

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Le logement, déterminant majeur de la santé des populations



La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.

Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

FORMATION PROMOUVOIR LA SANTÉ AU SEIN DES CLUBS SPORTIFS : MOOC¹ EN LIGNE

Au-delà d'offrir des opportunités de pratique d'activité physique, les clubs sportifs peuvent jouer un rôle fondamental pour améliorer la santé de leurs membres ou la préserver. Santé publique France, l'université Côte d'Azur et l'université de Lorraine, sous le parrainage du ministère chargé des Sports, proposent un cours en ligne pour former à la promotion de la santé les acteurs du sport (dirigeants, entraîneurs, bénévoles, etc.) et d'autres acteurs.

Cette formation débutera le 2 novembre 2021, avec un investissement de trois heures pendant quatre semaines, et elle sera disponible gratuitement en ligne sur la plateforme FUNMOOC. Nous vous invitons à découvrir le teaser de cette

formation, à vous inscrire et à relayer l'information sur PROSCeSS : Promotion de la Santé au sein des Clubs Sportifs. En ligne : <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/prosc-ess-promotion-de-la-sante-au-sein-des-clubs-sportifs/>
Pour mémoire, *La Santé en action* a publié un numéro consacré à cette thématique, accessible en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/magazines-revues/la-sante-en-action-decembre-2020-n-454-promouvoir-la-sante-par-l-activite-sportive-et-physique>

1. Massive Open Online Course, formation à distance capable d'accueillir un grand nombre de participants (NDLR).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture, pages 19, 36, 37, 45 : © Yohanne Lamoulère / Tendance Floue

Page 4 : © Thierry Fournier / Métropole de Lyon

Page 9 : © Pierre Faure

Pages 12, 17 : © Sébastien Godefroy

Page 14 : © Pascal Aimar / Tendance Floue

Page 25 : © Ljubisa Danilovic / Tendance Floue

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Réalisation graphique : **Jouve**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 3^e trimestre 2021

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

Dossier

LE LOGEMENT, DÉTERMINANT MAJEUR DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

Dossier coordonné par

Dr Pilar Arcella-Giroux,
référénte régionale prévention-promotion
de la santé mentale, responsable
du département Contractualisations
territoriales et santé urbaine,
Direction de la santé publique, agence
régionale de santé Île-de-France (ARS IDF),
Bastien Morvan,
responsable de la mission Santé urbaine
et Grand Paris, Direction de la santé
publique, département Contractualisations
territoriales et santé urbaine, agence
régionale de santé Île-de-France (ARS IDF),
Dr Stéphanie Vandentorren,
médecin de santé publique et
épidémiologiste, coordination inégalités
sociales de santé, Direction scientifique
et international, Santé publique France,
Michel Joubert,
professeur émérite de sociologie,
Université Paris 8.

Avec la collaboration de

Anne-Claire Colleville,
référénte Santé environnement, Direction
santé plaidoyer, Médecins du Monde, France,
Manuel Domergue,
directeur des études, Fondation Abbé-Pierre,
Dr Pascale Estécahandy,
coordinatrice nationale du programme
Un chez soi d'abord, au sein de la Délégation
interministérielle à l'hébergement
et à l'accès au logement (Dihal),
Zoé Héritage,
chargée de projets et d'expertises
scientifiques en santé publique, Direction
de la prévention et de la promotion
de la santé, Santé publique France,
Nina Lemaire,
cheffe de projet santé-environnement
et urbanisme favorable à la santé,
Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.



Introduction

4 _ Pilar Arcella-Giroux, Bastien Morvan,
Stéphanie Vandentorren, Michel Joubert

Le logement, droit fondamental et déterminant majeur de la santé globale des populations

6 _ Anne-Claire Colleville,
Florence Kermarec

Impact du logement sur la santé physique

8 _ Stéphanie Vandentorren, Pascale Giry,
Julie Jan, Sylvie Nguyen

Logements dégradés : un impact dévastateur sur la santé mentale

13 _ Anne-Claire Colleville,
Florence Kermarec

L'impact du mal-logement sur la santé, vu depuis les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

16 _ Rémi Laporte, Barbara Bertini,
Muriel Schwartz, Pierre-Marie Tardieux

« La précarité énergétique affecte la santé physique et mentale »

20 _ Entretien avec Bernard Ledésert

La localisation de l'offre publique d'accueil et d'habitat des gens du Voyage

22 _ Gaëlla Loiseau, Loris Granal

Enquête d'ATD Quart Monde : « Un toit, ma santé et moi »

24 _ Delphine Mion,
Huguette Boissonnat-Pelsy

« Accompagner des ménages en difficulté pour qu'ils accèdent à un logement ou puissent s'y maintenir »

27 _ Entretien avec Maryse Sylvestre

Fondation Abbé-Pierre : « Lutter contre toutes les formes indignes d'habitat »

29 _ Entretien avec Florine Siganos

« Il est nécessaire avant tout d'accélérer la construction de logements »

31 _ Entretien avec Blandine Maisonneuve

« Accéder à un logement en Seine-Saint-Denis peut être un véritable parcours du combattant »

33 _ Entretien avec l'équipe de La Trame

Habitat, logement, santé publique : quelles pistes d'actions pour l'ARS IDF ?

35 _ Luc Ginot, Pascale Giry

Lyon : « Nous contrôlons l'habitabilité des logements et jugeons si la santé de l'occupant est mise en danger »

39 _ Entretien avec Catherine Foisil

Micro-maisons mobiles à Lyon métropole : « Un répit pour les femmes et enfants sans solution de logement »

41 _ Entretien avec Etienne Prime

« Faire revenir les familles dans le centre de Besançon en améliorant la qualité du logement »

43 _ Entretien avec Pierre-Alain Thiébaud
et Jean-Luc Legain

« Loger les jeunes qui sont dans la rue et les aider à développer leurs compétences psychosociales »

45 _ Entretien avec Pascale Estécahandy

La Réunion : « Aider la personne à se rétablir en lui permettant d'accéder à un logement »

47 _ Entretien avec Eddy Hamel

Pour en savoir plus

50 _ Sandra Kerzanet



Le logement, déterminant majeur de la santé des populations

Dr Pilar Arcella-Giroux,
référénte régionale
prévention – promotion de la santé
mentale, responsable du département
Contractualisations territoriales et santé
urbaine, Direction de la santé publique,
agence régionale de santé
Île-de-France (ARS IDF),

Bastien Morvan,
responsable de la mission Santé urbaine
et Grand Paris, département
Contractualisations territoriales
et santé urbaine, Direction de la santé
publique, agence régionale de santé
Île-de-France (ARS IDF),

Dr Stéphanie Vandentorren,
médecin de santé publique
et épidémiologiste, coordination inégalités
sociales de santé, Direction scientifique
et international, Santé publique France.

Michel Joubert,
professeur émérite de sociologie,
Université Paris 8.

Pouvoir accéder à un logement décent est un droit fondamental et doit pouvoir bénéficier à toute personne. C'est un déterminant de santé majeur, reconnu comme tel par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Agir sur le logement est un levier important pour améliorer l'état de santé des habitants. Ce numéro spécial présente une synthèse des connaissances scientifiques sur le mal-logement. En complément, quelques programmes expérimentaux, innovants, ou pérennisés sont présentés : ils ont pour point commun de s'attaquer au logement indécemment, indigne, voire à l'absence de logement.

Le fait d'habiter dans un logement dégradé conduit à un processus de stigmatisation, de dégradation sociale, de perte d'estime de soi. Les effets de la mauvaise qualité du logement et de sa sur-occupation sur la santé mentale, l'anxiété, la dépression, l'agressivité ont été scientifiquement démontrés. Le mal-logement a aussi un impact majeur sur la santé physique en favorisant la propagation des

maladies infectieuses. La présence de moisissures constitue un risque pour la santé, notamment d'irritation et de symptômes respiratoires, particulièrement pour les personnes à risque.

Il existe donc des liens clairs entre la santé des personnes, la qualité de leur logement et l'endroit où elles habitent. Certaines populations sont plus fragiles, comme les personnes âgées ou les enfants, qui sont particulièrement sensibles aux conditions dégradées de leur logement. Le logement est un important déterminant des inégalités sociales et territoriales de santé qui se cumulent quand tant le logement que l'environnement sont dégradés. Les inégalités sociales d'accès à un logement frappent de plein fouet les jeunes générations, les femmes et les minorités ; ces inégalités sont particulièrement flagrantes pour certaines populations : les gens du voyage figurent parmi les plus mal logés, dans un environnement pouvant être contaminé par des produits toxiques comme le démontre l'étude publiée dans ce numéro.



© Thierry Fournier / Métropole de Lyon

Le mal-logement tue : L'OMS Europe a évalué à 130 000 le nombre de décès annuels associés à des conditions de logements inadéquates en Europe. Au Royaume-Uni, l'équipe du professeur Marmot a établi que la surmortalité hivernale est fortement liée aux caractéristiques du logement. Le mal-logement tue aussi en période de canicule. En France, une évaluation conclut que si l'on réhabiliterait 600 000 logements inadaptés, habités par des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté – il en coûterait 6,5 milliards d'euros –, ceci engendrerait une baisse des coûts de santé de près de 500 millions d'euros par an.

Ce numéro spécial présente aussi des pistes d'actions structurelles. Parmi les programmes présentés, Le Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement accompagne des ménages en difficulté. La Fondation Abbé-Pierre – via son programme SOS Taudis – soutient les rénovations de logements pour que les occupants puissent garder leur chez-soi et éviter l'expulsion. En Seine-Saint-Denis, un

collectif d'associations accompagne les personnes dans tous les domaines, logement inclus. Les agences régionales de santé et les collectivités sont des acteurs centraux dans la lutte contre l'habitat indigne : l'agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF) met en œuvre une stratégie avec un dispositif d'« aller vers » les populations. À Lyon, le service hygiène urbaine lutte contre l'habitat insalubre, tout comme le même service à Besançon, l'une des rares villes de France à avoir instauré un permis de louer pour lutter contre les logements indignes. En métropole et dans les départements d'outre-mer (DOM), le programme Un chez soi d'abord procure un accompagnement global et un logement pérenne aux sans domicile fixe (SDF), avec un programme spécifique pour les jeunes. Le programme déployé à la Réunion est ici présenté. À Lyon et autour, des *Tiny Houses* logent des femmes et leurs enfants qui étaient à la rue.

Dans une démarche de promotion de la santé, il est crucial d'associer aux décisions les personnes concernées. Alors, qu'en pensent les parties prenantes – c'est-à-dire les personnes mal logées – et sont-elles consultées ? Deux dispositifs sont ici présentés : le travail réalisé par ATD Quart Monde qui donne la parole aux personnes en situation de précarité et met en œuvre des actions pour leur permettre d'accéder à un logement décent ; le Conseil national des personnes accueillies (CNPA) recueille la parole des personnes qui sont ou ont été sans abri afin qu'elles puissent formuler des propositions. Ce qu'elles disent haut et fort ? Être à la rue détruit et place dans une course de survie, il faut d'urgence construire davantage de logements et permettre de s'y maintenir.

Ce numéro spécial a une résonance toute particulière après 18 mois de crise sanitaire au cours desquels les différentes phases de confinement ont fait du logement l'espace de vie quotidien quasi exclusif de nombreuses personnes. À cet égard, ces épisodes ont constitué une forme d'expérience et de prise de conscience collectives du rapport que chacun peut entretenir avec son logement, et des impacts que celui-ci peut avoir sur

l'état de santé des populations, tant sur le plan physique que psychique. La dynamique de l'infection elle-même était dépendante des conditions de vie et de logement (sur-occupation, possibilité ou non de se protéger, de s'isoler, d'avoir recours à des points d'eau, des toilettes ou des douches individuelles) et de la densité de population du voisinage.

Au-delà des différentes expériences décrites dans les articles de ce numéro, la crise sanitaire du Covid-19 a violemment renforcé la mise en évidence des intrications entre logement et état de santé. Il apparaît en effet que la configuration des logements a eu un impact significatif sur l'exposition des populations au virus ; les phénomènes de sur-occupation ont ainsi constitué des catalyseurs de la diffusion de la maladie. Les périodes de confinement ont également pu bouleverser les équilibres quotidiens des ménages, mettant notamment en exergue des situations de violences familiales et/ou conjugales, des difficultés de conciliation des vies familiales et professionnelles, dont les traductions en termes d'état de santé sont nombreuses. À l'inverse, certaines populations ont pu bénéficier d'un environnement plus protecteur. Les choix – ou non-choix – du lieu de résidence en amont des différents épisodes de confinement ont par ailleurs illustré l'importance qui peut être accordée au cadre de vie et à la recherche d'un environnement qui, s'il ne procure pas un bien-être maximal, présente du moins le moins possible d'effets indésirables.

Ces observations – non exhaustives et qui gagneront à être documentées au fil du temps – ne recouvrent pour autant pas seulement une dimension conjoncturelle : elles viennent également mettre en lumière le caractère déterminant du logement sur l'état de santé des populations, déjà connu, et elles ébauchent de nouvelles pistes de réflexion pour les années à venir. Cette réflexion autour du logement dans ce numéro nous paraît plus que jamais d'actualité, d'autant que les crises sont amenées à se répéter et cela dans le contexte du changement climatique auquel il sera crucial de s'adapter dans un environnement et un logement résilients. ■

Le logement, droit fondamental et déterminant majeur de la santé globale des populations

Anne-Claire Colleville,
référente Santé environnement,
Direction santé plaidoyer,
Médecins du Monde, Paris,
Florence Kermarec,
épidémiologiste,
cellule régionale Pays-de-la-Loire,
Direction des régions,
Santé publique France.

Le logement est un besoin humain fondamental inscrit par les Nations unies dans le droit international relatif aux droits de l'homme [1]. Il ne s'agit pas uniquement du droit à un abri,

mais de celui à un logement convenable, qui comprend : la sécurité d'occupation ; l'existence de services, matériels, installations et infrastructures ; la capacité de paiement ; l'habitabilité ; l'accessibilité et le respect du milieu culturel. À ce titre, le logement est central dans la vie des individus. Les difficultés financières à se loger, croissantes depuis le milieu des années 1980 [2], sont une préoccupation importante de la population française.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne l'accès à un logement de qualité comme l'une des conditions de base pour mener une vie saine [3]. C'est un déterminant majeur de la santé. Agir sur le logement est ainsi un levier important susceptible d'améliorer l'état de santé des habitants au sens de la définition globale de la santé de l'OMS, intégrant les aspects physiques, mentaux et de bien-être social. Des succès historiques de santé publique sont liés à des actions dirigées vers le logement. Elles ont permis une transition épidémiologique passant d'une prédominance des pathologies infectieuses à celle des maladies non transmissibles [4].

Un déterminant de la santé complexe

Habiter, habitation, logement. Philosophes, historiens, urbanistes et sociologues se sont très tôt intéressés au phénomène de « l'habiter ». Divers vocables sont utilisés et ne recouvrent pas la même réalité physique, sociale et psychologique ; néanmoins, ils mettent tous en avant l'interaction avec l'autre et avec l'extérieur, et le rôle d'interface structurante du logement. Liiceanu observe qu'en grec, les verbes se rapportant à l'habitat renvoient au fait d'exister [5]. Martin Heidegger estimait que « *l'homme doit être présent parmi les hommes* » et, dans une vision très large, il concevait « l'habiter » comme le fait d'« être présent à un monde, à un lieu » [6]. L'urbaniste Thierry Paquot rappelle que « *l'abri, qu'il soit solide et permanent, en dur ou non, mobile ou non, précaire ou protégé et garanti, semble bien être un invariant anthropologique* » [7]. À la suite du sociologue Henri Lefebvre, il constate que « *le sens du verbe habiter ne peut se limiter à l'action d'être logé, il déborde et l'habitation et l'être au point que l'un ne peut se penser sans l'autre* » [7]. « *Habiter révèle un rapport particulier à l'espace, un perpétuel échange entre le dedans du logement et le dehors. Habiter, c'est faire société* [...] » [8], affirment les historiens Sébastien Jolis et Lucia Katz. L'habitation est conçue comme une simple « cellule ». L'habitat combine l'habitation et les itinéraires du quotidien urbain : la cage d'escalier, les voisins, le quartier et ses services, les réseaux de transport... Un habitat dégradé résulte donc d'une détérioration de l'un de ces deux éléments. L'habitat insalubre est, lui, une catégorie administrative

L'ESSENTIEL

■ **L'Organisation mondiale de la santé (OMS) le souligne : l'accès à un logement de qualité est l'une des conditions de base pour mener une vie saine. C'est un déterminant majeur de la santé. Agir sur le logement est un levier important pour améliorer l'état de santé des habitants, au sens de la définition globale de la santé de l'OMS.**

qui correspond à la dégradation de l'habitation, portant atteinte à la santé selon des critères préétablis.

Le logement, quant à lui, est un local formant un tout destiné à l'habitation. C'est « *une unité fonctionnelle qui coïncide avec les normes culturelles d'une époque et d'une structure socio-économique données* » [8]. C'est aussi une unité d'analyse statistique précisément définie par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) :

« *Un logement est défini du point de vue de son utilisation. C'est un local utilisé pour l'habitation :*

- *séparé, c'est-à-dire complètement fermé par des murs et cloisons, sans communication avec un autre local si ce n'est par les parties communes de l'immeuble (couloir, escalier, vestibule...);*
- *indépendant, à savoir ayant une entrée d'où l'on a directement accès sur l'extérieur ou les parties communes de l'immeuble, sans devoir traverser un autre local.* »

Le terme « logement » est relié à une dimension plus opérationnelle. Quand les conditions de logement sont dégradées, on parle alors de « mal-logement ». Il s'agit soit de

dégradations du logement en tant que bâti, soit de l'inadéquation à la condition des personnes qui l'occupent.

Fonctions sociales du logement

Il remplit diverses fonctions sociales et individuelles qui structurent la vie des habitants. Lagausie et Sudres [9] mettent en avant six fonctions principales du logement : sécurité, ancrage, limite, organisation, lâcher-prise et expression.

La fonction sécuritaire du logement couvre le besoin de protection ainsi que celui d'un environnement stable et prévisible. Elle est assurée par la solidarité ressentie du bâti, la résistance à l'intrusion et éventuellement l'accès à la propriété. Le domicile est considéré comme le lieu naturel du « prendre-soin ». Prendre soin des nourrissons, des enfants, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap. Il incarne un havre protecteur.

La fonction d'ancrage du logement correspond à la possibilité de s'enraciner en un territoire et une période. À ce titre, il participe au repérage dans l'espace et dans le temps et renvoie à un facteur d'identité : l'adresse. L'errance est signe soit de déviance sociale, soit de désordre psychique. Avoir un domicile signe la capacité matérielle à avoir une place à soi, mais aussi socialement [10].

La fonction de limite indique la possibilité de définir une limite entre chez soi et le reste du monde, entre soi et l'autre. C'est le lieu où se construit et se renforce la culture familiale qui nous définit les uns par rapport aux autres. À ce titre, il est aussi le lieu à partir duquel l'habitant va pouvoir s'ouvrir vers le monde. Le logement est le lieu de l'intime, de ce qui est le plus à l'intérieur [11]. Il est nourri de notre identité, de ses secrets, aspirations, regrets, difficultés. Le logement est un instrument qui permet d'exposer ou de cacher cette intimité [12].

La fonction d'organisation correspond à la capacité d'organisation spatiale tant de l'intérieur que de l'extérieur du logement. Il s'agit d'une part, de l'organisation des usages (dormir, cuisiner...), d'autre part, de celle de l'intimité avec la délimitation des espaces individuels. Cette fonction d'organisation étaye le besoin de maîtrise de son

environnement. L'habitant peut alors se sentir sujet et acteur de sa propre vie [13]. Les espaces fonctionnels aménagés ainsi que les meubles prennent une signification sociale. La valeur assignée aux objets tend à se constituer comme une part indissociable de l'habitant [14].

La fonction de lâcher-prise correspond à la possibilité de s'autoriser à être soi-même. C'est ce qui fait du logement, au-delà d'un lieu de repos physique, un lieu de repos psychique [15].

