du Gouvernement du 25 janvier 2018 visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles.

² Si des diagnostics sont réalisés par les médiateurs sanitaires, ils pourront être mobilisés pour préciser l'état des lieux par exemple : état de santé perçu, problèmes de santé rapportés notamment les maladies chroniques et ceux liés à l'environnement et au travail, accès aux installations sanitaires de base, obstacles d'accès à la santé identifiés par les personnes et par les professionnels, etc.

³ Notamment les services en mesure de recevoir des personnes sans couverture maladie : PASS, PMI, CPEF, CeGIDD, EMPP, CLAT, CMP, etc. certains centres départementaux de prévention et de soins ; les centres de santé, les professionnels libéraux, etc.

03 Comment définir un plan d'action intégrant des objectifs adaptés ?

Les stratégies de résorption des bidonvilles sont l'occasion de travailler à l'égalité d'accès à la prévention et aux soins pour les populations concernées. L'état des lieux doit être partagé pour permettre de construire une réflexion collective, identifier les enjeux prioritaires, et choisir des objectifs adaptés, notamment :

- **s'assurer que les habitants bénéficient d'un suivi préventif** : tout particulièrement les populations les plus vulnérables (enfants et femmes enceintes),
- **s'assurer qu'en cas de problème de santé, un recours non programmé aux soins est possible** dans des structures de proximité,
- **s'assurer que les personnes accèdent à un service d'interprétariat et à la médiation sanitaire** dans les services de santé,
- **favoriser l'octroi d'une couverture maladie** pour les personnes n'en disposant pas,
- **encourager**, lorsque les droits sont ouverts, **les suivis en médecine de ville** avec un médecin traitant,
- travailler à un environnement favorable à la santé :
 - en travaillant avec les acteurs concernés sur les **conditions sanitaires et environnementales** (ex : saturnisme, etc.),
 - en assurant le **dépistage précoce, la surveillance et la prévention des maladies transmissibles** (vaccination, dépistage de la tuberculose, mais également par les mesures d'assainissement).

En fonction des enjeux retenus, les différentes actions à mettre en œuvre seront définies dans des « fiches actions » qui préciseront : (1) les objectifs visés, (2) les modalités de mise en œuvre, (3) les partenaires et les ressources mobilisés, et (4) le calendrier. Les actions et leurs modalités de mise en œuvre tiennent compte du contexte local (forces, faiblesses, contraintes et opportunités).

L'état des lieux et le plan d'action devront, conformément à l'instruction, s'articuler avec les outils de gouvernance et de programmation existants dans les territoires, **en particulier avec les projets régionaux de santé (PRS) et leurs programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**, et plus largement, s'inscrire en cohérence avec l'ensemble des politiques publiques déployées dans les territoires.

Exemple de bonne pratique

Guide d'accompagnement vers les dispositifs de santé en Ile-de-France pour les occupants de campements et personnes en errance, ARS IdF, septembre 2015 mise à jour juillet 2016 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Precarite_guide_campements_07_2016.pdf



04 Pourquoi articuler les actions « santé » avec les autres actions de la stratégie ?

La dimension sanitaire doit s'inscrire de façon transversale dans la stratégie de résorption des bidonvilles, au-delà des seules actions de santé, puisque la plupart des autres actions peuvent produire des effets positifs sur la santé des habitants. Par ailleurs, une telle approche permet de travailler de façon synergique, notamment lorsque des projets de stabilisation sont engagés sur des sites, que des actions d'accompagnement social global sont mises en œuvre ou que des actions thématiques ponctuelles sont menées. **Il convient aussi d'être vigilant sur les conséquences de ces actions qui peuvent parfois engendrer des effets délétères sur la santé des personnes, favoriser les foyers épidémiques ou encore fragiliser l'efficacité des interventions de santé programmées.**

Pour toutes ces raisons, il est essentiel que les acteurs du champ de la santé se tiennent informés de l'ensemble des actions menées dans le cadre de la stratégie de résorption des bidonvilles et travaillent de façon rapprochée avec les autres acteurs lors de l'état des lieux et tout au long de la mise en œuvre.

Il convient d'être particulièrement attentif :

- **aux actions d'accompagnement social**: domiciliation administrative, actions d'accompagnement scolaire et accès aux services de santé scolaire, etc.,
- **aux actions concernant l'habitat et l'environnement,**
- **aux opérations d'évacuation des bidonvilles** réalisées en application d'une décision de justice ou d'une décision administrative liée à l'urgence, qui peuvent compromettre les interventions d'aller vers et/ou des démarches engagées de dépistage ou de vaccination dans le cadre de la veille et de la sécurité sanitaire.
- **aux actions d'insertion professionnelle** (l'enquête « Trajectoire » qui étudie le devenir de familles cinq ans après une insertion réussie indique que 48% des personnes ont été victimes d'accidents du travail ou maladies professionnelles).

Si des « fiches actions » thématiques sont rédigées, il est recommandé d'y intégrer la santé de manière transversale. À cet égard, les acteurs identifiés en point (1) doivent inscrire leurs actions en partenariat les uns avec les autres.