L'investissement du logement en tant que lieu de repli et de repos est différencié, selon les situations individuelles, soit comme un lieu de repli défensif face à des espaces publics et sociaux vécus comme hostiles, soit comme un lieu de ressourcement face à la richesse des simulations extérieures.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Commissariat aux droits de l'homme. *Le Droit à un logement convenable*. Genève : Nations unies, 2010, Fiche d'information n° 21 : 59 p. En ligne : http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_fr.pdf
- [2] Laferrère A., Pouliquen E., Rougerie C. *Les Conditions de logement en France -Édition 2017*. Paris : Insee, 2017 : 220 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586003?sommaire=2586377>
- [3] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la commission des déterminants sociaux*. Genève : OMS, 2008 : 246 p. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
- [4] Hartig T., Lawrence R. J. Introduction: The residential context of health. *Journal of Social Issues*, 2003, vol. 59, n° 3 : p. 455-473. En ligne : <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00073>
- [5] Liiceanu G. *Repères pour une herméneutique de l'habitation Les symboles du lieu, l'habitation de l'homme*. Paris : Les cahiers de l'Herne, 1983 : p. 436.
- [6] Heidegger M. *Essais et Conférences*. Paris : Gallimard, 1958 : 349 p. En ligne : <https://prepasaintsernin.files.wordpress.com/2020/06/heidegger-essais-et-confc3a9rences.pdf>

La fonction d'expression, enfin, couvre les actions d'appropriation de son logement par des actions de décoration, expression de la créativité. Par ces actions, les habitants cherchent à maintenir une image valorisante d'eux-mêmes. Le logement est le signe de ce que l'on est et de l'image que l'on souhaite transmettre aux autres [10]. À ce titre, le logement à une fonction de sociabilité. ■

Source : Colleville A.-C., Kermarec F. *Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 82 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/enquetes-etudes/etude-qualisurv-habitat-2013-2014-effets-des-conditions-de-logement-degradees-sur-la-sante-elementes-descriptifs>

[7] Paquet T. Habitat, habitation, habiter. Ce que parler veut dire. *Informations sociales*, 2005, vol. 123, n° 3 : p. 48-54. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-3-page-48.htm>

[8] Jolis S, Katz L. Introduction. *Hypothèses*, 2013, vol. 16, n° 1 : p. 11-21. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-hypotheses-2013-1-page-11.htm>

[9] de Lagausie V., Sudres J.-L. Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soin clinique. *Annales médico-psychologiques*, 2018, vol. 176, n° 6 : p. 597-606.

[10] Djaoui E. Approches de la « culture du domicile ». *Gérontologie et société*, 2011, vol. 34, n° 136 : p. 77-90. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-77.htm>

[11] Serfaty-Garzon P., (dirs.) Segaud M., Brun J., Driant J.-C. *Le Chez-soi : habitat et intimité. Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*. Paris : Armand Colin, 2003. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/242284352_Le_Chez-soi_Habitat_et_intimite

[12] Agneray F., Tisseron S., Mille C., Wawrzyniak M., Schauder S. L'habitat et ses liens avec le psychisme : aspects psychopathologiques et cliniques de l'attachement à l'habitat. *L'Évolution Psychiatrique*, 2015, vol. 80, n° 3 : p. 489-499.

[13] Serfaty-Garzon P. *Chez soi, les territoires de l'intimité*. Paris : Armand Colin, 2003 : 257 p.

[14] Graumann C.-F. Vers une phénoménologie de l'être chez-soi. *Architecture & Comportement*, 1989, vol. 5, n° 2 : p. 111-116. En ligne : <https://www.epfl.ch/labs/lasur/wp-content/uploads/2018/05/GRAUMANN.pdf>

[15] Fischer G.-N. *Psychologie sociale de l'environnement*. Paris : Dunod, 2011 : 248 p.

Impact du logement sur la santé physique

Dr Stéphanie Vandentorren,

médecin de santé publique et épidémiologiste,
coordination inégalités sociales de santé,
Direction scientifique et international,
Santé publique France,

Pascale Giry,

ingénieure sanitaire,
responsable du département Santé Environnement,
agence régionale de santé Île-de-France, Saint-Denis,

Julie Jan,

ingénieure sanitaire,
responsable de la cellule Environnement intérieur,
agence régionale de santé Île-de-France, Saint-Denis,

Sylvie Nguyen,

ingénieure sanitaire,
conseiller expert en santé environnementale,
chargée de la qualité de l'air et du bruit,
agence régionale de santé Île-de-France, Saint-Denis.

L'accès à un logement décent et abordable – ainsi que son maintien – est un déterminant de santé, majeur, reconnu comme tel par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui mentionne l'accès et le maintien d'un logement de qualité comme l'une des conditions de base pour mener une vie saine. L'amélioration des conditions de logement reste un facteur majeur dans la croissance de l'espérance de vie en Europe [1]. Selon son niveau de qualité et sa localisation, le logement est un important déterminant des inégalités sociales et territoriales de santé, celles-ci se cumulant lorsqu'il existe un logement et un environnement dégradé pour des habitants le plus souvent en situation sociale défavorable. L'OMS Europe a évalué à 130 000 le nombre de décès annuels associés à des conditions de logements inadéquates en Europe [2].

Il existe des liens clairs entre la santé des individus, la qualité de leur logement et l'endroit où ils habitent. De nombreuses dimensions du logement influent sur la santé (situation ;

normes de construction ; installations d'hygiène ou de chauffage ; densité d'occupation ; sécurité...). La qualité du logement peut être affectée par des facteurs aussi divers que l'humidité excessive et la contamination par les moisissures ; l'infestation par les punaises de lit, les blattes (coque-relles) et les rongeurs (souris et rats) ; une température inadéquate (trop froid en hiver ou trop chaud en été) ; le bruit et la pollution intérieure ; ou encore le surpeuplement. L'endroit où se situe le logement peut être lui-même affecté par un environnement dégradé, que ce soit au niveau des nuisances (visuelles, sonores, olfactives), des pollutions diverses de l'eau, du sol ou de l'air extérieur ou encore du fait de problèmes d'insécurité ou d'isolement, voire de manque de services de proximité ou d'aménités environnementales (éléments naturels de l'espace représentant un attrait pour les habitants) : parcs, jardins, espaces verts. Ainsi, les effets sanitaires négatifs peuvent être dus à l'exposition dans le logement à divers agents qu'ils soient chimiques, microbiologiques ou physiques, mais aussi à des situations accidentogènes et aux facteurs de risques psychologiques. Ces expositions sont souvent de longue durée, puisque les Français passent en moyenne seize heures par jour dans leur logement [3].

Un logement inadéquat peut altérer la santé de multiples façons

Les pathologies allergiques et respiratoires

Les pathologies allergiques et respiratoires peuvent être liées à l'humidité dans le logement et à la présence de moisissures. En France métropolitaine, de 14 % à 20 % des

L'ESSENTIEL

▣ **Le logement est un déterminant majeur de santé publique. Il existe des liens scientifiquement avérés entre la santé des individus, la qualité de leur logement et l'endroit où ils habitent. Le logement peut altérer de multiples façons la santé physique en générant diverses pathologies ou en les aggravant. Les inégalités sociales d'accès à un logement de qualité abordable frappent de plein fouet les jeunes générations, les femmes et les minorités, qui subissent par ailleurs une discrimination forte dans l'accès au logement.**

logements présentent des moisissures visibles. L'exposition aux moisissures est liée à une prévalence accrue d'allergie, notamment de rhinite allergique, et au développement et à l'aggravation de l'asthme du jeune enfant, ainsi qu'une prévalence accrue de symptômes oto-rhino-laryngologiques (ORL) et respiratoires [4].

Les pathologies infectieuses

Les pathologies infectieuses, notamment respiratoires ou gastro-intestinales, sont favorisées par le surpeuplement et la promiscuité dans le logement et par une mauvaise ventilation. Ainsi, le lien entre les hospitalisations pour otites et le surpeuplement des foyers néo-zélandais a été démontré [5], tout comme le lien entre la contagion de la tuberculose et le degré d'occupation du logement [6]. D'autres facteurs accentuent ce risque infectieux tels que l'humidité et les moisissures, mais aussi la présence de nuisibles, potentiels vecteurs de maladies (rat et leptospirose...).



© Pierre Faure

Les pathologies cardio-vasculaires

Les pathologies cardio-vasculaires peuvent être induites par les températures extrêmes et par une mauvaise isolation du logement. Une exposition prolongée à des températures élevées peut entraîner une déshydratation ou un coup de chaleur, et donc provoquer de graves problèmes de santé [7]. Les mécanismes physiologiques déclenchés par le froid mobilisent les systèmes nerveux, endocrinien, cardio-vasculaire et respiratoire. Les pathologies favorisées par le froid sont les infections respiratoires, les pathologies cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires comme les accidents vasculaires cérébraux et les maladies endocriniennes (décompensation du diabète et dérèglement de la thyroïde).

Les cancers

Les cancers, notamment du poumon, peuvent être induits ou accentués par une cause environnementale, comme l'exposition au radon ou à l'amiante. Le radon dans les habitations provient presque exclusivement des émanations du sous-sol dans les régions granitiques (Bretagne, Massif central, Vosges, Corse...). On le retrouve dans les atmosphères

confinées et sa concentration dépend des caractéristiques du bâtiment (présence ou non d'un vide sanitaire, de fissures dans la dalle de sol, etc.) et de la ventilation. Il constituerait la seconde cause de décès par cancer du poumon après le tabac et devant l'amiante, avec un risque multiplié par vingt lorsqu'on l'associe à l'exposition au tabac. L'amiante, de par ses propriétés d'isolation thermique en particulier, est très répandue dans la composition de nombreux matériaux de construction (flocages, calorifugeages, faux-plafonds, certaines dalles, canalisations ou toitures, etc.). L'exposition se produit lors de travaux ou de l'entretien dans les bâtiments construits avant 1997, date de l'interdiction de son usage dans la construction. Cette exposition peut aussi provoquer des mésothéliomes¹ de la plèvre ou des asbestoses.

La santé mentale

La santé mentale peut être influencée par la dégradation du logement même si ce sujet reste peu exploré. Les effets de la mauvaise qualité du logement (qualité structurelle, désordres et propreté, dangers, air intérieur, intimité et sur-occupation) notamment sur

l'anxiété, la dépression, les troubles de l'humeur et influencent la qualité du sommeil [8, 18].

Les traumatismes

Parmi les accidents de la vie courante, la moitié a lieu dans le logement, dont une part non négligeable trouve son origine dans sa dégradation [19] : système électrique défectueux et risque d'électrocution et d'incendie, sol en mauvais état, rampe ou garde-corps absent ou détérioré et risques de chute, système de chauffage d'appoint et risques de brûlures. L'environnement matériel (objets, produits dangereux, logement ancien, habitat rural...), les facteurs psychosociaux, le mode de vie ou les antécédents de stress psychologique, la situation familiale et le niveau socio-économique sont reconnus comme facteurs de risque. L'exiguïté et la surpopulation du logement jouent un rôle non négligeable dans la survenue des accidents [9].

Les intoxications

Les intoxications par le monoxyde de carbone (CO). Première cause de mort toxique accidentelle, l'intoxication au monoxyde de carbone – gaz asphyxiant et indétectable sur

l'homme car invisible, inodore et non irritant – est responsable d'environ 1 300 épisodes d'intoxications par an, impliquant 3 000 personnes². C'est la mauvaise combustion du carbone au sein d'un appareil ou d'un moteur à combustion, quel que soit le type de combustible utilisé (bois, charbon, essence, pétrole...) qui crée ce gaz. Les intoxications au monoxyde de carbone sont souvent dues à un défaut des appareils à combustion, une ventilation insuffisante, un entretien insuffisant des conduits de fumée ou des cheminées, ou encore à une mauvaise utilisation de certains appareils, comme le fonctionnement de barbecue ou de braserio en intérieur pour cuisiner ou se chauffer dans un contexte de précarité énergétique.

L'exposition au monoxyde de carbone entraîne une intoxication par inhalation. Le gaz, une fois dans le corps, va se fixer sur les globules rouges et entrer en compétition avec l'oxygène, entraînant l'asphyxie.

L'intoxication peut être faible, dite chronique : elle entraîne des maux de tête, des nausées, une confusion mentale, de la fatigue. L'intoxication est lente et les symptômes de cette intoxication peuvent ne pas se manifester immédiatement. Ces symptômes ne sont pas spécifiques et rendent donc le diagnostic difficile. L'intoxication aiguë, quant à elle, entraîne des vertiges, une perte de connaissance voire un coma et le décès. Une intervention des secours en urgence est nécessaire.

Les intoxications au plomb. Le plomb est un métal toxique. Sa présence dans l'organisme est toujours la résultante d'une contamination par l'environnement. Un dosage sanguin appelé plombémie permet de mettre en évidence cette imprégnation. L'intoxication appelée saturnisme est définie par une plombémie supérieure ou égale à 50 microgrammes de plomb par litre de sang ($\mu\text{g/L-1}$). Les résultats du Programme national de biosurveillance Esteban [10] ont permis d'actualiser les niveaux d'imprégnation par le plomb de la population française : ces niveaux ont diminué ces dernières décennies grâce notamment à l'interdiction de l'essence au plomb. Cependant, l'ensemble de la population est imprégné

et les moyennes géométriques des plombémies sont de $9,9 \mu\text{g/L-1}$ chez les enfants et de $18,5 \mu\text{g/L-1}$ chez les adultes.

Le plomb peut être présent au sein des logements construits avant 1949, car des peintures contenant du plomb étaient couramment utilisées : murs, encadrements de fenêtres, garde-corps métalliques, etc. Lorsque ces revêtements sont dégradés, comme cela peut-être le cas sur des peintures anciennes et/ou en présence d'humidité, des écailles et des poussières sont libérées dans le logement et peuvent être ainsi ingérées ou inhalées par les occupants. Le plomb se distribue ensuite dans le corps et surtout dans le squelette (plus de 90 %) où il s'accumule progressivement et reste stocké plusieurs années. Il peut également être constitutif de vieilles canalisations en plomb, essentiellement dans les réseaux intérieurs des habitations, ou être présent dans des céramiques artisanales importées. Certaines activités professionnelles (ferrailage) ou de loisir (chasse, stand de tir) peuvent être sources de contamination, de même que les sols pollués par d'anciennes activités industrielles ou minières.

Les effets délétères du plomb sur la santé sont multiples et corrélés à l'importance de l'imprégnation dans l'organisme, mais il est prouvé aujourd'hui que le plomb est toxique même à de faibles concentrations. L'intoxication au plomb est bien souvent silencieuse : lorsque les signes cliniques se manifestent, ils sont peu spécifiques (troubles digestifs, troubles du comportement, troubles de l'attention et du sommeil, pâleur due à une anémie), d'où la difficulté pour déceler des intoxications par le plomb.

Chez le jeune enfant, plus exposé aux poussières et aux écailles du fait de son comportement (port d'objets à la bouche, jeux au sol), le plomb peut altérer ses performances cognitives, sa croissance, son comportement et son audition. Chez la femme enceinte, le plomb altère le développement fœtal et le déroulement de la grossesse. Chez les adultes, il augmente les risques de maladie rénale et cardio-vasculaire, il altère la qualité du sperme et diminue la fertilité masculine.

Lorsque qu'une plombémie dépasse chez l'enfant le seuil de $50 \mu\text{g L-1}$, cela entraîne une déclaration obligatoire du cas à l'agence régionale de santé afin de mettre en place des investigations permettant de trouver la source de contamination et d'intervenir (suppression ou recouvrement de la source, relogement) pour réduire l'exposition. Le dépistage par plombémie est essentiel puisqu'il est seul à permettre de mettre en évidence ces intoxications.

Certaines populations plus sensibles et plus exposées aux inégalités sociales

Les personnes atteintes d'invalidité souffrent souvent des limites d'accessibilité et d'usage de leur logement. Selon l'Observatoire des inégalités, parmi les 22,5 millions de personnes déclarant au moins une déficience, 1,2 million d'entre elles rencontrent d'importants problèmes d'accessibilité à leur logement, dont une majorité de personnes de plus de 60 ans. Plus généralement, dans le contexte du vieillissement de la population, la question du logement reste une préoccupation prépondérante pour s'adapter aux besoins de l'avancée en âge et s'ajuster à la perte d'autonomie.

À l'autre extrême des âges de la vie, les enfants constituent une population particulièrement sensible aux conditions dégradées de leur logement. Les caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'enfant en font un être particulièrement vulnérable. Sa petite taille, son immaturité physiologique, sa coordination psychomotrice en développement l'exposent à des risques particuliers. Le comportement « main-bouche » entre 8 mois et 2 ans est particulièrement critique pour les intoxications.

Les inégalités territoriales d'accès au logement sont également prégnantes : si certains quartiers sont identifiés comme les quartiers prioritaires de la ville en milieu urbain, les problématiques d'habitat indigne sont plus diffuses en milieu rural où le maillage d'acteurs et la proximité des services sont plus compliqués. Les effets de santé liés au mal-logement sont moins facilement repérés et plus difficilement pris en charge.

Les inégalités sociales d'accès à un logement de qualité qui soit abordable frappent de plein fouet les jeunes générations, les femmes et les minorités, qui subissent par ailleurs une discrimination forte dans l'accès au logement [11]. Les femmes subissent ainsi de façon plus prononcée que les hommes la précarité sociale (à compétences égales, les femmes ont un emploi moins rémunéré que leurs congénères masculins) et les discriminations sur le logement [12]. Les inégalités touchent également l'accès au logement des populations immigrées : cette population tenue à l'écart du logement ordinaire pendant la période des Trente Glorieuses ne bénéficie que de peu de dispositifs spécifiques d'accès au logement [13].

Enfin, les groupes marginalisés, tels que les gens du voyage ou encore les Roms, vivent souvent dans des habitations faites de matériaux non durables, ne disposant pas de système d'assainissement ni d'égout, ce qui a des effets négatifs directs sur la santé.

Pouvoir accéder à un logement décent est un droit fondamental et doit pouvoir bénéficier à toute personne, quel que soit son sexe, son origine, son état de santé, son appartenance sociale. Un rapport sur le logement stipule que les jeunes doivent désormais consacrer une part trois fois plus élevée de leur budget que leurs parents (16 % comparés à 5 %) pour disposer d'une pièce d'habitation par personne (contre le double 20 ans plus tôt). Ce qui signifie que les populations les plus fragilisées (jeunes, modestes, statuts précaires, locataires) paient le plus lourd tribut à la surchauffe du marché immobilier [14]. ■

1. **NDLR** : Tumeur maligne qui affecte les cellules de la membrane qui recouvre les organes. Pour en savoir plus : Programme national de surveillance du mésothéliome pleural (PNSM) : vingt années de surveillance (1998-2017) des cas de mésothéliome, de leurs expositions et des processus d'indemnisation, Santé publique France, juin 2019. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/mesotheliomes/documents/rapport-synthese/programme-national-de-surveillance-du-mesotheliome-pleural-pnsm-vingt-annees-de-surveillance-1998-2017-des-cas-de-mesotheliome-de-leurs-expo>

2. Chiffres nationaux issus du communiqué de presse du ministère des Solidarités et de la Santé de novembre 2020.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Santé 2020 : protection sociale, logement et santé*. Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe, septembre 2016 : 8 p. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/338492/housinghealth_F.pdf
- [2] Braubach M., Jacobs D., Ormandy D. (éds.) *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé, 2011 : 238 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf?ua=1
- [3] Zeghnoun A., Dor F. *Description du budget espace-temps et estimation de l'exposition de la population française dans son logement*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2010 : 37 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/monoxyde-de-carbone/documents/rapport-synthese/description-du-budget-espace-temps-et-estimation-de-l-exposition-de-la-population-francaise-dans-son-logement>
- [4] Caillaud D. Moisissures intérieures et santé respiratoire : résultats des études épidémiologiques longitudinales récentes. *Revue française d'allergologie*, 2018, vol. 58, n° 5 : p. 389-391. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/journal/revue-francaise-dallergologie/vol/58/issue/5>
- [5] Bowie C., Pearson A. L., Campbell M., Barnett R. Household crowding associated with childhood otitis media hospitalisations in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2014, vol. 38, n° 3 : p. 211-215. En ligne : <https://online.library.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1753-6405.12162>
- [6] Khan M. K., Islam M.N., Ferdous J., Alam M. M. An Overview on Epidemiology of Tuberculosis. *Mymensingh Medical Journal*, 28 janvier 2019, vol. 28, n° 1 : p. 259-266. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30755580/>
- [7] *Bulletin de santé publique canicule. Bilan été 2019*. Santé publique France, 9 octobre 2019, 9 p. En ligne : [Bulletin de santé publique canicule. Bilan été 2019. \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)
- [8] Rollings K. A., Wells N. M., Evans G. W., Bednarz A., Yang Y. Housing and neighborhood physical quality: children's mental health and motivation. *Journal of Environment and Psychology*, 2017, vol. 50 : p. 17-23. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027249441730004X?via%3Dihub>
- [9] O'Connor T., Davies L., Dunn J., Golding J. Distribution of accidents, injuries, and illness by family type. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Pediatrics*, novembre 2000, vol. 106, n° 5 : p. 68-74. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11061805/>

[10] Les résultats de l'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, Esteban. 2014-2015. Santé publique France. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>

[11] *Les Conditions de logement en France*. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), coll. Références, 21 février 2017. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586377>

[12] Bernard N., Femmes, précarité et mal-logement : un lien fatal à dénouer. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2007, vol. 25, n° 1970 : p. 5-36. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2007-25-page-5.htm>

[13] Pan Ké Shon J.-L., Scodellaro C. *Discrimination au logement et ségrégation ethno-raciale en France*. [Document de travail 171] Institut national d'études démographiques (Ined), 2011 : 41 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19561/document_travail171.pdf

[14] Bugeja-Bloch F. *Logement : la spirale des inégalités. Une nouvelle dimension de la fracture sociale et générationnelles*. Paris : éditions PUF, coll. Le lien social, 2013 : 288 p.