L'ARS, notamment le référent en charge du pilotage du PRAPS, peut être considérée comme l'interlocutrice privilégiée pour les questions de santé, notamment dans le cadre du suivi de la stratégie de résorption des bidonvilles. Par ailleurs, des interlocuteurs de référence pour la stratégie de résorption des bidonvilles peuvent également être identifiés chez les autres acteurs du champ de la santé lorsque cela s'avère pertinent.

Exemple de bonnes pratiques

L'ARS PACA a déployé des consultations enfants-environnement dans sa région, en articulation avec le PRAPS et le PRSE, dans le but de lutter contre le saturnisme infantile et les pathologies liées à l'environnement. La première consultation enfants-environnement a été créée en 2011 à Marseille puis s'est ensuite restructurée en PASS mère-enfant en 2014. Depuis 2015, l'ARS a mis en œuvre des consultations enfants-environnement dans quatre autres sites de la région (à Avignon, Digne, Nice et Toulon). Les consultations sont ouvertes à tous les publics précaires, notamment ceux vivant dans un habitat indigne ou en bidonvilles.

Sur les consultations à Marseille : <http://fr.ap-hm.fr/site/pass-me>



Quelles sont les actions clés pour rapprocher les personnes du système de santé ?

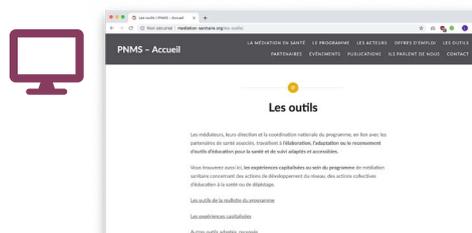
Certaines modalités d'intervention permettent d'atteindre efficacement les objectifs fixés en matière d'accès au droit à la santé et aux soins des populations vulnérables, lesquelles méconnaissent bien souvent le système de santé notamment du fait de la barrière de la langue et d'acteurs de la santé peu familiers aux problématiques de ce public précaire (barrière linguistique, méconnaissance du système de santé et des droits, etc.).

Ainsi, il est conseillé :

- de **soutenir des actions de médiation en santé**, lesquelles doivent s'inscrire dans la durée dans et hors le bidonville,
- de **soutenir les actions d'aller vers**, notamment pour ce qui concerne la **prévention** (ex : vaccinations des enfants et des adultes ; santé sexuelle et reproductive) et le **dépistage** (ex : tuberculose ; VIH et hépatites ; saturnisme),
- **d'assurer un service d'interprétariat professionnel** accessible aux professionnels de santé de ville
- **d'engager un dialogue rapproché avec les acteurs compétents et les habitants des sites visés afin de permettre l'accès à l'eau, la mise à disposition de sanitaires, l'accès à l'électricité, l'organisation de la collecte et du ramassage des déchets et l'évaluation de tous les « risques majeurs »**,
- **de fluidifier les parcours administratifs** en instaurant des partenariats avec les acteurs institutionnels, sur la base de conventions, et par la création d'un circuit d'échange et de traitement dédié (référénts, ligne de contact...) (par exemple : CPAM⁴, médecins ou infirmiers de l'Éducation nationale, Conseil départemental, ...)
- **de sensibiliser les professionnels et structures de santé de proximité** (PASS, hôpitaux, PMI, CPEF, CeGIDD, CLAT, EMPP, Maisons de santé, URML, CDPS, ...) aux facteurs de vulnérabilité du public et de déconstruire les représentations liées à la précarité de l'habitat et au statut des migrants européens,
- **de mobiliser les outils et ressources d'information existants**, à l'attention des structures de santé, des habitants et des acteurs engagés dans leur accompagnement social et d'adapter, le cas échéant, leur accessibilité pour les personnes ne maîtrisant pas le français et celles ne sachant pas lire.

Exemple de bonnes pratiques

Le programme national de médiation sanitaire propose des outils et la capitalisation d'expérience : <http://www.mediation-sanitaire.org/les-outils/>



Un exemple d'intervention de vaccination rougeole en IdF :

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-du-groupe-vp/journee-2018-gvps/alves-scellier-vacc-rougeole-bidonvilles-idf-jgvps2018.pdf>



⁴ L'établissement de partenariats entre la caisse locale et les acteurs accompagnant ces populations, telles que certaines associations, favorise la mise en place des dispositifs visant à lutter contre le non-recours aux droits et le renoncement aux soins menés par la caisse (démarches PLANIR et PFIDASS).

Quels indicateurs choisir pour suivre la mise en œuvre et les résultats du plan d'action ?