[15] Barnes J. H., Chatterton T. J., Longhurst J. W. S. Emissions vs exposure: Increasing injustice from road traffic-related air pollution in the United Kingdom. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 2019, vol. 73 : p. 56-66. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.trd.2019.05.012>

[16] Janin E., Margueritte L. La Covid-19 : les inégalités de logement en France révélées. [Cartographie] *Areion 24 News*, 4 novembre 2020. En ligne : [La Covid-19 : les inégalités de logement en France révélées – Areion24.news](https://www.areion24.news)

[17] Vandentorren S., Khirredine I., Estevez M., De Stefano C., Rezzoug D., Oppenheim N. et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid-19 en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire Covid-19*, 2021, n° 8 : p. 2-17. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_8/2021_Cov_8_1.html

[18] Peretti-Watel P., Alleaume C., Léger D., Beck F., Verger P. Anxiety, depression and sleep problems: a second wave of COVID-19. *General Psychiatry*, 2020 Sep 22;33(5):e100299. <https://gpsych.bmj.com/content/33/5/e100299>

Beck F., Léger D., Fressard L., Peretti-Watel P., Verger P. Covid-19 health crisis and lockdown associated with high level of sleep complaints and hypnotic uptake at the population level. *Journal of Sleep Research*, 2020 Jun 28:e13119. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.13119>

[19] Rigou A., Beltzer N., Réseau Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Surveillance des accidents de la vie courante pendant la période de confinement de la pandémie de Covid-19. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020, n° 20 : p. 402-409.



LA PANDÉMIE COVID-19 ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE LOGEMENT

Le mal-logement et l'absence d'accès à un logement décent et de qualité entraînent une forte vulnérabilité face à la Covid-19 sur différents plans : un risque accru d'être infecté, un risque plus important d'avoir des formes graves, un moindre recours aux soins et moins de possibilités de bénéficier des mesures collectives de protection.

La promiscuité et la sur-occupation du logement, qui concernent surtout les classes populaires, les personnes en précarité économique, les immigrés, les femmes et les familles monoparentales entraînent un risque accru d'infection et de maladies infectieuses. Le risque accru d'infection est lié à la densité et à la proximité des personnes dans l'habitat, à l'hébergement collectif pour les plus précaires, mais aussi à la difficulté de pouvoir appliquer les gestes barrières (accès eau, toilettes et douches individuelles). Certaines populations sont plus à risques de formes graves, d'admissions en réanimation ou de

décès de la Covid, notamment les personnes de plus de 65 ans et celles atteintes d'une maladie chronique ou fragilisant leur système immunitaire (antécédents cardio-vasculaires, diabète et obésité, pathologies chroniques respiratoires, cancers...). Or, les conditions vétustes du logement (moisissures, humidité, mauvaise ventilation) peuvent entraîner un certain nombre de pathologies respiratoires et cardio-vasculaires, dont la fréquence augmente à mesure que les revenus sont les plus faibles. La pollution atmosphérique par des particules fines, irritant les voies respiratoires, est un autre facteur de surmortalité en cas de Covid-19, et est plus souvent présente dans les quartiers plus pauvres [15].

Le mal-logement voire l'absence de domiciliation fixe compliquent souvent l'accès aux droits sociaux et sanitaires, et à une couverture médicale. Le recours aux soins et la prévention (vaccination) peuvent eux-mêmes être entravés par les conditions de vie dif-

ficiles et un accès limité aux services, dont certains ont cessé ou réduit leur activité durant cette période de pandémie.

De plus, le confinement a eu des conséquences particulièrement nuisibles pour les personnes vivant dans des conditions de logement difficiles. Le type (logement en habitat individuel ou dans des structures collectives), la localisation géographique (centre-ville, espace périurbain ou rural), le caractère juridique (propriétaires ou locataires), la taille (nombre de pièces), l'environnement visuel et sonore, la proximité ou non de services (réseau de transport, commerces de proximité, etc.) sont des éléments déterminants sur la façon dont la population a vécu le confinement [16]. La fracture sociale et les conditions de logement ont joué un rôle majeur dans la façon dont le confinement a été vécu, et a eu de lourdes conséquences, y compris chez les enfants, notamment sur la santé mentale [17].

Logements dégradés : un impact dévastateur sur la santé mentale

Anne-Claire Colleville,
référénte Santé environnement,
Direction santé plaidoyer,
Médecins du Monde, Paris,
Florence Kermarec,
épidémiologiste,
cellule régionale Pays-de-la-Loire,
Direction des régions,
Santé publique France.

Publiée en mai 2021 par Santé publique France, l'étude Qualisurv-Habitat auprès de ménages ayant des conditions de logement dégradées a pour objectif de décrire les interactions directes et indirectes entre les conditions de logement dégradées et l'état de santé perçu des personnes. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 32 ménages en Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur au domicile des personnes : propriétaires, locataires des parcs privé et social, habitants sans droits ni titres, ménages en milieu rural et urbain, couples avec et sans enfants, personnes seules.

Les résultats de cette étude réalisée en 2014 montrent que les habitants constatent des effets sur leur santé et sur leur qualité de vie. Du point de vue des habitants, la santé respiratoire et la santé psychique sont les deux sphères les plus affectées par les conditions de logement dégradées. L'humidité et la moisissure, la précarité énergétique et la sur-occupation sont les désordres les plus fréquents avec la vétusté électrique et l'instabilité des bâtis.

Ces conditions de logement contribuent à isoler des ménages qui cumulent déjà de nombreuses difficultés sociales. Quand il est dégradé, le logement ne remplit pas

ses fonctions sociales et individuelles. Il y a alors atteinte à la santé, absence d'ancrage, non-protection de l'intimité. Le logement devient vecteur de honte. Les actes du quotidien – se restaurer, dormir, prendre soin de son hygiène personnelle, ranger, grandir et se développer, se sentir en sécurité –, qui contribuent à la protection d'un bon état de santé, ne peuvent se dérouler de manière satisfaisante.

Les actions entreprises par les ménages pour remédier à leur situation étaient liées à la durée de leur présence dans le logement et à l'existence d'un entourage familial et amical structurant. Ces actions incluaient des travaux de réfection et d'entretien, des démarches auprès du propriétaire et auprès des administrations pour faire valoir le droit à un logement sain. Plus leur présence dans le logement était ancienne, plus la mobilisation des ménages était difficile.

Les enfants sont particulièrement vulnérables aux effets négatifs – du logement dégradé – sur leur épanouissement et leur réussite scolaire – voir article « Impact du logement sur la santé physique » dans ce même numéro.

Conséquences des conditions de logement dégradées sur la santé mentale

Peu d'études abordent les relations entre la santé mentale et les dégradations du logement. Néanmoins, les effets de la mauvaise qualité du logement (mauvaise qualité structurelle, désordre, saleté, dangers, air vicié, sur-occupation) sur l'anxiété, la dépression, l'agressivité ainsi que sur la baisse de la motivation ont été démontrés [1]. Une relation positive a été observée chez les enfants [2] et chez les adultes [3] entre l'augmentation du

L'ESSENTIEL

■ **Quand il est dégradé, le logement ne remplit pas ses fonctions sociales et individuelles. Il y a alors atteinte à la santé, absence d'ancrage, non-protection de l'intimité. Le logement devient vecteur de honte. Les actes du quotidien qui contribuent à la protection d'un bon état de santé – se restaurer, dormir, prendre soin de son hygiène personnelle, ranger, grandir et se développer, se sentir en sécurité – ne peuvent se dérouler de manière satisfaisante. Telles sont quelques-unes des conclusions de l'étude Qualisurv-Habitat.**

nombre de personnes par pièces et la présence de symptômes de détresse psychologique. De plus, la présence de moisissures a été associée à un mauvais score de santé mentale chez les adultes [4]. En France, une enquête réalisée par Médecins du Monde auprès de ménages vivant en habitat indigne dans le Val-de-Marne a révélé que si pour les enfants les symptômes physiques prédominaient, pour les adultes les répercussions sur la santé mentale prévalaient : plus de la moitié (57 %) déclaraient manifester des troubles de l'humeur (tristesse, colère, perte d'énergie) et plus du quart présentaient des symptômes de fatigue, dont une partie était possiblement attribuée aux troubles du sommeil (22 %) [5].

Résultats issus de Qualisurv-habitat

Les personnes interrogées ont très spontanément évoqué de nombreux effets de leurs conditions de logement sur leur santé psychique. Elles rapportent une baisse de moral importante, des préoccupations



© Pascal Ammar / Tendances France

nombreuses, de la tristesse, des angoisses et du stress, menant parfois à des pensées suicidaires. Le lien entre les conditions de logement et ces états psychiques dégradés est facilement évoqué au fil des témoignages recueillis : Mme C., qui a connu successivement un départ d'incendie électrique, une chute du plafond et une inondation, exprime le mal-être qu'elle ressent. Les difficultés dans son logement l'ont même amenée à avoir des pensées suicidaires. De même, Mme A. évoque le moment où elle s'est préparé un cocktail de médicaments, angoissée par des relations difficiles avec son propriétaire au sujet de travaux non réalisés et d'une dette de loyer. Mme R., qui a passé trois hivers sans chauffage, dont une année sans eau chaude, se souvient des propos qu'elle tenait alors à ses deux enfants quand elle voyait ses différentes démarches ne pas aboutir. Mme R. : « *Des fois, je disais aux enfants : "Le mieux, à la limite, ça serait que... qu'on me..." Je leur disais : "Je crois que je vais demander, je vais faire une demande d'internement volontaire. Vous, vous aurez à manger, vous... et puis moi, au moins, je serai tranquille. Et puis, comme je ne pourrai pas supporter l'idée de vous avoir abandonnés ou quoi, en ayant un bon traitement chimique, au moins, peut-être que je pourrai le supporter !" Je disais... "On va finir par en*

arriver là, il n'y aura pas d'autre possibilité, parce que ça sera ou ça ou on va se jeter tous les quatre d'un pont." » M. J., également, parle de tendances suicidaires face à l'accumulation des difficultés : le départ de sa femme, la perte de son emploi et son logement qui se dégrade inexorablement.

Les personnes expriment le sentiment de ne plus se sentir elles-mêmes, de changer. Mme P. évoque l'énerverment qui l'anime sans raison. Alors qu'elle parle des difficultés de son logement cumulées à la maladie de son mari, Mme P. mentionne la prise en charge psychiatrique qui lui a été conseillée, mais qu'elle n'a pas mise en œuvre à ce jour. Mme D. insiste sur l'absence de moments de répit et sur la fatigue que cela génère. Plusieurs personnes, et plus particulièrement celles vivant dans des logements sur-occupés, rapportent le fait qu'elles sont obsédées par des pensées récurrentes autour de leur logement et des conditions de vie offertes à leurs enfants. Le couple T. vit avec ses six enfants dans un deux-pièces dont le plafond menace de s'effondrer. Les parents dorment dans le séjour avec les plus jeunes, et les aînés, dans la chambre. Les maux de tête associés à ces pensées récurrentes conduisent à des consommations importantes de médicaments. M. D., qui vit dans un T1 très dégradé avec sa compagne et ses trois

enfants, dont une adulte, compare la consommation familiale d'analgésiques à celle d'un jus de fruits. M. F., réfugié politique vivant avec sa femme et ses quatre enfants dans une chambre de bonne sous les toits, évoque aussi sa consommation d'analgésiques en lien avec les problèmes de logement.

Conséquences des conditions de logement dégradées sur la santé sociale

La santé sociale est constituée des interrelations multiples entre l'individu et son environnement social, et des capacités de l'individu à les développer [6]. Ce sont ces capacités qui sont fragilisées lors des différents processus de précarisation. Les ménages interrogés évoquent le plus souvent le sentiment de honte associé à la vie dans un logement dégradé. Il conduit les personnes à un repli sur elles-mêmes. Elles indiquent ne plus inviter d'amis ou de membres de leur famille afin de ne pas exposer leurs conditions de vie, et refuser les invitations que ces connaissances pourraient leur faire afin de ne pas être redevables d'une invitation qu'elles ne peuvent rendre. Or les familles concernées sont fréquemment des familles monoparentales ; le fait de vivre dans un logement dégradé renforce donc un isolement social déjà important.

Le logement dégradé vecteur de honte

Le logement dégradé conduit à un processus de stigmatisation, d'invalidation, c'est un marqueur de dégradation sociale. En ce sens, ce processus peut être relié à la violence symbolique des rapports sociaux définis par Bourdieu et Passeron [7]. La honte ressentie est à la fois un processus social et un processus psychique. Tisseron propose une analyse de la honte en tant que phénomène psychique [8]. Selon l'auteur, l'individu honteux est dans l'angoisse de perdre trois choses : l'amour de ses proches, l'estime de lui-même et ses liens à la communauté de rattachement. L'angoisse est celle de la crainte de la rupture de ces trois formes de liens. Les personnes mal logées expriment cette triple angoisse qui se traduit par le refus d'inviter et de recevoir la famille et les amis, le refus de demander de l'aide à un tiers social ou médical et la perte de l'estime de soi. D'après de Gaulejac [9], les mécanismes de réaction à la honte sont de deux sortes : une honte réactive qui consiste à dénoncer la source même de la honte et une honte intériorisée, dans laquelle la personne est incapable de réagir et intériorise le regard humiliant d'autrui. C'est alors que surgit la honte de soi. Les personnes mal logées en région Nord-Pas-de-Calais présentaient plus fréquemment cette forme de honte, paralysante.

En conclusion

Cette étude a confirmé l'intérêt d'une approche qualitative pour comprendre les effets des conditions de logement dégradées sur l'état de santé des habitants. L'interrogation détaillée des ménages à domicile permet de mettre l'accent sur les représentations des habitants de leur propre état de santé et de leurs conditions de logement en relation avec la dégradation objectivée de celles-ci. Quand le logement se dégrade, c'est l'équilibre qui se détériore et le logement ne peut alors plus remplir les fonctions sociales et individuelles décrites par de Lagausie et Sudres [10]. Chacune des sphères de la santé est concernée. Les difficultés de santé rapportées les plus saillantes sont les problèmes respiratoires liés

à l'humidité et aux moisissures ; les intoxications par le plomb ; les signes de souffrance psychique et de stress, et une atteinte à l'estime de soi ainsi qu'un retrait social liés au sentiment de honte. En outre, il est également constaté des effets non négligeables sur les modes de vie ayant des conséquences sur les chances de réussite à venir des enfants. Avoir un chez-soi est un élément structurant de la vie des individus. Le logement dégradé expose les habitants au lieu de les protéger. Il ne remplit aucune des fonctions qui peuvent lui être attribuées et qui protègent ainsi la santé physique et mentale.

Différentes manières d'intervenir sur l'état de santé des personnes ayant des conditions de logement dégradées ont été expérimentées. Ces actions visent soit l'environnement physique, soit les habitudes de vie des habitants *via* de l'information, du conseil et de l'éducation. Ces interventions se font à l'échelle du

logement ou bien à l'échelle plus large du bâtiment ou du quartier. Host et Grange ont analysé une série d'articles évaluant les bénéfices d'actions de ce type [11]. Elles concluent que des interventions sur l'amélioration du confort thermique et de l'efficacité énergétique améliorent la santé générale, la santé respiratoire et la santé mentale. ■

Pour en savoir plus

Colleville A.-C., Kermarec F. *Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 82 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/enquetes-etudes/etude-qualisurv-habitat-2013-2014-effets-des-conditions-de-logement-degradees-sur-la-sante-element-descriptifs>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rollings K. A., Wells N. M., Evans G. W., Bednarz A., Yang Y. Housing and neighborhood physical quality: children's mental health and motivation. *Journal of Environmental Psychology*, 2017, vol. 50 : p. 17-23. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027249441730004X?via%3Dihub>
- [2] Evans G. W., Saegert S., Harris R. Residential density and psychological health among children in low-income families. *Environment & Behavior*, 2001, vol. 33, n° 2 : p. 165-180. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00139160121972936>
- [3] Fuller T. D., Edwards J. N., Vorakitphokatorn S., Serm Sri S. Chronic stress and psychological well-being: evidence from Thailand on household crowding. *Social Science & Medicine*, 1996, vol. 42, n° 2 : p. 265-280. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953695000895>
- [4] Guite H. F., Clark C., Ackrill G. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, 2006, vol. 120, n° 12 : p. 1117-1126. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17097120/>

- [5] Médecins du Monde. *Rapport d'activité Mission Santé-Logement*. Saint-Denis : Médecins du Monde, 2012 : 62 p.
- [6] Labbé É., Moulin J.-J., Guéguen R., Sass C., Chatain C., Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *La Revue de l'Ires*, 2007, vol. 53, n° 1 : p. 3-49. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm>
- [7] Bourdieu P., Passeron J.-C. *La Reproduction*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1970 : 284 p.
- [8] Tisseron S. *La Honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod, 1992 : 196 p.
- [9] de Gaulejac V. *Les Sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer, 1996.
- [10] de Lagausie V., Sudres J.-L. Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soin clinique. *Annales médico-psychologiques*, 2018, vol. 176, n° 6 : p. 597-606.
- [11] Host S., Grange D. *Interventions sur le logement et impacts sanitaires*. Paris : observatoire régional de la santé Île-de-France, 2017 : 78 p. En ligne : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/interventions-sur-le-logement-et-impacts-sanitaires/>

L'impact du mal-logement sur la santé, vu depuis les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

Pour la Coordination nationale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass):

Dr Rémi Laporte,

pédiatre, permanences d'accès aux soins de santé (Pass) mère-enfant, Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM), coordination Pass en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca),

Barbara Bertini,

coordinatrice régionale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) franciliennes, département programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), Direction de la santé publique, agence régionale de santé (ARS) Île-de-France,

Muriel Schwartz,

cadre socio-éducatif, coordination régionale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM),

Dr Pierre Marie Tardieux,

praticien hospitalier responsable, centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, permanence d'accès aux soins de santé (Pass), coordination Pass – agence régionale de santé (ARS) Paca.

L'impact de l'habitat sur la santé est bien connu. L'habitat – le logement et son environnement – définit le milieu de vie d'un individu. Il constitue un déterminant de santé majeur qui connaît d'importantes inégalités sociales. Un habitat dégradé ou au contraire favorable à la santé aura un impact différent sur la santé physique, mentale et sociale de ses occupants¹ [1].

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières d'accueil inconditionnel. Elles assurent une prise en charge médicale et proposent un accompagnement social.

L'habitat comprend des déterminants physiques (éléments bâtis, de surface, luminosité, quartier...) ainsi que sociaux (membres du foyer, voisinage...). L'altération de l'habitat inclut le logement non adapté (sur-occupation, hébergement temporaire), le mal-logement (logement indigne, insalubre) et le non-logement (squat, occupation/auto-construction de bâtiments, sans-abrisme).

La patientèle des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les conditions de logement : un déterminant social ayant un impact majeur sur la santé

Dans les 430 PASS² de France, selon le rapport d'activité national Piramig 2019, sur une file active de 203 552 patients, 29 % déclarent être hébergés par un tiers ; 21 % disposent d'un habitat stable ; 20 % déclarent vivre à la rue ; 19 % disent être hébergés par un organisme ou une association de façon suivie ; 12 % disent être en hébergement d'urgence pour quelques nuits (y compris *via* le 115) ; 9 % déclarent vivre en bidonville, squat ou caravane ; enfin, 19 % déclarent avoir une autre solution (p. ex. hôtel payé par la personne).

79 % des personnes reçues ont une origine géographique autre que française. Après des périodes migratoires longs et complexes, ces personnes sont souvent amenées à connaître des périodes de sans-abrisme, compte tenu d'un déficit en places d'accueil, en asile et/ou dans les structures d'hébergement d'urgence³.

L'ESSENTIEL

Les professionnels des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constatent que pour leur patientèle, la question du logement est très souvent évoquée lors des entretiens avec les personnels sociaux et reste un frein majeur pour l'accès aux soins et leur continuité. Ils dressent le constat quotidien que le logement non adapté, le mal-logement, l'absence de logement ont un impact majeur sur la santé – y compris mentale. Les équipes des Pass sont souvent démunies face aux demandes de changement ou d'accès à un logement, pour lesquelles les réponses sont limitées. Au quotidien, elles tentent d'adapter la prise en charge sanitaire aux différentes conditions de vie. Depuis mars 2020 et la survenue de la pandémie de Covid-19, les personnes confinées dans un habitat surpeuplé, indigne, vétuste, dangereux ou inexistant ont vu leurs conditions de vie se dégrader fortement. *A contrario*, face à cette situation inédite se sont développées des pratiques innovantes et pertinentes. Pendant cette même période de pandémie, les personnes qui ont été hébergées et accompagnées ont pu mieux aborder une prise en charge globale de leur santé somatique et psychique ainsi qu'un avenir social de (ré)insertion.

Pour cette patientèle, la question du logement occupe très souvent les entretiens sociaux et reste un frein majeur pour l'accès aux soins et leur continuité. Les équipes des Pass sont souvent démunies face aux demandes de changement ou d'accès à un logement, pour lesquelles les réponses

sont limitées. Au quotidien, elles tentent d'adapter la prise en charge sanitaire aux différentes conditions de vie (p. ex. la délivrance des médicaments est étudiée et adaptée en fonction de l'accès à l'eau, à un réfrigérateur...).

L'état de santé des mineurs non accompagnés est aussi particulièrement altéré. Un psycho-traumatisme était suspecté chez 27 % d'entre eux [2]. L'isolement social et les mauvaises conditions d'hébergement exposent à une symptomatologie du psycho-traumatisme plus sévère et à plus de résurgences chez eux [3].

D'une façon générale, le public accueilli en Pass, même quand il est hébergé ou dispose d'un logement chez un tiers ou personnel, est confronté au manque de confort dans des habitats de fortune, au manque d'espace, à l'enclavement géographique et souvent à l'insalubrité. La présence de nuisibles (cafards, rats, punaises...) a aussi des conséquences sur la santé mentale [4].

Certaines personnes suivies en Pass font également état de craintes de se « retrouver à la rue » : suite à l'intervention de la force publique (en cas de dette locative ou d'évacuation pour péril imminent...) ou encore par le tiers qui les héberge de façon temporaire.

Tout habitat dégradé est aussi associé à une accidentologie importante [5]. Ce risque, en particulier en présence d'enfants, est une source d'inquiétude exposant à une anxiété chronique, un épuisement, des troubles de l'humeur ou du sommeil.

Les moisissures sont notoirement associées à la précarité énergétique (ponts thermiques, humidité de l'air intérieur...). Elles sont à l'origine de douleurs musculo-squelettiques, anxiété, dépression, troubles cognitifs. Ces pathologies surviennent par l'exposition (respiratoire, digestive, cutanée) à des mycotoxines⁴ [6].

Des intoxications prolongées à de faibles concentrations de monoxyde de carbone surviennent aussi dans les atmosphères confinées, souvent en cas de précarité énergétique. Elles entraînent des atteintes cardio-vasculaires et neuropsychologiques (incluant troubles



© Sébastien Godfrey

de la mémoire, de l'attention, de concentration, et moteurs de type Parkinsonien [7 ; 8]).

Le plomb a des effets multiples sur la santé, dès le plus jeune âge. Même à des faibles niveaux d'exposition, il altère le développement du cerveau chez l'enfant, avec une baisse du quotient intellectuel (QI), des changements comportementaux (troubles de concentration, de mémoire...) et une baisse des résultats scolaires. Ces effets neuro-comportementaux ne sont qu'en partie réversibles [9].

L'éclairage est un aspect essentiel de la qualité du logement. Il permet le développement de la vision et la sécurité. Il joue également un rôle vital dans la régulation de fonctions physiologiques. Le défaut d'ensoleillement est associé à plus de risques de dépression⁵ [10].

Le syndrome de Diogène entraîne une dégradation de l'habitat. L'amassement pathologique d'objets encombre et aggrave l'exiguïté, l'empoussièrisme, le risque de nuisibles... Ses mécanismes psychopathologiques

restent discutés et sa prise en charge est complexe (suite au déni du trouble ou dans son association à d'autres signes psychiques) et multidimensionnelle (médico-socio-psychologique et environnementale) [11]. Pour autant, face aux 800 000 logements indignes en France [12], ce syndrome du sujet plutôt âgé n'intéresse que 30 000 patients [13]. L'habitat indigne ne doit donc pas être réduit à ce syndrome spécifique.

La sur-occupation de l'habitat est associée à plus de dépressions, en particulier dans les populations les plus défavorisées [14]. Un effet de la promiscuité est probablement l'accroissement des violences domestiques, physiques ou psychiques. Cette inquiétude s'est particulièrement illustrée pour les enfants pendant la crise de la Covid [15].

Impact du logement durant la crise sanitaire de la Covid

Ces dix-huit derniers mois, entre plusieurs vagues épidémiques et autant de confinements, ont été une

période particulièrement difficile à vivre pour les personnes mal logées et pour les personnes sans domicile. En effet, cette période a entraîné, en plus d'un isolement accru, l'impossibilité de satisfaire certains besoins de base.

Les personnes vivant en résidence sociale, en foyer ou en centre d'hébergement, celles qui ont été confinées dans leur habitat indigne, vétuste et dangereux, parfois surpeuplé, ont vu leurs conditions de vie se dégrader fortement. Les personnes contraintes de partager à plusieurs des chambres communes, dans des structures où les équipements sont collectifs, ont vécu cette période dans des conditions de vie inadaptées aux recommandations sanitaires.

D'après les données de l'enquête EpiCov⁶, 9,2 % des personnes vivant dans un logement surpeuplé avaient été touchées par le virus en mai 2020, contre 4,5 % de la population générale. Au-delà des situations d'exclusion les plus dramatiques, le confinement a souligné et exacerbé les inégalités face au logement. Dans l'impossibilité de stocker des grandes quantités de denrées alimentaires ou de télétravailler, les populations les plus modestes ont dû continuer à sortir et prendre les transports en commun pour assouvir les besoins de base.

Ce sont aussi des quartiers entiers, parmi les plus dépréciés, qui ont vécu le plus difficilement l'épreuve du confinement du fait de la fermeture des équipements publics.

Le confinement a eu des conséquences particulièrement problématiques pour les personnes en situation administrative complexe, qui devaient faire face, d'une part, aux contrôles de police et, d'autre part, à la fermeture des services de préfecture et de demande d'asile.

Malgré les efforts remarquables des travailleurs sociaux, la communication numérique s'est révélée inadaptée notamment pour les personnes allophones ou privées de matériel informatique. Certaines personnes se sont retrouvées en rupture de suivi sanitaire. Pour d'autres encore, le confinement a fait resurgir des réminiscences traumatiques liées aux parcours migratoires, il a exposé à des violences ou encore à une aggravation des comportements addictifs.

Quelques leçons des actions pour l'habitat lors de la crise sanitaire de la Covid

Face à cette situation inédite se sont développées des pratiques innovantes et pertinentes (p. ex. la prolongation de certains droits notamment de couverture maladie ; des ordonnances renouvelables de façon automatique ; la distribution d'aides d'urgence sous la forme de chèques-services ; les collectes et distributions de colis alimentaires, de kits d'hygiène, de matériel scolaire, de masques grand public...).

Des centres de desserrement (centres *ad hoc* pour permettre l'isolement et un suivi paramédical des personnes précaires n'ayant pas la possibilité de s'isoler dans leurs lieux de vie) ont été créés. Des équipes mobiles santé précarité Covid ont mené des actions d'« aller-vers » pour dépister, puis vacciner.

Après le premier confinement, la continuité de l'hébergement a globalement été respectée. La prolongation de la trêve hivernale, puis une instruction ministérielle ont permis de réduire temporairement le nombre d'expulsions (3 500 expulsions avec le concours de la force publique en 2020, contre 16 700 en 2019).

Toutes les actions ont mis en exergue l'importance et la nécessité des démarches d'« aller-vers » d'équipes sanitaires, de la médiation en santé et de l'interprétariat professionnel et du soutien social sur les lieux de vie des populations démunies et en difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun [16]. Autant d'actions qui ont vocation à être pérennisées dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé (NDLR : laquelle prévoit de développer et de renforcer plusieurs dispositifs de prise en charge des publics précaires, intégrant notamment des démarches d'« aller-vers »).

Conclusion

Le programme expérimental *Housing First*, initié à New York dans les années 1990, avait démontré de façon probante qu'un « logement d'abord », est fondamental et préalable à toute démarche de stabilisation, de soins et d'insertion. Il était également mis en

évidence que toute action d'amélioration de l'habitat entraînait aussi des économies sur les dépenses de santé ou d'éducation. Ce programme « Un chez-soi d'abord » est déployé en France, voir article « *Loger les jeunes qui sont dans la rue et les aider à développer leurs compétences psychosociales* » dans ce même numéro.

Le premier confinement a conforté cette expérimentation en situation réelle. Les Pass ont pu observer que les personnes qui ont été hébergées et accompagnées ont pu mieux aborder une prise en charge globale de leur santé somatique et psychique ainsi qu'un avenir social de (ré)insertion. ■

1. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a produit l'outil Domiscore, permettant à la fois de caractériser un habitat selon différents facteurs connus pour avoir un impact sur la santé de ses occupants, et d'obtenir un score global renseignant sur l'impact général de l'habitat sur la santé.

2. Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières d'accueil inconditionnel auxquelles peut s'adresser toute personne démunie, en difficulté d'accès au système de soins de santé. Elles assurent une prise en charge médicale et une délivrance de soins, qui peuvent être à titre gratuit si nécessaire. Parallèlement, les Pass proposent un accompagnement social, notamment pour une aide à l'ouverture des droits à la couverture maladie, et organisent une orientation vers des dispositifs plus classiques dès que cela est possible. Elles concourent dans ce sens à développer et à animer le réseau local d'intervenants sur les questions d'accès aux soins et de parcours de santé des personnes vulnérables. Leur localisation se trouve le plus souvent à l'intérieur des établissements de santé afin de faciliter l'accès au plateau technique, aux soins spécialisés et à la pharmacie. Leur vocation est le soin ambulatoire.

3. Extrait du Rapport de l'observatoire du Samusocial de Paris (SSP), 1^{er} trim. 2021, centre d'hébergement d'urgence pour migrants (Chum) d'Ivry femmes/familles.

- 31 % des personnes ont un parcours migratoire de moins d'un an ;
- 31 %, de plus de trois ans ;
- 64 % des personnes déclarent avoir traversé trois pays ou plus durant leur parcours ;
- 15 jours est la durée médiane entre l'arrivée en France et l'entrée dans le Chum (le lieu de vie avant l'entrée dans le centre est la rue), divisé de moitié par rapport au dernier trimestre.

Comité d'action et d'entraide sociale (CAES) : hommes seuls uniquement :

- 41 % des personnes ont un parcours migratoire de plus de trois ans ;
- 105 jours est la durée médiane entre l'arrivée en France et l'entrée dans le centre (le lieu de vie avant l'entrée dans le centre est la rue).

4. *Trichoderma*, *Fusarium* et *Stachybotrys*.

5. Les données manquent pour préciser ces observations.

6. <https://www.epicov.fr/publications/>



© Yohanne Lamoulière / Tendence Fleurs

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Le Domiscore, caractérisation d'un habitat selon son impact sur la santé*. 2020. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=981>
- [2] Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs-Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020, vol. 27 : p. 531-537. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html
- [3] Höhne E., Van Der Meer A. S., Kamp-Becker I., Christiansen H. A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9 novembre 2020. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33169230/>
- [4] Sanders K. M., Akiyama T. The vicious cycle of itch and anxiety. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, avril 2018, vol. 87 : p. 17-26. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845794/pdf/nihms939480.pdf>
- [5] Ryu E., Juhn Y. J., Wheeler P. H., Hathcock M. A., Wi C. I., Olson J. E. *et al.* Individual housing-based socioeconomic status predicts risk of accidental falls among adults. *Annals of epidemiology*, 2017, vol. 27, n° 7 : p. 415-420. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28648550/>
- [6] Ratnaseelan A. M., Tsilioni I., Theoharides T. C. Effects of Mycotoxins on Neuropsychiatric Symptoms and Immune Processes. *Clinical Therapeutics*, 2018, vol. 40 : p. 903-917. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880330/>
- [7] Téllez J., Rodríguez A., Fajardo A. Contaminación por monóxido de carbono: un problema de salud ambiental [Carbon monoxide contamination: an environmental health problem]. *Revista de salud pública (Bogotá)*, avril 2006, vol. 8 : p. 108-117. En ligne : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0124-00642006000100010
- [8] Raub J. A., Mathieu-Nolf M., Hampson N. B., Thom S. R. Carbon monoxide poisoning – A public health perspective. *Toxicology*, 2000, vol. 145 : p. 1-14. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10771127/>
- [9] *Mise à jour du guide pratique de dépistage et de prise en charge des expositions au plomb chez l'enfant mineur et la femme enceinte*. Haut Conseil de la santé publique, 2017. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=643>
- [10] Osibona O., Solomon B. D., Fecht D. Lighting in the home and health: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, n° 2 : p. 609. En ligne : <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/609/html>
- [11] Assal F. Diogenes Syndrome. *Frontiers of Neurology & Neuroscience*, 2018, vol. 41 : p. 90-97. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145187/>
- [12] Vuilletet G., Daou S., Nowicki A., Le Nabasque L. *Simplifier les polices de l'habitat indigne. Promouvoir l'habitabilité durable pour tous*. [Rapport remis au Premier ministre et au ministre chargé de la Ville et du Logement], octobre 2019 : 125 p. En ligne : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/10/rapport_lhi.pdf
- [13] Goly S. *1 personne sur 2000 atteinte du syndrome de Diogène*. Société de gériatrie et gérontologie en Île-de-France (SGGIF), 8 novembre 2016. En ligne : <http://sggif.fr/1-personne-sur-2000-atteinte-du-syndrome-de-diogene/>
- [14] Pengcheng L., Longfei Z., Shujuan C., Xiaojie W. Association between household overcrowding and depressive mood among Chinese residents. *Journal of Affective Disorders*, juillet 2021, vol. 290 : p. 74-80. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33993083/>
- [15] Boo W. H. Exposure to domestic violence during the Covid-19 pandemic: A potent threat to the mental well-being of children. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 2021, vol. 28 : p. 158-159. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8260075/>
- [16] *Populations précaires et Covid-19*. Santé mentale.fr, 30 avril 2021. En ligne : <https://www.santementale.fr/2021/04/populations-precaires-et-covid-19-sante-publique-france-partage-des-connaissances/>

« La précarité énergétique affecte la santé physique et mentale »

Entretien avec

Dr Bernard Ledéser, médecin de santé publique,

centre régional d'études, d'actions et d'informations – observatoire régional de la santé (Créai-ORS) Occitanie.

La Santé en action : **Qu'est-ce que la précarité énergétique ?**

Bernard Ledéser : C'est un concept assez récent, datant d'une vingtaine d'années. Les Britanniques se sont penchés les premiers sur la question. Selon la loi du 12 juillet 2010 portant sur l'environnement, « est en situation de précarité énergétique une personne qui éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou conditions d'habitat ». Cette définition n'épuise pas le sujet. L'Observatoire national de la précarité énergétique (Onpe) propose, dans son rapport de 2020 [1], deux approches complémentaires de la précarité énergétique : d'une part, les ménages français qui consacrent plus de 8 % de leurs revenus aux dépenses d'énergie, ce qui représente près de 12 % des foyers en France, soit 3,5 millions de personnes ; et, d'autre part, les ménages qui déclarent souffrir du froid chez eux, qui sont estimés à 14 % des foyers en France. Parmi ces derniers, pour 41 % d'entre eux, la cause en est une mauvaise isolation du logement ou un chauffage qui dysfonctionne. Une approche plus large s'est développée au cours des années 2010, qui prend en compte l'impact de la canicule ou des fortes chaleurs l'été sur des foyers qui ne parviennent pas à maintenir une température

L'ESSENTIEL

■
▣ **La surmortalité hivernale est fortement liée aux caractéristiques du logement. Parmi ces facteurs délétères : la précarité énergétique – logement inadapté face à la chaleur et au froid notamment – concernerait plus de 10 % des ménages français selon plusieurs études. L'une d'elles conclut que réhabiliter les logements des plus pauvres est rentable à court terme, car cela génère des économies en dépenses de santé supérieures aux coûts de rénovation.**

clémente chez eux à cause d'un bâti inadapté. C'est pourquoi nous allons mener à Grenoble, avec nos collègues de l'observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes, une étude pour voir si les ménages dont le logement a été réhabilité avec une forte composante de rénovation énergétique voient leur consommation de soins diminuer. C'est une ville où il fait très froid l'hiver et très chaud l'été.

S. A. : L'étude de 2013 sur les conséquences sanitaires de la précarité énergétique montrait-elle un rapport de cause à effet sur la santé des foyers ?

B. L. : Une synthèse des travaux dans le domaine, réalisée par l'équipe du Pr Marmot et Les Amis de la Terre en Grande-Bretagne [2] en 2011, montrait déjà que la « surmortalité hivernale est fortement liée aux caractéristiques du logement », de même qu'un ensemble de pathologies (asthme, problèmes respiratoires, etc.). En France, cette surmortalité varie selon les hivers : au cours des hivers doux, on observe

environ 8 % de décès supplémentaires par rapport au reste de l'année ; quand l'hiver est plus rude, cela peut aller jusqu'à un excès de mortalité de 20 %, ce qui représente alors près de 30 000 décès supplémentaires par rapport au reste de l'année. Initiée par la Fondation Abbé-Pierre, notre étude de 2013 sur les liens entre précarité énergétique et santé [3] a collecté des données auprès de ménages défavorisés domiciliés dans l'Hérault, puis dans le Douaisis, dont un groupe était identifié en situation de précarité énergétique. Celui-ci a une perception de sa santé moins bonne et fait état de pathologies hivernales plus nombreuses. Les adultes exposés à la précarité énergétique mentionnent aussi plus fréquemment que le reste des Français quatre maladies chroniques : la bronchite chronique (22 % contre 10 %), l'arthrose (32 % contre 28 %), l'anxiété et la dépression (41 % contre 29 %), et les maux de tête ou les migraines (48 % contre 32 %). C'est le principal constat : tant la santé physique – avec des maladies respiratoires et des pathologies ostéo-articulaires – que la santé mentale sont affectées. « Ça fait du bien au moral ! » : c'est un des premiers commentaires d'une personne qui avait bénéficié d'une réhabilitation de son logement ; car il est difficile de vivre au quotidien dans une habitation mal chauffée, de se reposer le soir après le travail, de faire ses devoirs, de recevoir des proches, etc. Tout cela génère de la fatigue et de l'angoisse. Ainsi, la précarité énergétique provoque des effets sur la santé, et notamment sur la santé psychique, bien plus graves que les seuls rhumes, contrairement à ce que l'on pense. En d'autres termes, la précarité énergétique affecte la santé physique et mentale.

S. A. : Quelles données a apportées l'étude sur l'évolution des besoins en soins de santé des habitants de logement réhabilités ?

B. L. : L'étude de 2016 [4] a permis de mesurer les effets de l'amélioration de l'efficacité énergétique d'un logement sur la consommation médicale de quelque 200 foyers habitant le Gard, la Lozère et l'Hérault. Un quart des adultes jugent que leur santé s'est améliorée après les travaux de rénovation et font le lien avec les travaux effectués. Autant de personnes interrogées signalent une baisse des visites chez leur médecin et, parmi eux, un tiers pensent que cette diminution est liée à la rénovation. Enfin, les informations qui ont pu être collectées auprès des caisses d'assurance maladie partenaires de l'étude ont montré que les dépenses en médicaments psychotropes ont diminué de plus de moitié dans ce groupe ; en population générale, la baisse était de moins d'un tiers sur la même période. Nous allons approfondir ces connaissances grâce à l'étude qui est en cours à Grenoble.

S. A. : La pandémie de Covid-19 a-t-elle aggravé les effets délétères de la précarité énergétique sur la santé ?

B. L. : Aucun élément probant ne permet aujourd'hui d'analyser scientifiquement cet aspect. Cependant, la connaissance que nous avons de la précarité énergétique autorise certaines hypothèses. Les Français n'ont pas vécu la même expérience des confinements et des couvre-feux. Les familles habitant dans des logements surpeuplés, mal isolés, avec une seule pièce où n'est maintenu qu'un peu de chauffage ont traversé des mois difficiles, dont on mesure mal encore les conséquences sanitaires. Déjà, les psychiatres signalent une augmentation des troubles de la santé mentale, tant chez les adultes que chez les enfants.

S. A. : Quelles politiques publiques permettraient selon vous de résorber ce phénomène de précarité énergétique ?

B. L. : Il est clair que l'accent doit être mis sur les travaux de rénovation de l'habitat, notamment afin de faire baisser drastiquement le nombre de

ce que l'on appelle les passoires énergétiques. Des objectifs ont été fixés par le gouvernement. Et le plan de relance initié pour contrer les effets économiques de la crise sanitaire consacre une part des investissements à ce secteur. Cependant, des difficultés demeurent, car la précarité énergétique touche sensiblement le parc privé, que les personnes qui y habitent soient propriétaires ou locataires. Par exemple, à Montpellier, 9 % des propriétaires occupants vivent en dessous du seuil de pauvreté. Pour ces derniers, même si les réhabilitations sont largement subventionnées, le reste-à-charge est souvent trop lourd financièrement pour engager les travaux. Jusqu'à présent, les bailleurs n'avaient aucune contrainte en matière de location. Ceci va changer avec les mesures de la loi Climat et Énergie qui vient d'être adoptée : à partir de 2028, ceux-ci ne pourront plus louer de « passoires énergétiques », et le loyer des logements dont le niveau de performance énergétique est égal à F ou à G ne pourra être augmenté lors du renouvellement du bail. Cela devrait inciter les bailleurs à réaliser des travaux avant de mettre leur bien sur le marché de la location.