Les indicateurs proposés ont vocation à **s'adapter aux objectifs visés par le plan d'action défini dans le cadre de chaque stratégie**. Ils doivent également prendre en compte les spécificités rencontrées par les personnes vivant en bidonvilles, tout particulièrement l'environnement de l'habitat et la situation socio-culturelle au regard de la santé. **Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.**

1. Exemple d'indicateurs concernant l'environnement et l'habitat

Pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'action :

- Nombre de sites disposant d'un point d'accès à l'eau potable (robinet, pompe, etc.) et adaptés aux besoins domestiques des ménages
- Nombre de sites disposant de toilettes reliés à des installations sanitaires ou toilettes sèches⁵
- Nombre de sites pour lesquels des bennes ont été mises à disposition et pour lesquels le ramassage des ordures ménagères est réalisé au moins une fois par semaine
- Nombre de sites sur lesquels la majorité des ménages utilise des combustibles type bois pour cuisiner / se chauffer/ s'éclairer

Pour le suivi des résultats des actions :

- Nombre de cas incidents de saturnisme chez l'enfant (au seuil de 50 µg/L)⁶

2. Exemple d'indicateurs concernant le rapprochement des habitants avec le système de santé

(Au cours des six derniers mois ou au cours de l'année écoulée)

Pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'action :

- Nombre de sites ayant fait l'objet d'une action relative à la santé, au cours des six derniers mois⁷
- Nombre de sites ayant fait l'objet d'une ou plusieurs actions de prévention⁸
- Nombre d'actions de dépistage de la tuberculose (et de l'infection tuberculeuse latente an amont chez les moins de 18 ans) et rendement de ces dépistages

- Nombre d'ETP de médiateurs en santé travaillant avec les habitants de bidonvilles présents sur le territoire
- Existence d'un partenariat :
 - avec la CPAM
 - avec les services de maternité
 - avec les PMI
 - avec les PASS
 - avec des professionnels ou des structures de santé en ville
- Nombre de structures de santé recourant à l'interprétariat professionnel, notamment parmi les partenaires
- Nombre de consultations avec interprète dans les structures de soins de proximité

Pour le suivi des résultats des actions :

- Proportion de personnes sans droits ouverts (absence de demande ou demande non aboutie) (dénominateur : population totale du bidonville au temps t)
- Nombre moyen de consultations prénatales pour les femmes ayant accouché au cours des 6 derniers mois⁹.
- Proportion d'enfants ayant eu leurs examens obligatoires du 9ème mois (PMI, maternité partenaire) (dénominateur : nombre d'enfants ayant eu 9 mois révolus au cours des 6 derniers mois) et du 24^e mois (dénominateur : nombre d'enfants ayant eu 24 mois révolus au cours des 6 derniers mois)
- Couverture vaccinale rougeole des enfants entre 18 mois et 6 ans (deux doses)
- Proportion de personnes ayant déclaré un médecin traitant à l'issue de l'ouverture de droits

⁵ UNHCR WASH Manual 2018 : recommandation d'une latrine pour 20 personnes en dehors des situations d'urgence

⁶ Nombre d'enfants dont la plombémie est $\geq 50\mu\text{g/L}$ pour la première fois.

⁷ Nombre de sites sur lesquels un accompagnement intégrant la dimension «santé» est proposé (accompagnement social global ou médiation sanitaire) ou qui fait l'objet d'une action spécifique hors actions de prévention.

⁸ Nombre de sites sur lesquels ont été menées une ou plusieurs actions de prévention sur les maladies transmissibles (tuberculose, gale, rougeole, coqueluche...) et sur maladies non transmissibles (cancer, diabète, HTA).

⁹ La loi prévoit 7 consultations obligatoires pendant la grossesse, hors échographies et urgences, voir articles R-2122-1 et suivant du code de la santé publique.

Cette fiche a été réalisée dans le cadre des travaux du « groupe santé » de la commission nationale de résorption des bidonvilles. Le groupe, animé par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et l'Accès au Logement (DIHAL) et la Direction Générale de la Santé (DGS) bénéficie de l'expertise de la FNASAT, de Médecins du Monde, de Première Urgence Internationale, de Romeurope, ainsi que de la DGOS, l'ARS Ile de France, de la coordinatrice des PASS de l'Ile de France, du réseau des CLAT et de la PMI de l'Essonne.

Cette fiche donne des éléments généraux pour la prise en compte de la santé dans les stratégies territoriales de résorption des bidonvilles. Pour plus de précisions notamment thématiques, des conseils techniques, des outils pratiques, des mises en relation avec des acteurs ressources de vos territoires ou avec d'autres territoires expérimentés : <http://extranet.resorption-bidonvilles.dihal.din.developpement-durable.gouv.fr/>

Liste des abréviations

ARS – Agence Régionale de Santé

CDPS - Centre Départemental de Prévention et de Santé

CDDS – Centre Départemental de Dépistage et de Soins

CeGIDD – Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CLAT – Centre de Lutte Antituberculeuse

CMP – Centre Médico Psychologique

CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF – Centre de Planification et d'Education familiale

CSM – Centre Municipal de Santé

EMPP – Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

PASS – Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMI – Protection Maternelle et Infantile

PRAPS – Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PRSE – Plan Régional Santé Environnement

URML - Union Régionale des Médecins libéraux