S. A. : L'enjeu est-il donc à la fois économique et sanitaire ?

B. L. : Absolument. Il est important de convaincre tous les acteurs concernés que l'investissement dans la rénovation énergétique de l'habitat est rentable, car non seulement celle-ci contribue à l'activité économique et à la création d'emplois, mais elle participe à diminuer les coûts de soins. L'évaluation portant sur *les coûts et les bénéfices pour la santé de la rénovation énergétique en France*, conduite entre autres par Véronique Ezratty [5], médecin au service des études médicales d'EDF, montre que l'investissement dans un tel programme permettrait de générer des économies pour le système de santé d'autant plus importantes que les revenus des foyers sont faibles. Ainsi, la réhabilitation de quelque 600 000 logements inadaptés, habités par des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté, est estimée à 6,5 milliards d'euros ; or elle engendrerait une baisse des coûts de santé de près de 500 millions d'euros par an. C'est donc un investissement qui serait rentabilisé en à peine plus d'une décennie. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Observatoire national de la précarité énergétique (Onpe). *Tableau de bord de la précarité énergétique – Édition 2020 (2^e semestre)*. Paris : Onpe, 14 janvier 2021 : 46 p. En ligne : https://www.onpe.org/sites/default/files/onpe_tableau-de-bord-de-la-precarite-energetique_2020_s2.pdf
- [2] Marmot M. *The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty*. London : The Marmot Review Team and Friends of the Earth, mai 2011 : 43 p. En ligne : <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/the-health-impacts-of-cold-homes-and-fuel-poverty/the-health-impacts-of-cold-homes-and-fuel-poverty.pdf>
- [3] Ledéser B. *Liens entre précarité énergétique et santé : analyse conjointe des enquêtes réalisées dans l'Hérault et le Douaisis*. Montpellier : Creai-ORS Languedoc-Roussillon, novembre 2013 : 59 p. En ligne : [\[uploads/2021/09/2013-Rapport-precarite-energetique-sante-conjoint.pdf\]\(https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/09/2013-Rapport-precarite-energetique-sante-conjoint.pdf\)](https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/</p>
</div>
<div data-bbox=)

[4] Ledéser B., Gazaix L., Buresi S. *Évolution de la consommation de soins à la suite de travaux de réhabilitation de logements*. Montpellier : Creai-ORS Languedoc-Roussillon – association Gefosat, juillet 2016 : 59 p. En ligne : <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2017/09/2016-Rapport-Conso-soins-Rehabilitation-logement-VF.pdf>

[5] Ezratty V., Ormandy D., Laurent M. H., Boutière F., Duburcq A., Courouze L. *et al.* Évaluation des coûts et des bénéfices pour la santé de la rénovation énergétique en France. *Environnement, Risques & Santé*, 2018, vol. 17, n° 4 : p. 401-410. En ligne : https://www.jle.com/fr/revues/ers/e-docs/evaluation_des_couts_et_des_benefices_pour_la_sante_de_la_renovation_energetique_en_france_312500/article.phtml?tab=texte

La localisation de l'offre publique d'accueil et d'habitat des gens du voyage

Gaëlla Loiseau,
anthropologue,
Loris Granal,
urbaniste,
auteurs d'une étude
sur la localisation de l'offre
publique d'accueil et d'habitat
des gens du voyage, réalisée
pour la Fédération nationale
des actions solidaires avec
les Tsiganes et les gens
du voyage (Fnasat), à paraître.

Si le mode de vie des gens du voyage est pris en compte dans le cadre de la loi Besson du 5 juillet 2000¹, la caravane – qui constitue l'habitat permanent d'une grande partie des gens du voyage² [1] – n'est pas reconnue comme un logement. Ce statut particulier engendre des logiques de suspension du cadre réglementaire ordinairement appliqué au logement, et des processus discriminatoires que nous avons pu mettre à jour dans le cadre de l'enquête menée entre juin 2020 et mai 2021 visant à recenser l'offre publique d'accueil et d'habitat des gens du voyage (à savoir les aires permanentes d'accueil, les terrains familiaux locatifs et l'habitat adapté qui tend à se développer³). Une double approche cartographique et sociologique, combinée avec un questionnaire en ligne⁴, nous a permis de collecter des données qualitatives sur quatre départements (la Gironde, l'Hérault, le Nord et la Seine-Maritime), tout en réalisant un travail statistique sur la typologie environnementale des équipements existant à l'échelle nationale.

Le mode de vie en habitat mobile est sous-tendu par deux logiques contradictoires de dépendance et d'autonomie. La caravane est en effet un habitat incomplet du fait qu'elle requiert d'être raccordée aux réseaux d'eau, d'électricité et d'assainissement

pour opérer sa fonction de logement. Elle est, par ailleurs, un habitat qui s'use et perd de sa valeur et de sa fonction de protection au fil du temps. C'est pourquoi les gens du voyage changent leur caravane régulièrement (en moyenne tous les cinq ans) pour maintenir un niveau de confort et de sécurité satisfaisant et contrecarrer cette fragilité qui la caractérise. En contrepoint de cette carence, sa légèreté est très avantageuse dans l'organisation de la vie familiale et économique itinérante. Ainsi, recourir à cet habitat c'est expérimenter au quotidien un sentiment de liberté par la possibilité toujours ouverte de rester ou de partir. C'est cette deuxième fonction (autonomie, liberté, indépendance) qui est la plus opérante dans le traitement public et politique de ce mode de vie. En effet, le cadre réglementaire protège les collectivités du stationnement illégal, sans réellement se préoccuper du sort des voyageurs lorsqu'ils stationnent en dehors des équipements publics d'accueil et d'habitat des gens du voyage. Bien souvent, les logiques d'accueil et de rejet s'entremêlent dès l'énonciation du projet de réaliser un équipement. En effet, les aires d'accueil remplissent une fonction d'hospitalité qu'on ne peut nier, mais qui dans le même temps valide l'ouverture d'un droit au bannissement des gens du voyage sur le reste du territoire. Lors des négociations pour leur localisation, la dépréciation des gens du voyage se répercute de manière systématique dans les arbitrages fonciers. C'est pourquoi nous avons utilisé le concept de « création

L'ESSENTIEL

■ **Une enquête réalisée dans quatre départements français met en lumière les conditions défavorables d'accueil des gens du voyage sur les sites qui leur sont dédiés. L'environnement y est majoritairement dégradé.**

destructive » pour décrire les processus de relégation et les conflictualités engendrées par des externalités négatives (poussières, odeurs, bruits, etc.) qui tendent à être absorbés par les familles qui y vivent et les gestionnaires qui y travaillent.

Le travail statistique sur l'ensemble de la France métropolitaine met en lumière le fort degré d'isolement de l'offre publique. En effet, sur près de 1 500 équipements recensés, 70 % sont isolés du tissu urbain et, par conséquent, de la plupart des services. Cet éloignement géographique et social va de pair avec un éloignement institutionnel puisque seulement 58 % des équipements se trouvent à moins de 500 m de limites communales. Cette exclusion spatiale peut se traduire par de multiples difficultés comme l'accès à l'école (seule la moitié des équipements ont un arrêt de bus à proximité). Elle se reflète également par l'importante propension à rapprocher les équipements d'espaces potentiellement vecteurs de nuisances – au rang desquelles la pollution atmosphérique est prédominante [2]. Ainsi, si 73 % sont à proximité d'espaces agricoles pouvant engendrer la pulvérisation de pesticides, 32 % sont intégrés dans une zone industrielle ou commerciale où la circulation automobile est intense et constante et expose

les résidents aux particules fines. La proximité des infrastructures de transport à moins de 250 m est caractérisée par des voies ferrées exploitées pour 20 % des équipements, et par des autoroutes pour 14 % d'entre eux. L'exposition aux poussières est manifeste dans au moins 6 % des équipements situés à moins de 500 m d'usines à béton. Le plus souvent, ces nuisances sont combinées, ce qui engendre un cocktail de nuisances déclinées aussi bien au niveau sonore, qu'olfactif ou encore électromagnétique.

Ainsi, si 9 % des équipements sont situés à moins de 500 m d'une station d'épuration et 4 % se trouvent à moins de 750 m d'une usine Seveso, on compte 19 % des équipements implantés à moins de 250 m d'une ligne à haute tension et 3 % à proximité d'un transformateur électrique, comme c'est le cas par exemple à Escaudain dans le département du Nord. Bien que située à proximité du tissu urbain, d'une ligne de transport en commun et d'une école, cette aire d'accueil a été implantée en limites de territoire communal, entre deux voies ferrées, et elle comprend dans son environnement immédiat des terres cultivées, des lignes à haute tension et un transformateur électrique.

À l'échelle des quatre départements enquêtés, nous avons par ailleurs identifié que 20 % des sites sont situés à moins de 250 m d'une antenne relais, ce qui révèle une nouvelle tendance, à savoir que pour des nuisances suspectes aux yeux de l'opinion, mais non stabilisées par des résultats scientifiques probants, les aires d'accueil produisent un effet d'aubaine pour y agréger de nouvelles sources de pollution discrètes et faiblement réglementées. Le fait que les équipements sont isolés des zones d'habitat renforce la vulnérabilité des usagers qui, en plus de ne jamais être réellement considérés comme des concitoyens de la commune, ne peuvent compter sur la mobilisation d'éventuels riverains qui seraient également concernés par le problème identifié. Cet isolement accentue donc la démobilité des acteurs non seulement à lutter contre de potentielles atteintes à leur santé, mais également à s'impliquer en tant qu'acteurs d'un espace de vie partagé.

Les corps des gens du voyage sont en définitive la variable d'ajustement de la suspension des règles de droit commun qui se matérialisent par une surexposition aux nuisances avec lesquelles ils « négocient physiquement » leur présence et cèdent à l'accoutumance aux bruits, aux odeurs, aux poussières, aux vibrations, etc. C'est de cette négligence que l'injustice émerge. Celle-ci se manifeste en premier lieu par une absence d'information aux résidents des risques encourus. Ainsi, alors qu'ils côtoient des espaces industriels où les travailleurs sont astreints au port de protections (casques, masques...), les voyageurs sont le plus souvent ignorés, y compris lorsqu'ils expriment de la gêne ou déclarent des pathologies (respiratoires, dermatologiques...) qu'ils associent à ces nuisances. Sur les sites les plus exposés, les usagers ressentent une fatigue intense, des maux de tête, et expriment des difficultés à trouver le repos sur ces équipements.

La tentative des autorités publiques de réguler cette négligence structurelle des gens du voyage en se reportant sur les entreprises privées émettrices de pollutions (comme c'est le cas par exemple à Hellemmes-Ronchin ou à Cenon-Artigues⁵ [3]) participe de tactiques visant à détourner l'attention du processus de « création destructive ». Le caractère de la mobilité souvent mis en exergue pour désamorcer les critiques ne résiste pas à la réalité : ces équipements accueillent du « public » et sont les seuls espaces où la présence de gens du voyage est autorisée.

En définitive, pour certains équipements particulièrement exposés, c'est bien la capacité des familles à reprendre la route qui les préserve d'une dégradation planifiée de leurs conditions de vie. C'est dire à quel point la mobilité joue un rôle structurel dans la survie des gens du voyage au sein d'un tel système qui ne s'avère capable de penser leur accueil qu'à partir de la suspension de leur présence. ■

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000583573/>

1. La loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000, dite loi Besson 2, impose aux communes de plus de 5 000 habitants de réaliser des équipements d'accueil des gens du voyage qui se répartissent entre des aires d'accueil permanentes, des aires de grand passage et des terrains familiaux locatifs ou de l'habitat adapté. Des schémas départementaux prescrivent ces obligations dans chaque département.

2. La terminologie « gens du voyage » est utilisée en France pour désigner des citoyens français manouches, gitans, yéniches ou roms dont le mode de vie est articulé à un habitat mobile, le plus souvent une caravane. Sans revenir sur l'histoire de cette dénomination, le recours à une telle catégorie administrative a permis une forme d'ethnicisation de ces populations, contrecarrant les principes de l'universalisme républicain.

3. L'habitat adapté relève du logement locatif social. Il peut être financé par un prêt locatif aidé d'intégration (PLAi) ou un prêt locatif à usage social (Plus) ou encore un prêt locatif social (PLS).

4. Le questionnaire comprenant une centaine de questions portait sur le zonage, la gestion, les mobilisations citoyennes, l'environnement, l'accès aux transports et aux services de proximité, la sécurité, et la gestion du premier confinement durant la crise de la Covid-19. Il était adressé par mail aux collectivités, propriétaires des équipements, et envoyé aux acteurs associatifs, gestionnaires et usagers volontaires pour le compléter.

5. Ces deux équipements sont situés à proximité immédiate d'usines à béton. Pour plus de précisions sur la mobilisation des femmes de l'aire d'accueil d'Hellemmes-Ronchin, voir le film *Nos poumons c'est du béton* : <https://www.youtube.com/watch?v=uVvTxEwfc0t&t=678s>. L'historique de cette lutte a été documenté par Évelyne Pommerat.

Pour en savoir plus

Loiseau G., Granal L. *La localisation de l'offre publique d'accueil et d'habitat des gens du voyage. Une enquête qualitative et cartographique réalisée sur 4 départements (Gironde, Hérault, Nord et Seine-Maritime)*. Fédération nationale des associations solidaires et d'action avec les Tsiganes et les gens du voyage (Fnasat). À paraître.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Loiseau G. Maintenus dans leur ethnicité au nom de l'ordre public. Le cas des gens du voyage. In Crenn C., Kotobi L. (dir.) *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*. Paris : Armand Colin, coll. Recherches, 2012 : p. 157-174. En ligne : https://www.academia.edu/8751554/Maintenus_dans_leur_ethnicite_au_nom_de_lordre_public_Le_cas_des_gens_du_voyage
- [2] Husson J.-F. *Les Politiques de lutte contre la pollution de l'air*. [Rapport d'enquête demandée par la Commission des finances du Sénat], Cour des comptes, 23 septembre 2020 : 202 p. En ligne : https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-09/20200923-58-2-rapport-politiques-lutte-contre-pollution-air_0.pdf
- [3] Pommerat É. (dir.) Aux marges de la ville et des politiques publiques : relégation, risques sanitaires et mobilisation des habitants. *Études tsiganes*, n° 67 : p. 63-77.

Enquête d'ATD Quart Monde : « Un toit, ma santé et moi »

**Delphine Mion,
Huguette Boissonnat
Pelsy,**
département Santé ATD Quart
Monde.

L'habitabilité de notre lieu de vie est un déterminant majeur de la protection et de la promotion de notre santé.

Ceci est particulièrement vrai pour les populations les plus vulnérables. Le travail présenté ici sur l'habitabilité du lieu et ses liens avec la santé est réalisé par le laboratoire d'idées et d'actions santé d'ATD Quart Monde¹. Il a mobilisé une méthodologie d'investigation spécifique, avec des communautés d'échange afin de recueillir la parole de personnes vivant au quotidien la « galère du logis » pour appréhender leurs constats, leurs représentations sociales, leurs préconisations et leurs rêves en matière d'habitat. Nous retracerons ici quelques-unes de leurs réflexions qui ont pu être enrichies grâce au regard de professionnels du réseau santé d'ATD Quart Monde.

La clé, la boîte aux lettres, la stabilité

Trois mots prononcés ont été retenus pour exprimer « ce qu'il faut pour habiter un lieu » d'après les participants : la clé, la boîte aux lettres, la stabilité.

● La clé : pour pouvoir habiter, « ce n'est pas la porte ou les murs qui sont importants, mais c'est la clé. Quand vous êtes en prison, vous avez une porte et des murs, mais ce n'est pas vous qui avez la clé ! », dit cet homme. La clé permet de sortir, de rentrer, de s'enfermer, de posséder, d'être libre, d'être soi, d'être... « Et quand on a cette clé, là, on a la liberté ! »

● La boîte aux lettres : un nom – et implicitement une adresse –, cela participe indéniablement à l'identité sociale, à l'existence sociale, à la citoyenneté, et cela s'avère indispensable pour une vie administrative et de travail. Lorsqu'on lui pose la question : « Des choses qui sont importantes pour ton logement ? », cet homme s'écrie : « Oui ! Le nom sur la boîte aux lettres ! »

● La stabilité : déplacés, errants, sans domicile fixe, hébergés, pauvres domiciliés, relogés, déplacés lors de réhabilitation, expulsés ; autant de qualificatifs entendus par chacun depuis toujours ! Le nomadisme forcé des plus pauvres a été mis en lumière et dénoncé par le père Joseph Wresinski, dès les débuts du mouvement ATD Quart Monde, il y a plus de soixante ans. Il existe toujours et se poursuit sous d'autres formes et affecte leur parcours de vie et de santé globale, lors de leur propre construction ou de leur reconstruction après les accidents de la vie. Pour habiter un lieu, en faire son nid, il faut se l'approprier. Difficile de le faire pour ces lieux non choisis, qu'on nous affecte, où on nous déplace au gré des politiques, ou encore ces endroits de « la honte », « appartements-poubelles », loin des normes d'hygiène et de sécurité, où l'on échoue finalement dans le privé.

La lumière, la chaleur et l'eau

Ce qui est essentiel pour habiter, affirment ces personnes, ce ne sont pas des éléments de confort, mais la lumière, la chaleur et l'eau. La lumière du jour est un des premiers éléments évoqués. « Lumière du jour, hein, la clarté, moi, j'parle », dit cette dame qui

L'ESSENTIEL

■
 ► **L'habitabilité du logement est un déterminant majeur de la santé. Analyse et témoignages recueillis par ATD Quart-Monde dans le cadre d'une enquête auprès des populations en situation de précarité. Le plus important ? La clé, la boîte aux lettres, la stabilité... la lumière, la chaleur et l'eau.**

a habité en logement insalubre. Puis le chauffage, parce que « la misère a froid », pour cet homme. « Dans le logement, ce qui est important : le chauffage, une salle de bains et la lumière. Le reste qu'y a dedans, j'm'en fous. » L'eau potable fait partie des critères essentiels, ils n'y ont pas toujours accès, l'abonnement peut être dissuasif. « Moi, je ne peux pas payer le robinet, [alors que] l'eau, ça irait ! », dit cette femme.

L'humidité, l'insalubrité, l'impossibilité de réaliser les gestes de santé quotidiens comme faire sécher le linge hors de la pièce à vivre, aérer, laisser la fenêtre ouverte sans risque, faire à manger dans le logis, respirer un air sain, élever ses petits, avoir l'intimité nécessaire pour se construire, voilà des réalités partagées. Citons cette participante : « Ah ben ! les risques, c'est... d'attraper des maladies, parce que c'est moisi, alors tu attrapes des maladies pulmonaires, voilà. [...] Et l'appartement peut prendre feu, parce que... voilà ! il y a beaucoup de dangers, si tu veux. » Et celui-ci d'ajouter : « Tu risques la mort, voilà ! » Rappelons que l'inadéquation du logement peut entraîner le placement des enfants ; il constitue donc un

double risque : maladie et souffrance morale. « *Et puis de te faire enlever les enfants si ce n'est pas conforme, s'il est insalubre* », confie cette femme à qui cela est arrivé. Et celle-ci nous raconte : « *Quand j'ai été expulsée, j'avais un F3. J'suis sortie, j'ai été mise dans [...] une toute petite chambre avec deux gamins, hein ! Donc, on ne pouvait rien faire [...] hein ! Pas faire à manger, rien du tout, aller manger avec les autres dans la salle. Ça, ça bouscule. Ça a des liens avec la santé ? Bien sûr que ça a des liens ! C'est perturbant !* » Les parents présents sont bien conscients que les habitats qui leur sont accessibles présentent des risques d'accidents domestiques. « *Un des premiers enseignements que reçoit l'enfant, dit cette grand-mère, c'est : "tu touches à rien !"* »

Bestioles et bruit

Autre nuisance notable, les bestioles. Elles les dégoûtent, sont associées dans l'imaginaire collectif à la saleté, mais aussi à la pauvreté² et affectent leur santé, « *parce que nous, à N., on a plein d'acariens dans les logements. Donc, ça m'a provoqué les crises*



© Juhisa Danbovic / Tendances Floue

d'asthme ». L'entretien du logement est parfois négligé, voire abandonné, signe indirect d'une détresse psychologique. « *Bah ! Quelqu'un est déprimé, il va plus faire la vaisselle, il va plus vider les poubelles, il ne va pas se laver... [...] Bah ! Il ne fait pas le ménage !* », relate cet homme à qui cela est arrivé à la suite du décès de sa femme.

Cependant, le pire, c'est le bruit ; il affecte tout leur être, qu'il soit dans les murs avec les rongeurs, au travers des murs, dans la rue, dans le quartier :

« *J'ai souffert toute ma vie du bruit dans les murs. Ça m'a maintenu toute ma vie dans la précarité. Du coup, je n'ai pas pu évoluer, car j'étais en insécurité dans mes murs* », avoue ce participant. Et celui-ci d'ajouter : « *Une des conséquences, c'est les troubles, enfin, les problèmes de sommeil [...] T'as une tête de citrouille comme ça !* » Enfin, cette mère rappelle ces vérités : « *Les enfants sont hyper éternés, ils ne dorment pas assez, ils sont en manque de sommeil avec tous les bruits, et puis*

PAROLE DE PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ FACE À LA PANDÉMIE COVID-19

« Protéger et se protéger » lors de la pandémie dans les logements de la grande misère ? Voici quelques extraits [4] de paroles de personnes en grande précarité [5]. Les lieux de vie de la misère ne sont pas compatibles avec un enfermement. Le confinement à partir de mars 2020 et la survenue de la pandémie de Covid-19 ont été des révélateurs de La misère propre à chaque personne en grande précarité et du sentiment de relégation : « *c'est le quartier qui est aussi délaissé* », « *la vie est arrêtée* », « *les personnes se sentent abandonnées* ». « *Quand je vais voir ma mère, ma mère a de l'humidité dans son logement, et par suite du confinement, des problèmes des bronches*. » Et puis, « *il y a des personnes en difficultés avec des maris* ». « *Ils pourraient aussi nettoyer un peu le quartier* », et les gens disent : « *Ils nous ont délaissés ; on ne voit plus personne dans le quartier*. » Être confiné, c'est vivre 24 heures sur 24 avec les hôtes indésirables : « *La nuit, je mets des compresses dans mes oreilles pour que les blattes ne*

rentrent pas dans mes oreilles. » Le sommeil et les comportements alimentaires sont perturbés : « *J'ai vu des gens qui ont du mal à manger* » ; « *d'autres qui ne savent pas faire les gestes barrières* », « *des gens sont morts* », « *des enterrements difficiles que les gens ne peuvent pas payer...* », disent ces femmes lorsqu'on les interroge.

Et puis : « *L'angoisse me reprend ; c'est comme une condamnation, ça me rappelle les mauvais souvenirs, quand j'étais en prison, tu comprends !* » S'enfermer, malade, subir le mal-logement, avec en arrière-plan le message terrible qui accompagne le Doliprane : « *si ça ne va pas, faites le 15 et allez à l'hôpital* ». Plus que jamais sont apparues les injustices et les conditions de vie de la misère dans lesquelles vivent certains.

C'est un virus particulier, celui qui oblige à se tenir éloignés les uns des autres : « *distanciation sociale* », c'est le terme choisi par les responsables politiques et professionnels. Difficile, pourtant, pour des personnes ayant vécu en situation de grande pauvreté,

d'adhérer à ce concept, dont la résonance avec la caractérisation de « cas social » renvoie à des situations de mise à l'écart douloureuse. Et puis, il y a l'invisibilité : « *Cette épidémie, dit une femme, est une guerre sans arme, on n'entend pas de bruit et on ne peut pas voir l'ennemi* [6]. » Les mesures prises pour la contrôler en font une guerre qui touche profondément les modes relationnels, « *la perte du lien, c'est dur ; nous, on n'a rien, alors on se dit les choses avec le corps* », dit cette grand-mère.

Les personnes interrogées proposent de permettre un habitat digne en famille et non collectif aux personnes vulnérables dès lors qu'elles doivent se confiner ; qu'il leur soit proposé le soutien d'un technicien et une prise en charge pour désinfecter les lieux où vivaient des personnes malades ou mortes de la Covid ; de poursuivre l'entretien et les désinfections des logements sociaux et de porter une « attention efficace » aux logements de la misère.

Huguette Boissonnat

tout, les nerfs. Tout ce qui se passe dans la journée, la nuit, ils le ressortent, ils ne dorment pas ou ils dorment très mal. »

Au gré des expulsions et des relogements non choisis, les personnes perdent leurs repères, éloignées de leurs proches ou encore séparées des enfants. L'insécurité de certains lieux de vie ou types de logement crée des angoisses qui peuvent s'installer durablement. La peur empêche d'avancer, bloque les projets. Certaines expériences relationnelles perturbent les relations sociales. Les problèmes d'insécurité sont à leur paroxysme quand on vit à la rue.

Préconisations

Plusieurs préconisations ont été émises [1]. Nous en citerons quelques-unes ici : un protocole, une charte qui respecte la dignité et l'intimité des personnes lors des expulsions ou relogement, la création de bourses d'échange d'appartement, des habitats plus participatifs. Pour rendre moins violentes les expulsions, avoir la présence d'un médiateur assermenté, un numéro vert de soutien psychologique, allonger la durée de garde-meuble à un an le temps de se reconstruire, proposer une aide pour conserver ses affaires intimes, dialoguer. D'autres pistes de réflexions concernent la prise en compte du patrimoine historique et humain des quartiers dans les réhabilitations. Les quartiers ont une histoire, une histoire d'hommes et de femmes. Enfin, s'assurer que les logements soient sains, et que les éléments essentiels : lumière, chaleur, eau, y soient. Il convient de créer de vrais lieux de sommeil, de mettre

des systèmes de renouvellement de l'air intérieur, d'aider les personnes à entretenir leur habitat, avec des soutiens associatifs « *un peu sur le modèle des Repair Cafés* ». Protéger sa santé, c'est aussi faire bouger son corps, sortir du quartier, être mobile et « *avoir accès aux magasins, aux bus, pour pas demander à personne* », avoir accès à la culture, à la nature, au sport, être en sécurité au pied des immeubles, au bout du village, dans la rue.

Malaise des professionnels

Les professionnels accompagnant cette démarche disent ne pas être à l'aise avec cette question de l'habitabilité. Ils se sentent impuissants, tout en convenant de l'importance de « l'habiter » pour la santé. Ils n'avaient pas pris la mesure de l'importance des relations sociales et de l'histoire dans la vie des personnes. Il leur faut alors faire un pas de côté par rapport à une approche plus matérielle de « l'habiter » autour de conditions sanitaires. Citons cette professionnelle : « *Je suis pédiatre à l'hôpital. Je vois toujours les conséquences du mal-logement sur la santé. Par rapport à la gale, au bruit... Finalement, le logement, c'est déterminant pour la santé. La sécurité, le voisinage, c'est important. Une maman, [...] le mari lui a dit de ne pas déménager, parce qu'ils avaient des bons voisins. Après le décès de son mari, elle a été très bien soutenue par son entourage.* »

L'argumentaire hygiéniste qui a justifié la création de nouveaux quartiers excentrés pour les plus défavorisés est ici remis en question. On voit qu'il ne suffit pas d'avoir une salle de bains blanche pour habiter un appartement ;

la question de l'habitabilité est bien plus vaste que cela. Même avec les plus saines habitudes du monde, rester en bonne santé dans certaines conditions sociales n'est pas possible [2]. Et si action publique il doit y avoir, les membres du laboratoire d'idées nous rappellent que logement et santé, c'est avant tout, peut-être contre-intuitivement, une question d'enracinement, de clé et de boîte aux lettres. « *Au-delà des besoins, l'homme a des désirs. Au-delà de la nécessité du logement, l'homme veut habiter* [3]. » ■

Pour en savoir plus

Boissonnat-Pelsy H., Sibué de Caigny C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. *Laennec*, 2006, vol. 54, n° 2 : p. 18-30. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2006-2-page-18.htm>

1. Ce laboratoire est né de la dynamique du croisement des savoirs (Collectif, 1999) en 2003 dans le cadre d'un travail sur la relation soignant-soigné pour le compte de l'agence régionale de santé (ARS) Lorraine (Boissonnat-Pelsy et Sibué de Caigny, 2006). Les personnes en précarité alors présentes ont souhaité poursuivre ces échanges. C'est à la faveur de thèmes de travail pluriannuels (soit conjoncturels, soit choisis par les participants), d'une régularité et d'une continuité de ces rencontres (enregistrées et décryptées) que le groupe est devenu « un laboratoire d'idées et d'action » un lieu où les constats sont énoncés, validés et des propositions émises autour des questions relatives à la santé. Par ailleurs, des croisements avec l'expertise des professionnels et des institutionnels lors des réseaux Wresinski santé ou de rencontres spécifiques enrichissent la compréhension mutuelle sur ces sujets et débouchent sur des propositions et des actions.

2. « *L'exclusion double quand il s'agit du cafard : il est non seulement symptomatique de la pauvreté du quartier (ou de l'habitat), mais également de sa saleté. De fait, les détails animaliers contribuent à produire le cafard comme un signe d'une certaine « infamie » sociale.* » Blanc N. La blatte, ou le monde en images. In : Frioux S. et Pépy É.-A., *L'animal sauvage entre nuisance et patrimoine France, XVI^e-XXI^e siècles*. ENS Édition, 2009 : p. 103-114.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Boissonnat Pelsy H., Desprès C., Mion D. « *Un toit, ma santé et moi* ». *Constats et préconisations sur les conditions d'habitabilité d'un lieu par et pour les plus pauvres*. Laboratoire d'idées santé, ATD Quart-Monde, novembre 2020 : 159 p. En ligne : https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-15_Rapport-Un-toit-ma-sante-et-moi-final.pdf

[2] Boissonnat Pelsy H., Zimmer M.-F., Sibué de Caigny C., Billotte J.-D., Martin S., Vannier C. *Mal-être et Pauvreté*. ATD Quart Monde, novembre 2011 : 92 p. En ligne : <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2020/04/RAPPORT-MAL-ETRE-ET-PAUVRETE-1-2011.pdf>

[3] Le droit d'habiter la Terre. *Igloo Quart Monde*, 1976, 3^e-4^e trim., n° 91-92.

[4] Hege S., Ramel M., Sene L., Betbeder C., Picard M.-C., Billiotte J.-D. et al. *Pour retrouver de la dignité dans les assiettes : la parole aux participants. Premier bilan (sept. 2016-juil. 2020)*. ATD Quart Monde, Terres de Lorraine, de la Dignité dans les assiettes, mars 2021 : p. 69-71. En ligne : <https://www.terresdelorraine.org/>

UserFiles/File/pat/terresdelorraine-retrouverdela dignitedanslesassiettes-garderlecap.pdf

[5] Ce qu'on apprend au milieu des fleaux. *Quart Monde*, décembre 2020, n° 256. En ligne : <https://signal.sciencespo-lyon.fr/numero/47558/Ce-qu-on-apprend-au-milieu-des-fleaux>

[6] Boissonnat Pelsy H., Desprès C., Picard M.-C. *Contribution à l'analyse de l'impact de la pandémie Covid-19 sur la santé de personnes en grande pauvreté : constats et propositions. Suivi au long du confinement*. ATD Quart Monde, 2 mai 2020 : 41 p. En ligne : <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/contribution-lanalyse-de-limpact-de-la-pandemie-covid-19-sur-la-sante-de-personnes-en-grande>

« Accompagner des ménages en difficulté pour qu'ils accèdent à un logement ou puissent s'y maintenir »

Entretien avec

Maryse Sylvestre,

conseillère politiques sociales,
direction des Politiques urbaines
et sociales,
Union sociale pour l'habitat (USH).

La Santé en action : Pourquoi le dispositif 10 000 logements HLM accompagnés a-t-il été mis en place ?

Maryse Sylvestre : Ce programme a été initié en 2014, lors du congrès Habitation à loyer modéré (HLM) de l'année précédente, à l'initiative de Marie-Noëlle Lienemann, présidente de la Fédération des coopératives HLM et vice-présidente de l'Union sociale pour l'habitat (USH). L'idée était d'apporter des réponses nouvelles aux difficultés rencontrées tant par les locataires en HLM que par les demandeurs de logement sociaux. En effet, les organismes HLM accueillent dans leur parc un nombre croissant de ménages présentant des situations de fragilités économique et sociale : ressources faibles et/ou instables, problématiques liées à l'isolement, au vieillissement et/ou au handicap, et des parcours de vie marqués par d'importantes ruptures (emploi, santé, vie familiale...). En 2020, le niveau de vie médian des locataires en HLM est inférieur de près de 40 % à celui des propriétaires. Le taux de pauvreté y est nettement supérieur : 34 %, contre

14 % pour l'ensemble des ménages ; et il tend à augmenter, puisqu'il était de 32 % en 2012. Les familles monoparentales sont surreprésentées dans le parc HLM (21 % contre 10 %), de même que les familles nombreuses (11 % de foyers avec trois enfants ou plus, contre 6 % dans l'ensemble de la population). Enfin, c'est un public plus âgé que la moyenne : la part des ménages de plus de 65 ans est passée de 15 % en 1984 à 22 % en 2013. Les demandeurs de logement social présentent également une situation de précarité marquée : plus de deux ménages sur cinq se situent sous le seuil de pauvreté national. Ces demandeurs pauvres sont plus fréquemment présents parmi les familles monoparentales ou les couples avec enfant(s). Parmi les personnes seules, les demandeurs hébergés ou sans logement sont particulièrement nombreux [1]. Le programme 10 000 logements HLM accompagnés permet aux bailleurs sociaux d'apporter des solutions pour des publics en difficulté d'accès ou de maintien dans le logement, et qui doivent être accompagnés pour s'insérer durablement dans leur logement. Sont concernées des personnes aux parcours chaotiques, vivant à la rue ou dans des hôtels, pouvant avoir des difficultés de santé, souffrant d'addiction, de troubles de la santé mentale, victimes de violences conjugales, sortant de l'aide sociale à l'enfance

L'ESSENTIEL

■ **Le programme 10 000 logements HLM accompagnés, désormais intégré dans le programme du Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement, permet aux bailleurs sociaux d'apporter des solutions pour des publics en difficulté d'accès ou de maintien dans le logement, et qui doivent être accompagnés pour s'insérer durablement dans leur logement.**

ou de prison, jeunes en difficultés... L'objet est donc bien d'accompagner les locataires et les demandeurs de HLM pour qu'ils accèdent à un logement ou puissent s'y maintenir. En matière de maintien dans le logement, les publics bénéficiaires sont souvent en situation d'isolement, de repli qui ne leur permet pas de faire face à leurs difficultés financières ni à la gestion d'un budget.

S. A. : Comment s'est concrètement déroulé ce programme ?

M. S. : Quatre appels à projets ont été lancés, entre 2014 et 2018, qui ont permis de soutenir quelques 200 projets, fruits de partenariats étroits entre les bailleurs et des associations d'insertion par le logement. Les réponses proposées comportent un logement accessible

économiquement, une gestion locative adaptée, et un accompagnement adapté aux besoins et aux problèmes de la personne. Les projets mettent en œuvre les nouvelles approches en matière d'intervention sociale : un accompagnement souple et gradué, favorisant « l'aller-vers » et une approche globale des situations. Le partenariat avec les associations spécialisées constitue un point essentiel : le bailleur porte le projet et l'association réalise l'accompagnement social adapté, soit pour favoriser l'accès au logement, soit pour prévenir une expulsion, du fait d'impayés de loyer par exemple. En quatre ans, ce programme a permis d'accompagner quelque 8 500 ménages. Les initiatives sont très diverses : cela peut être la mise en place d'une équipe mobile composée de psychologues pour répondre aux besoins de locataires en souffrance psychique ; ou l'intervention d'éducateurs spécialisés qui prennent rendez-vous à domicile pour aider et accompagner des familles sur le point d'être expulsées ; ou le relogement de jeunes isolés issus de résidences sociales, dont certains avaient eu un parcours d'aide sociale à l'enfance, de protection judiciaire de la jeunesse. De nombreux projets ont concerné la thématique de la santé mentale. Les bailleurs sociaux sont de plus en plus mobilisés sur cette problématique croissante dans le parc social. Ils sont en recherche de partenaires sur les territoires afin de trouver des solutions pour des locataires avec des comportements atypiques, mais aussi en situation de repli sur soi, d'isolement qui peut compromettre le maintien dans le logement. Ils peuvent aussi être interpellés par leurs partenaires pour trouver des solutions de logements adaptés (mise en place de structures spécifiques et/ou dédiées ou mise à disposition de logements à des associations, tels des appartements de coordination thérapeutique (ACT), des logements-relais...).

S. A. : Quels sont les principaux enseignements de ce programme ?

M. S. : Un premier impact positif est que le programme a atteint des publics se trouvant dans les

« interstices » du droit commun, soit parce qu'ils ne remplissaient pas les critères d'accès aux dispositifs d'aide existants, soit parce que leur situation était tellement complexe avec un cumul de difficultés sociales, qu'ils n'en faisaient pas la demande. Les projets ont été des facilitateurs pour apporter un accompagnement adapté à ces personnes : sans ces expérimentations, les bénéficiaires n'auraient pas pu intégrer un logement autonome dans les mêmes conditions. Par ailleurs, les locataires ont exprimé leur satisfaction sur l'accompagnement, ses modalités adaptées, en mettant l'accent sur la prise en charge globale des besoins. Un second point positif concerne l'évolution des pratiques chez les bailleurs. Le programme a été l'occasion pour les organismes HLM de remettre en question leur politique sociale, d'accompagner des évolutions de culture professionnelle et de se positionner en tant que porteurs de projets. Cela a également été l'occasion de consolider des partenariats existant avec les associations ou d'en créer de nouveaux avec elles et avec de nouveaux acteurs, comme ceux de la santé, du secteur médico-social ou de la protection de l'enfance par exemple. Enfin, ce qui a bien fonctionné dans ce programme, c'est « l'aller-vers », l'accompagnement sur mesure en se donnant du temps, qui correspond aux besoins des personnes avec un parcours d'accès au logement ou de maintien dans le logement qui n'est pas forcément linéaire. En raison des responsabilités partagées entre les instances locales et nationales et des diverses sources de financement, le programme nécessitait de trouver un cadre pérenne de financement et de pilotage. C'était un réel axe de progrès à envisager.

S. A. : Qu'en est-il aujourd'hui ?

M. S. : Le programme HLM accompagné a été pérennisé et est désormais intégré à un fonds plus large, le Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement (FNAVDL). Le FNAVDL fait partie intégrante de la politique du logement d'abord et en constitue l'un des outils. À l'origine financé et piloté par l'État, il a été refondu en 2020. Il a

disposé de moyens complémentaires par un apport des bailleurs sociaux via la Caisse de garantie du logement social (CGLLS). Sa gouvernance a été renouvelée pour intégrer une représentation des HLM. Ce dispositif est pérenne avec une gestion déléguée au niveau local. Un tiers des actions financées sont dédiées aux projets développés par des bailleurs sociaux. Cette enveloppe permet de poursuivre les démarches engagées dans le cadre des 10 000 logements HLM accompagnés, mais aussi d'impulser de nouveaux projets. Depuis 2020, de nombreux projets ont à nouveau pu voir le jour, avec de nouveaux besoins qui sont apparus dans le cadre de la crise sanitaire et de l'accroissement des difficultés économiques et sociales. Les organismes HLM se sont fortement mobilisés sur la problématique de la prévention des expulsions et sur la santé mentale en lien avec leurs partenaires associatifs. La même dynamique s'engage sur 2021 où de nouveaux projets sont en cours de développement. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] *Mieux connaître la demande pour mieux orienter les politiques publiques*. [Rapport] Bordeaux : 81^e Congrès HLM de l'Union sociale pour l'habitat (USH), 27-30 septembre 2021. En ligne : <https://www.union-habitat.org/centre-de-ressources/politique-du-logement-mouvement-hlm/rapport-au-congres-2021>

Fondation Abbé-Pierre : « Lutter contre toutes les formes indignes d'habitat »

Entretien avec Florine Siganos,

responsable du secteur Lutte contre l'habitat indigne et précaire, Fondation Abbé-Pierre, Paris.

La Santé en action : Pourquoi avoir lancé ce programme SOS Taudis ?

Florine Siganos : Face au déficit structurel et croissant de logements locatifs sociaux, à l'engorgement des structures d'hébergement, à la raréfaction du parc privé abordable... qui maintiennent ou poussent de plus en plus de personnes vers des solutions indignes d'habitat, la Fondation Abbé-Pierre a, en 2007, lancé SOS Taudis. Ce programme se voulait un engagement offensif de la Fondation Abbé-Pierre pour lutter contre toutes les formes indignes d'habitat. Il s'est orienté dès ses débuts vers le soutien d'acteurs associatifs susceptibles de repérer des situations d'habitat indigne, capables de réaliser un diagnostic complet (technique, social et juridique), de faire connaître ces situations aux acteurs locaux sollicités pour participer à la résolution de ces dernières, de rechercher des solutions ensemble pour accompagner les ménages jusqu'à leur résolution.

S. A. : Quels premiers résultats avez-vous obtenus en phase expérimentale ?

F. S. : Tout d'abord, il convient de préciser qu'avec SOS Taudis, la Fondation a investi trois échelles d'actions : 1) les personnes, avec l'organisation du repérage et de la qualification des situations, le financement de l'ingénierie nécessaire à la définition puis à la réalisation du projet d'amélioration (réalisation de travaux, relogement des ménages, accès aux droits...) ;

2) les politiques locales, en sensibilisant les acteurs locaux sur l'existence des problématiques d'habitat indigne, en les interpellant sur l'exercice de leurs responsabilités à l'échelle de la situation comme à l'échelle du territoire ; 3) la politique nationale, avec la capitalisation de la connaissance sur l'habitat indigne et sur les atouts et les insuffisances des outils permettant de répondre aux enjeux. Le programme a donc accompagné des situations d'habitat dégradé relevant de l'insalubrité ou de l'indécence, de l'habitat précaire ou de fortune, voire de petits bidonvilles. Ainsi, 1 600 ménages ont été accompagnés – locataires du parc privé, propriétaires occupants, personnes en habitat précaire – à travers le premier programme SOS Taudis (2007-2011).

S. A. : Quelles causes à l'origine de ces vies en habitat indignes identifiez-vous ?

F. S. : Bien souvent, les ménages en situation d'habitat indigne conjuguent faiblesse des ressources, précarité, isolement, handicaps, marginalisation voulue ou subie... La pauvreté des ménages est bien entendu une cause majeure à l'origine des situations d'habitat indigne, de l'obligation d'habiter là, de l'absence de choix. Pour les locataires, ce sont la difficulté d'accéder à un logement de qualité, l'impossibilité de présenter les garanties exigées et de supporter le coût du loyer qui conduisent à accepter un logement dégradé ou une situation de sur-occupation (location d'un studio alors qu'on est en famille par exemple). Pour les propriétaires, c'est l'achat d'un logement à bas coût et de piètre qualité (voire en mauvais état) ou d'un appartement situé dans une copropriété dégradée ; des acquisitions qui se font généralement par défaut, parce qu'on

L'ESSENTIEL

■ **La Fondation Abbé-Pierre a lancé le programme SOS Taudis pour permettre aux ménages en situation de précarité de faire rénover leur logement : en association avec d'autres partenaires, la Fondation cofinance en particulier les travaux de réhabilitation. Le programme bénéficie à 250-300 ménages par an.**

ne peut se loger ailleurs, initiées parfois par le rêve de devenir propriétaire ; c'est aussi l'impossibilité d'assumer les travaux d'entretien, de mise aux normes de confort du logement. Pour de nombreux agriculteurs très modestes par exemple, les impératifs de l'exploitation et les investissements nécessaires à la survie économique ont souvent primé, toute leur vie durant, sur le confort de l'habitation.

S. A. : Comment accompagner ces personnes pour éviter l'expulsion ?

F. S. : L'objectif du projet est effectivement d'abord de permettre de maintenir le ménage dans son logement, dans des conditions de sécurité et de décence bien entendu acceptables, avant d'envisager toute autre solution de relogement. Nous tentons toutes les pistes qui pourraient maintenir le ménage dans son logement. Il faut pour cela des partenaires très impliqués et à l'écoute : agences régionales de santé (ARS), directions départementales des territoires (DDT), Agence nationale de l'habitat (Anah), conseils départementaux, caisses d'allocations familiales (CAF), mairies, communautés d'agglomération, communautés de communes, parfois le procureur, le service des impôts, les Domaines, la police... Dans tous les cas, un accompagnement étroit des occupants est indispensable pour aider à comprendre l'action publique et à l'accepter, pour rassurer les occupants

et pour les préserver au maximum des risques notamment psychologiques que présentent la transformation de leur habitat, lors de travaux imposés ou non, ou leur expulsion. Le financement des travaux peut être assuré par la mobilisation des financements de droit commun. Si le propriétaire souhaite réaliser des travaux, mais qu'il n'est pas en capacité d'en financer la part restant à sa charge une fois déduites les aides auxquelles il peut prétendre,

cet obstacle peut être contourné grâce à la mobilisation d'aides complémentaires (subventions exceptionnelles, prêt de type microcrédit, recherche de la solidarité familiale...), très différentes d'un territoire à l'autre. D'autres montages financiers s'appuient sur des fonds d'avance créés par des collectivités locales ou sur les prêts aidés. La Fondation viendra en appui du reste-à-charge des ménages.

S. A. : *Quel bilan peut-on dresser du programme SOS Taudis ?*

F. S. : Le programme SOS Taudis bénéficie à 250-300 ménages par an. L'aide moyenne apportée se situe autour de 5 000 euros, mais nous avons de plus en plus de demandes la dépassant et cela nous questionne fortement sur les financements publics notamment. Au-delà du financement des travaux de réhabilitation, celui de l'accompagnement des ménages reste souvent sous-évalué, car il est complexe et demande du temps. Les ménages que nous aidons sont très isolés et la majorité a des revenus entre 500 euros et 1 000 euros par mois. Il s'agit pour la plupart de propriétaires occupants en habitat indigne, ayant souvent des dettes (énergétiques ou liées à la mobilité pour l'achat d'une voiture). Peu d'entre eux sont en capacité de rembourser un prêt travaux. L'endettement ou le surendettement constituent un stress permanent pour les ménages, un risque de basculement dans la grande exclusion (se retrouver à la rue). Au-delà de la pression financière et de la crainte du basculement s'ajoute la pression psychique quotidienne de vivre dans un habitat indigne.

S. A. : *Quelles sont les forces et les faiblesses du programme ?*

F. S. : Les principaux désordres rencontrés concernent des problèmes d'isolation, de chauffage, d'humidité et/ou d'infiltrations, de menuiseries dégradées. À ceci s'ajoute souvent une installation électrique vétuste et dangereuse, une précarité sanitaire (pas de salle de bains ou de toilettes ou de tout-à-l'égout/système d'assainissement). Par ailleurs, 16 % sont des logements insalubres avérés et 14 % ont un mur ou le toit qui menace de s'effondrer. Toutes ces problématiques liées au bâti sont plus prégnantes

dans les logements anciens, construits avant 1948, qui sont par ailleurs les plus nombreux à être réhabilités par notre programme. La très grande majorité des logements indignes pour lesquels la Fondation accorde une aide aux travaux sont des maisons individuelles (80 %), la moitié sont des T3 ou des T4 qui ont une surface de 50-100 m². En outre, un logement insalubre ou dégradé connaît bien souvent des problèmes de performance thermique. Le programme a une vraie plus-value sur la sortie d'insalubrité et de précarité énergétique, mais il reste à renforcer, car pour un certain nombre de situations, il faudrait pouvoir aller plus loin en termes de travaux. Cependant, dans tous les cas, la facture énergétique des ménages est en baisse. Nous sommes pour beaucoup tributaires des politiques publiques. En effet, comme nous ne voulons pas nous substituer aux pouvoirs publics, mais faire effet levier sur le reste-à-charge des ménages après que toutes les aides ont été sollicitées ; nous intervenons essentiellement là où elles interviennent. C'est sans doute une des faiblesses du programme. Cependant, à l'avenir nous comptons pouvoir aller plus loin et faire en sorte que la puissance publique nous suive sur d'autres terrains (résorption de l'habitat précaire en milieu rural notamment).

S. A. : *Comment souhaitez-vous voir évoluer l'action de SOS Taudis ?*

F. S. : Nous souhaiterions aller jusqu'au bout de la réhabilitation des logements indignes en trouvant des partenariats pour les travaux de finition (peinture, décoration) qui permettent un accès au beau et une réappropriation du logement par les ménages accompagnés. Nous aimerions également développer l'utilisation par nos partenaires de matériaux bio-sourcés et en circuit court, car cela est bénéfique pour les allergies des enfants notamment. Nous voudrions aussi renforcer l'ingénierie sociale, faire le lien entre les acteurs de l'habitat et les acteurs de la lutte contre les exclusions, continuer à financer l'accompagnement des ménages en incurie, ceux atteints du syndrome de Diogène. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

UN LOGEMENT DIGNE ET ADAPTÉ

Dans le Bas-Rhin, Mme R. vit depuis deux ans dans une maison confortable après des années passées dans un logement humide et vétuste.

Mise aux normes de l'électricité, isolation des murs, fenêtres à double vitrage, changement de la chaudière au fuel défectueuse, installation d'un extracteur d'humidité réglable... Depuis un an, Mme R., 71 ans, a retrouvé des conditions de vie dignes et elle dispose désormais d'un rez-de-chaussée de 50 m² en parfait état, avec une salle de bains et des toilettes adaptées, l'étage servant de débarras.

« Nous avons réalisé les travaux les plus urgents et privilégié le rez-de-chaussée, compte tenu des problèmes de mobilité de la propriétaire. C'est l'assistante sociale qui nous a alertés sur cette situation, car Mme R. n'arrivait plus à se chauffer et elle n'était plus en capacité d'utiliser sa baignoire ni sa douche », précise Caroline Rung, directrice de Solidaires pour l'habitat – Soliha Alsace. C'est l'association Soliha Alsace qui a monté le dossier de sortie d'insalubrité de cette maison située en milieu rural et montagneux, à Colroy-la-Roche (67).
« Je suis pleinement satisfaite ! Les sols sont en bon état maintenant, on ne risque plus de trébucher et j'ai une belle salle de bains. Pour se chauffer, c'est pratique avec les radiateurs ; mon fils est venu les régler au début et maintenant je le fais moi-même. Je suis attachée à cette maison, cela fait plus de trente ans que j'y vis, nous nous étions installés ici avec mon mari... »

Mme R. est désormais logée dignement sans aucune incidence budgétaire sur ses revenus très modestes, grâce aux aides publiques (Agence nationale de l'habitat – Anah, département, communauté de communes) et à celle d'Action Logement Services pour l'adaptation du logement au vieillissement, qui ont pu être débloquées, mais aussi grâce à l'accompagnement social dont elle a bénéficié pour une meilleure gestion de son budget et pour un prêt (à taux zéro et sans frais de dossier) qui lui a été accordé.

Sollicitée, la Fondation est intervenue en complément (à hauteur de 8 %) pour le reste-à-charge que la propriétaire ne pouvait assumer, dans le cadre de son programme SOS Taudis.

Témoignage recueilli par la Fondation Abbé-Pierre.

« Il est nécessaire avant tout d'accélérer la construction de logements »

Entretien avec Blandine Maisonneuve, cheffe du projet Participation et Citoyenneté, Fondation de l'Armée du Salut, accompagnatrice du Conseil national des personnes accueillies (CNPA).

La Santé en action : Pourquoi le Conseil national des personnes accueillies (CNPA) et ses antennes régionales ont-ils été créés ?

Blandine Maisonneuve : Le CNPA a vu le jour en 2010, sous l'égide de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). À cette époque, l'installation de sans-abri sur les berges du canal Saint-Martin à Paris avait provoqué une prise de conscience et une volonté de changer le paradigme des politiques publiques en la matière. Il s'agissait notamment de sortir de l'hébergement d'urgence, lequel se fait parfois dans des conditions indignes, et du parcours « en escalier » pour accéder à un logement, qui ne prépare pas la personne à occuper de manière pérenne un logement. Dès lors, il est apparu qu'on ne pouvait plus avancer sans l'avis ni l'expertise des personnes sans domicile fixe ou l'ayant été, en situation de pauvreté et de précarité : ce sont ces personnes qui sont les délégués du CNPA, qui siègent dans les instances ministérielles concernées, où s'élaborent avec elles les politiques publiques. Et pour veiller à leur application dans les territoires, des conseils régionaux des personnes accueillies (CRPA) ont été

créés. Leur mission et leur fonctionnement ont été officialisés par décret en octobre 2016, et ce sont à ce jour 114 délégués nationaux et régionaux qui sont élus chaque année par leurs pairs pour mettre en œuvre leur droit à la parole.

S. A. : Que disent les délégués des personnes en situation de précarité sur les difficultés d'accès au logement ?

B. M. : Être à la rue détruit et place les personnes qui y sont confrontées dans une course de survie pour manger, se doucher, dormir, qui empêche toute élaboration de projet de vie ; les conséquences post-traumatiques sont importantes puisqu'on estime qu'il faut entre six et huit ans pour se remettre psychiquement et psychologiquement de trois années passées dans la rue. Sans conteste, les délégués disent que l'accès au logement est un déterminant essentiel de santé. Un des principaux problèmes dont ils témoignent, c'est la discrimination. Il y a une stigmatisation de la pauvreté. Un certain nombre de bailleurs ont de nombreux *a priori* : les sans-abri ne seraient pas « capables » d'occuper un logement, ils auraient – de façon généralisée – à faire face à des problèmes psychiatriques, causeraient à coup sûr des troubles de voisinage ; ils détérioreraient toujours leur logement, etc. L'un des effets de la participation des délégués, c'est justement de battre en brèche ces stéréotypes. Dans les instances, l'on constate la pertinence de leurs observations et de leurs propositions. Ces personnes savent de quoi elles parlent et elles

L'ESSENTIEL

▣ **Le Conseil national des personnes accueillies (CNPA) fonctionne en prenant en compte l'expertise des populations. Les 114 délégués nationaux et régionaux sont élus par leurs pairs pour mettre en œuvre leur droit à la parole. Ainsi, des personnes sans domicile fixe ou l'ayant été, en situation de pauvreté et de précarité sont déléguées au sein de cette instance pour formuler des propositions pour l'accès et le maintien dans le logement. Ces personnes savent de quoi elles parlent et ont un recul par rapport à leur expérience. Elles ont des compétences et des savoirs sur lesquels, bien souvent, les professionnels ne s'appuient pas suffisamment. Ce qu'elles disent haut et fort : être à la rue détruit et place dans une course de survie les personnes qui y sont confrontées. Il faut construire davantage de logements, parce qu'avoir un toit pérenne, c'est la dignité retrouvée, mais aussi l'autonomie et l'indépendance.**

ont un recul par rapport à leur expérience. Par ailleurs, beaucoup n'ont pas toujours été dans une situation de précarité et elles ont des expériences diverses. Aussi, ce sont des personnes avec des compétences et des savoirs sur lesquels, bien souvent, les professionnels ne s'appuient pas assez. D'autre part, les délégués font remonter la complexité des

« IL FAUT ENTRE SIX ET HUIT ANS POUR SE REMETTRE PSYCHIQUEMENT ET PSYCHOLOGIQUEMENT DE TROIS ANNÉES PASSÉES DANS LA RUE. »

procédures d'accès au logement, un millefeuille administratif décourageant. Ceci est d'autant plus pénible qu'à la rue, on vit « éparpillé » : il faut courir d'un endroit à un autre pour manger, prendre sa douche, faire la manche, récupérer son courrier dans une association... Même s'il y a eu des simplifications, notamment avec la mise en place d'un numéro unique de demande de logement, cela n'est pas suffisant.

S. A. : Au regard de ces constats, que préconisent les délégués ?

B. M. : La politique en faveur du « logement d'abord » est primordiale à leurs yeux, car avoir toit pérenne, c'est la dignité retrouvée, mais aussi l'autonomie et l'indépendance. Dans les centres d'hébergement, il y a des règlements, des horaires, les travailleurs sociaux peuvent entrer dans les chambres, on ne peut se faire à manger, on vit avec des gens qu'on ne connaît pas. Or la politique d'accès au logement ne se traduit pas suffisamment sur le terrain à cause de la pénurie d'appartements. Dans les zones tendues, comme à Paris, il y a en moyenne dix ans d'attente pour un logement en habitation à loyer modéré (HLM) pour une personne seule. C'est le même problème dans les grandes villes. Donc, ce que nous disent les délégués, c'est qu'il est nécessaire avant tout d'accélérer la construction de logements. Cependant, d'autres mesures peuvent être prises, comme la réquisition des appartements vides ou leur mise à disposition en échange de travaux de rénovation pour les occuper. Il faudrait aussi une diversification de l'offre, par exemple proposer davantage de logements « inclusifs » du type pension de famille avec un maître de maison, dont la mission n'est pas de faire de l'accompagnement social, mais de créer du lien en organisant des activités collectives. Les personnes qui ont passé de

nombreuses années dans la rue ont parfois du mal à habiter seules dans un appartement ; l'isolement est difficile à vivre. En revanche, avoir un studio équipé, avec sanitaires et kitchenette tout en bénéficiant d'un accès à une salle commune où l'on peut prendre ses repas de temps en temps si on le souhaite ou participer à des activités, cela peut permettre de faire une transition. D'autres propositions sont défendues, comme une formation plus approfondie des travailleurs sociaux – autour de la relation d'aide plus participative – ou l'activation d'un dossier d'accès au logement dès l'entrée dans un centre d'hébergement et pas seulement quand le professionnel en charge du suivi estime que le sans-abri est prêt à être relogé.

S. A. : Dans quelle mesure cette parole est-elle prise en compte ?

B. M. : En règle générale, les institutions jouent le jeu, au-delà de l'obligation juridique d'intégrer des experts d'usage dans l'élaboration des politiques publiques, qui sont gérées de façon trop abstraite et technique. Ces paroles tangibles donnent une réalité sensible qui modifie les approches. Au-delà, la participation au CNPA ou aux CRPA est aussi un déterminant de santé dans la mesure où elle favorise le dialogue, les échanges et l'engagement des délégués, constituant ainsi un véritable vecteur d'inclusion sociale. Et ce faisant, cela change leur vie : certains acceptent de se soigner, d'autres de reprendre contact avec un travailleur social, plusieurs ont trouvé un travail et sont relogés.

S. A. : Comment l'épidémie de Covid-19 a-t-elle été prise en compte par le CNPA ?

B. M. : Il a fallu dans un premier temps répondre à l'urgence sanitaire du premier confinement, qui posait de graves problèmes : comment se confiner dans des centres qui accueillent plusieurs personnes par chambre ou en dortoir ? Comment se laver alors que les bains-douches sont fermés ? Comment être en contact avec son travailleur social ? Comment se nourrir alors que les circuits de l'aide alimentaire sont

grippés, les bénévoles étant retenus chez eux ? Une plateforme numérique a été mise en place pour que les délégués volontaires recueillent des récits de confinement de personnes en situation de précarité. Entre sa mise en ligne le 2 avril 2020 et la fin du mois de mai, elle a rassemblé près de 150 contributions et préconisations. Tous les dix jours, ces témoignages faisaient l'objet de synthèses qui ont été envoyées à la Dihal, à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et à la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP). Elles ont eu un écho, la Dihal ayant répondu par écrit et proposé la tenue de deux conférences téléphoniques. Ces récits ont mis en évidence que des personnes étaient encore « confinées » dehors malgré les moyens sans précédent déployés, et en particulier l'ouverture d'un nombre exceptionnel de places d'hébergement. Ils ont permis aussi de repérer des angles morts dans les dispositions prises par les pouvoirs publics ; notamment du fait de la suspension de l'accès à l'aide alimentaire, des chèques services permettant aux personnes en précarité de faire des courses avaient été distribués. Or, ils n'étaient pas acceptés dans l'ensemble des supermarchés. On peut dire aujourd'hui que l'accès à l'hébergement s'est amélioré. La suspension de la trêve hivernale a permis d'espérer que les personnes précaires ne seraient pas remises à la rue. En revanche, rien n'a changé concernant l'accès pérenne à un logement. C'est ce que souligne la Cour des comptes dans son rapport annuel 2021¹, dont la première partie est consacrée aux conséquences de la pandémie sur les finances publiques : le plan Logement d'abord 2018-2022, adopté en 2017 par le gouvernement, est une avancée, mais la mise en œuvre de ce plan se heurte encore à de nombreux obstacles, comme l'offre de logements sociaux et adaptés insuffisante dans les territoires les plus tendus. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

« Accéder à un logement en Seine-Saint-Denis peut être un véritable parcours du combattant »

Entretien avec l'équipe de La Trame, dispositif expérimental dédié aux personnes en souffrance psychique à Saint-Denis, co-porté par la mutuelle La Mayotte et l'association À Plaine Vie.

La Santé en action : Pourquoi avez-vous décidé d'accompagner ces publics en situation de vulnérabilité ?

La Trame : La Trame accueil, orientation, échange est un dispositif qui est né à la suite d'une recherche-action [1] effectuée au sein du groupe d'entraide mutuelle (GEM^h) de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) en 2016. À l'époque, nous constatons que beaucoup de personnes qui fréquentaient le GEM avaient besoin d'une aide que ce soit sur le plan administratif ou de l'accompagnement à la vie sociale, et elles venaient en faire la demande dans le seul endroit qu'elles connaissaient, à savoir le GEM. Il fallait donc créer un espace-tiers – c'est La Trame – pour que le GEM puisse garder ce qui fait sa force : la vie quotidienne, le collectif, les activités culturelles. La Trame est fortement marquée par les caractéristiques du territoire sur lequel elle agit (nord-ouest de la Seine-Saint-Denis), à savoir la grande précarité sociale et économique, le nombre important de personnes en situation d'exil, le manque de structures d'accueil, les déserts médicaux... Ainsi, les problèmes que rencontrent certaines personnes accueillies complexifient les enjeux de santé mentale : précarité économique (chômage notamment), difficultés administratives, toxicomanie, difficultés d'accès à un logement salubre... En réponse à cela, l'équipe

de La Trame articule ses interventions autour d'une conception de la souffrance psychique qui prend en compte toutes les dimensions sociales et environnementales des troubles d'une personne et de son mal-être : dans sa vie quotidienne, son environnement, sa situation sociale, économique, et qui tient compte de sa possibilité de participer activement aux projets la concernant. Nous sommes aussi très en lien avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM) des territoires et c'est d'ailleurs aussi grâce à l'aide de celui de Saint-Denis que La Trame a pu voir le jour. Un des principes de La Trame est l'accueil inconditionnel, en cela inspiré par l'expérience du groupe d'entraide mutuelle de Saint-Denis. Enfin, l'action de la Trame vise à intensifier et à faire émerger le potentiel « aidant », le potentiel « sachant » ou le potentiel « soignant » des personnes accueillies en leur laissant la possibilité d'animer des permanences d'accueil et en les rétribuant pour cela. L'important est de faire en sorte que les personnes accueillies puissent expérimenter des formes de réciprocité, qu'il n'y ait pas de relations d'aide à sens unique. Cela permet également aux professionnels d'apprendre au contact des participants dans d'autres contextes que ceux marqués par les rendez-vous individuels, où les premiers rendent service aux seconds. La Trame est composée aujourd'hui de huit coordinateurs qui participent tous aux différentes dimensions du dispositif.

S. A. : Quel public accompagnez-vous ?

La Trame : Nous accueillons plutôt des adultes avec ou sans reconnaissance de handicap. La plupart fréquentent ou ont fréquenté la psychiatrie. L'accueil inconditionnel pour

L'ESSENTIEL

▣ **À Saint-Denis, La Trame est un lieu-ressource qui soutient les personnes dans leurs différentes démarches. La question de l'accès ou du maintien dans un chez-soi est une préoccupation majeure pour les personnes qui fréquentent le lieu.**

un lieu dédié à la souffrance psychique nous semble pertinent. En effet, une souffrance peut venir de multiples facteurs, trajectoires ou processus singuliers (l'exil, la grande précarité, le travail, etc.) et ne se réduit pas à la seule pathologie. Sur un tel territoire, les conditions et les parcours de vie sont tels que les frontières entre souffrance sociale et souffrance psychique s'en trouvent largement brouillées. Les personnes que nous accueillons peuvent venir des GEM du territoire ou avoir été orientées par certains centres médico-psychologiques (CMP), par certains services sociaux ou par les réseaux d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (Résad) auxquels nous participons. Beaucoup de personnes viennent aussi, car elles habitent ou fréquentent le quartier et qu'elles ont trouvé une porte ouverte. Le bouche à oreille fonctionne bien également : des usagers de nos services orientent parfois aussi leurs amis ou leur famille.

S. A. : Quel accompagnement La Trame propose-t-elle ?

La Trame : Le plus souvent, à partir de la demande d'une personne, nous essayons de nous mettre en lien et en réseau avec les autres personnes (professionnels ou non) qu'elle connaît et qui peuvent aussi lui apporter un appui. L'idée est d'essayer, quand cela est possible, d'orienter ceux qui le désirent vers des services qui pourraient

leur apporter une aide plus pérenne, car nous accueillons beaucoup de personnes et, de ce fait, nous ne pouvons pas être aussi présents qu'un service qui en accueille un nombre limité. L'accompagnement proposé varie de l'une à l'autre : certaines viennent trouver à La Trame un repère dans leur quotidien, où elles peuvent circuler, boire un café, discuter, s'investir au sein du lieu (permanence d'accueil, cuisine, cours de français, interventions devant des professionnels ou des étudiants, etc.) ; d'autres viennent y trouver un espace où régler des problèmes individuels (logement, accès aux droits, à la santé, etc.), et souvent les deux en même temps pour la plupart. En effet, l'idée est de proposer à la fois des moments individuels et des temps collectifs, car nous pensons que ce sont ces deux actions ensemble qui peuvent concourir à un mieux-être. Cette continuité relationnelle est nécessaire pour rompre l'isolement social et avec les processus de marginalisation. Tout aussi nécessaire est l'intrication entre le fait de garantir une certaine permanence au sein du lieu et le fait de pouvoir circuler dans d'autres espaces, qu'ils soient spécialisés en santé mentale ou non. Pour cela, travailler le réseau est essentiel.

S. A. : L'accès et le maintien dans un logement individuel sont-ils la première étape de votre accompagnement ?

La Trame : Dans les faits, en raison des politiques de désinstitutionnalisation (NDLR : réduction des capacités d'accueil dans les établissements publics au cours des dernières décennies), les personnes les plus en difficulté que nous avons rencontrées ne sont plus abandonnées à l'hôpital, mais elles vivent dans leur famille, dans un hôtel, dans la rue ou seule dans un logement dont elles ne sortent quasiment plus. Dans ce contexte, l'idée est de constituer un lieu d'accueil de proximité, de créer des liens de confiance dans le quotidien et de pouvoir accompagner, conseiller et faciliter les démarches d'une personne en attendant d'autres prises en charge des différents partenaires médico-sociaux, sociaux ou sanitaires. Enjeu majeur dans la vie de chacun, la question du logement, d'habiter quelque part revient souvent dans la vie des personnes à qui nous essayons d'apporter un soutien. Accéder à un logement en

Seine-Saint-Denis peut être un véritable parcours du combattant. Comme La Trame n'a pas de logement propre à proposer aux participants qui en auraient besoin, nous sommes dépendants des structures extérieures (115, bailleurs sociaux, foyers d'accueil, résidences sociales...). En cela, même si nous pensons qu'avoir un chez-soi est primordial, nous nous heurtons aussi à des problèmes plus structurels comme le manque de places dans les structures d'hébergement ou le manque de logements sociaux. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'avoir un logement ne signifie pas tout le temps qu'il est décent ou qu'on s'y sent bien, d'où le travail de veille à effectuer et les mises en lien avec les bailleurs lorsque cela est nécessaire, pour favoriser non plus l'accès mais le maintien.

S. A. : Comment favorisez-vous l'accès et le maintien dans le logement de ces publics ?

La Trame : Concrètement, nos actions concernant le maintien et l'accès au logement se déclinent de la façon suivante : 1) aide à la constitution de dossiers divers ; 2) entretien téléphonique avec le 115 lorsqu'il s'agit de mise à l'abri ; 3) mise en lien et travail de coordination avec les bailleurs sociaux lorsqu'une personne souhaite déménager ou lorsqu'elle rencontre des problèmes dans son appartement (difficultés à payer le loyer, dettes locatives, infestation du logement par des punaises de lit – un vrai fléau en Seine-Saint-Denis – nécessitant la coordination d'une intervention de désinsectisation, mais aussi en cas de problèmes de voisinage ou d'encombrement du logement) ; 4) aide à la recherche de logement sur les sites d'annonces prévus à cet effet ; 5) aide au déménagement ou à l'installation de meubles. Nous avons aussi un partenariat efficace avec la plateforme Santé mentale qui agit au sein du bailleur social Plaine Commune Habitat pour aider à l'accès et au maintien dans le logement de personnes en souffrance psychique. Nous pouvons aussi faire des visites au domicile de personnes très isolées et qui sortent rarement de chez elles. De fait, l'accompagnement des publics en souffrance psychique requiert la collaboration d'un ensemble d'acteurs et implique donc de travailler les liens des personnes en souffrance avec un territoire dans son ensemble

(dispositifs sanitaires, médico-sociaux, sociaux ; familles, amis, élus, organismes en charge du logement, de l'emploi, de la vie associative et culturelle locale...). Entre 2020 et 2021, nous avons travaillé avec une quarantaine de personnes autour de ces questions de logement. Nos partenaires et financeurs sont l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, le département de la Seine-Saint-Denis, les politiques de la ville.

S. A. : Le dispositif de La Trame est-il pérenne ?

La Trame : La Trame n'est pas encore pérennisée et dépend donc d'appels à projet et de subventions limitées dans le temps pour continuer à exister. À l'avenir, nous aimerions développer notre action concernant l'habitat inclusif ou habitat communautaire. Une association comme L'Autre lieu est spécialisée dans ce secteur depuis des années à Bruxelles, proposant des habitats communautaires aux personnes le désirant. Le travail de construction de réseaux est une des bases sur lesquelles s'appuie La Trame ; pour cela, il nous arrive de nous déplacer pour aller voir des dispositifs qui nous intéressent, en France et en Europe (Italie, Belgique...). Notre démarche est un peu la résultante de l'étude de divers mouvements : *Psichiatria Democratica* en Italie, les « colonies familiales » en France, l'idée de secteur telle que théorisée par Lucien Bonnafé, l'analyse institutionnelle et la clinique de La Borde ou, plus récemment, l'expérience *Un chez soi d'abord* à Marseille. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Dispositif associatif d'insertion, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale pour les personnes en situation de vulnérabilité et de fragilité dues à des troubles psychiques, dans une logique de pair-aidance.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Vaillant A., Molinier P., Mugnier C., Sabatier J. *Entre la ville et nous. Recherche-action autour de l'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune (Seine-Saint-Denis)* [Rapport] À Plaine Vie, Université Paris-13, Unité transversale de recherche en psychogénèse et psychopathologie, décembre 2016 : 80 p.

Habitat, logement, santé publique : quelles pistes d'actions pour l'agence régionale de santé Île-de-France ?

Dr Luc Ginot,
directeur de la santé publique,
Pascal Giry,
responsable du département
santé-environnement,
agence régionale de santé
Île-de-France (ARS-IDF), Saint-Denis,
Seine-Saint-Denis.

Que les conditions d'habitat et de logement soient l'un des principaux vecteurs d'inégalités de santé en Île-de-France n'est pas une découverte. Cependant, l'épidémie de Covid a d'une certaine façon rendus incontournables, réifiés – dans le sens « incarnés en une réalité palpable » – les mécanismes d'atteinte à la santé portés par de mauvaises conditions de vie. Ainsi, l'habitat dégradé est apparu de façon plus concrète comme déterminant socio-environnemental de santé, et il s'est inscrit à l'agenda politique et opérationnel. L'agence régionale de santé d'Île-de-France s'est trouvée ainsi confortée dans sa stratégie d'intervention multiaxiale (prenant en compte les multiples déterminants de santé).

La lutte contre l'habitat insalubre et indigne, un enjeu sanitaire contemporain

La lutte contre l'insalubrité de l'habitat et ses conséquences sanitaires est fondatrice de la santé publique en France – notamment dans son interaction avec la lutte contre les maladies infectieuses. Cette approche qui s'efforce de

réduire l'atteinte à la santé par une intervention sur l'habitat a parfois été accusée d'effets secondaires (spéculation foncière ou gentrification). Il lui a parfois été reproché une forme de complexité dans les jeux d'acteurs. Cependant, elle a toujours été validée et réaffirmée, y compris récemment dans les débats sur la loi Élan¹, en raison de son efficacité propre, et surtout de sa congruence avec les besoins de la population. Bâtir une politique de lutte contre l'habitat insalubre dans le champ de la santé publique répond à une réalité sociale et clinique : pour les familles confrontées à l'habitat insalubre, l'enjeu essentiel, vis-à-vis duquel elles attendent une réponse qu'elles souhaitent rapide, est d'ordre sanitaire – notamment en regard du développement des enfants et adolescents [1]. C'est ce qui explique la responsabilité essentielle des agences régionales de santé, désormais renforcée par leur mandat en termes de réduction des inégalités sociales de santé.

Les départements santé-environnement des délégations territoriales des ARS sont ainsi conduits à mener les enquêtes au domicile de très nombreuses familles, à établir des diagnostics, à proposer au préfet des prescriptions – ensuite mises en œuvre par les propriétaires ou les services de l'État – et à encadrer l'exercice de ces missions lorsqu'elles sont exercées par les services communaux d'hygiène et de santé, au nom de l'État. Les agents (techniciens, ingénieurs, professionnels de

L'ESSENTIEL

■ **Pour contribuer à ce que les Franciliens, y compris les plus pauvres, ne soient pas logés dans des habitats insalubres et/ou inadaptés, l'agence régionale de santé Île-de-France (ARS-IDF) a conforté la stratégie de lutte contre l'habitat indigne, qui est aussi un dispositif d'« aller-vers » les populations en leur rendant visite afin d'améliorer leurs conditions d'habitat dans une démarche de prise en compte de la santé globale. Cette politique mobilise 50 personnes en équivalent temps plein (ETP), un investissement important affiché comme une priorité forte de l'ARS dont l'un des objectifs majeurs est d'améliorer les déterminants socio-environnementaux de la santé des populations. Ce dispositif s'intègre à une politique beaucoup plus globale mise en œuvre par l'ARS pour lutter contre le mal-logement. En outre, la promotion de la santé liée à l'habitat impose de dépasser la seule intervention sur le logement insalubre.**

santé parfois) qui conduisent ces travaux mettent en œuvre une pratique holistique de la santé publique : ils interviennent en mobilisant des savoir-faire réglementaires, techniques, et en promotion de la santé – notamment par un partenariat avec d'autres professionnels. Ils doivent à la fois répondre à la souffrance des ménages, trouver des réponses



© Yohanne Lamouler, Tendances Floue

adaptées, faire face à des propriétaires souvent très vindicatifs, dans un contexte contentieux croissant, et maîtriser une technologie précise (en matière de plomb, de monoxyde de carbone, d'humidité, ou autre). À l'heure du développement de l'« aller-vers » (entendu comme une pratique de santé publique se portant au plus près des populations), il faut noter qu'ils font partie des rares professionnels qui vont encore exercer leurs missions au domicile des personnes concernées.

Si l'agence régionale de santé Île-de-France a fait le choix de conforter ces équipes (actuellement 50 équivalents temps plein – ETP), c'est non seulement en lien avec la croissance des besoins exprimés, mais aussi parce que ce mode d'intervention, multifactoriel et centré sur les besoins des personnes, est – à l'inverse d'une vision trop répandue – en phase avec des pratiques de promotion de la santé désormais devenues incontournables.

L'impact de cette politique, sur les territoires où l'ARS est en compétence directe, est peu connu et en voici un bilan pour l'Île-de-France : en 2019 (derrière année sans impact de la Covid), 1 415 dossiers ont été ouverts ; 389 dossiers ont été clôturés, c'est-à-dire qu'une solution ou une réponse a été trouvée. C'est sur le socle de cette pratique que, désormais, il est nécessaire d'aller plus loin.

Le saturnisme, un combat en évolution permanente

L'histoire du saturnisme infantile lié au plomb en habitat dégradé peut et doit être considérée comme un des beaux succès en santé publique : par une intervention mixte de dépistage et intervention sur le bâti et/ou relogement, l'épidémie des années 1990 et 2000 a régressé de façon spectaculaire : la proportion d'enfants avec des primo-plombémies supérieures ou égales à 100 µg/l est passée, entre 2000 et 2018, de 11,5 % à 1,5 % (données Santé publique France, issues du Système national de surveillance des plombémies de l'enfant) ; les cas graves sont devenus rarissimes. Ce succès qui illustre les effets d'une intervention portant sur les causes autant que sur les conséquences ne doit cependant pas laisser penser que le problème est résolu : les populations de certains territoires restent sous-dépistées, et plus généralement la population est de moins en moins dépistée. Surtout, les connaissances concernant les effets sanitaires, quel que soit le niveau de l'exposition au plomb, imposent une stratégie plus offensive, recherchant des sources de contamination – sols pollués, activités des parents, présence dans l'espace public – différentes des sources jusqu'alors plus classiquement décrites (*i. e.* peintures au plomb...), mais dont l'impact sera aggravé par d'autres facteurs de risque (surpopulation, pauvreté des

familles...). Relancer la politique régionale de lutte contre le saturnisme en mobilisant ses partenaires est donc une priorité de l'agence.

La santé des personnes mal logées et des personnes hébergées

De nombreuses publications [2] abordent le lien entre santé et mal-logement. Ce terme recouvre des réalités différentes, très prégnantes en Île-de-France. On citera la question des personnes hébergées chez des tiers de façon durable : ces situations, massives en petite couronne, ont un impact sur les parcours d'apprentissage, la santé des adolescents, la cohérence des parcours de soins. La présence de rongeurs ou de nuisibles dans l'habitat est perçue par les familles comme un risque majeur, à juste titre. Lors de l'élaboration du projet régional de santé (PRS), les *focus groups*² avec les habitants de quartiers populaires ont insisté sur la question de l'hygiène de proximité (parties communes des habitations). La précarité énergétique a des conséquences bien documentées (voir article « *La précarité énergétique affecte la santé physique et mentale* » dans ce dossier). Enfin, la surpopulation des logements est un facteur de risques infectieux, psychique et qui atteint aussi le développement psychomoteur de l'enfant et la santé des adolescents [3]. Cet impact varie probablement selon que la surpopulation est considérée comme le prix à payer pour se loger dans un quartier attractif, ou qu'elle est subie pour des raisons d'assignation économique ou sociale à un logement de mauvaise qualité.

Il faut reconnaître que l'action publique est peu structurée vis-à-vis de ces enjeux, y compris dans le champ de la promotion de la santé, alors qu'elles concernent une grande partie de la population modeste. Cette insuffisance répond aussi à une faible production de connaissances et de recherches en France sur le sujet, contrastant avec la situation en pays anglo-saxons. Le récent appel à projets de l'ARS Île-de-France [4] (clôturé et en cours d'attribution, *NDLR*) vise à soutenir des actions plus larges et mieux structurées.



© Yohanne Lamoulière / Tendence Floue

La santé des personnes hébergées (en hôtels sociaux, centres hospitaliers universitaires – CHU, etc.) nécessiterait des développements spécifiques. On se contentera de souligner qu'aux mécanismes précédents d'atteinte à la santé, ici aggravés, se surajoutent d'autres facteurs, en particulier l'insécurité psychosociale des enfants et la fatigue due à de longs temps de transport, notamment en lien avec l'éloignement de plus en plus fréquent des structures d'hébergement. Là encore, les réponses publiques ne sont pas, à ce jour, à la hauteur des enjeux sanitaires. Le développement des démarches d'« aller-vers », dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé, va améliorer sensiblement la continuité de la prise en charge, mais il sera de peu de secours sur les facteurs liés au logement lui-même, qui relèvent d'autres politiques – notamment d'hébergement.

La périnatalité est un domaine où ces mécanismes ont des effets aggravés. Les études soutenues par l'ARS Île-de-France [5 ; 6] montrent à la fois l'impact de l'absence de logement fixe sur la santé, en particulier des enfants en relation avec les conditions de logement [7] et celui d'un lien trop fragile avec un logement qui puisse être mentalement investi comme un chez-soi. C'est pourquoi des programmes spécifiques sont initiés par l'agence : programmes de soutien à domicile lorsque les conditions d'habitat sont

fragiles, de promotion de la santé, ou de l'expérimentation d'hébergement accompagné : Lits halte soins santé (LHSS) ou centre d'hébergement d'urgence pour des femmes avec pathologies sortant de maternité sans logement ou mal logées.

Le logement et l'habitat au cœur des approches en santé urbaine

L'approche par le concept de santé urbaine (lien entre le fonctionnement social et urbain et la santé), généralisée en pays anglo-saxons, reste sous-utilisée en France, et ces domaines mériteraient d'être mieux explorés.

D'une part, si le logement peut constituer un facteur de risque par une exposition continue, il peut aussi être cause de détérioration de la santé. C'est notamment le cas lors d'expulsion locative, traumatisme familial aux conséquences sanitaires multiformes, y compris dans la phase précédant le départ du logement, comme en témoigne la littérature nord-américaine – y compris récemment autour de la Covid [8] ; mais aussi lors des rénovations urbaines induisant des déménagements collectifs.

D'autre part, les phénomènes de ségrégation urbaine viennent aggraver les effets propres du logement : les quartiers les plus dégradés sont souvent moins dotés d'aménités (ici : espaces verts, équipements collectifs, circulations douces) propices à

l'activité physique ; ils sont souvent plus enclavés, et avec des déficits marqués en offre de soins et en services. Des mécanismes plus subtils semblent intervenir : le système éducatif peine à intégrer les contraintes d'un habitat dégradé ou insalubre (obstacles au développement et aux apprentissages, absentéisme pour causes d'asthme ou autres...), créant une interaction entre le déterminant « inégalités d'habitat » et le déterminant « inégalité d'éducation » dans la santé de l'enfant. Par ailleurs, la programmation de logements sociaux devrait être évaluée en tenant compte de son effet sanitaire : une production suffisante en logements sociaux de grande taille et financièrement très accessibles, qui ne soit pas concentrée sur les seules communes déjà dotées est la condition d'une réduction des impacts de l'habitat sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

On voit que la promotion de la santé liée à l'habitat impose de dépasser la seule intervention sur le logement insalubre. C'est la raison pour laquelle l'ARS IDF s'est dotée depuis quelques années d'une stratégie de plaidoyer qui la conduit à soutenir des évaluations d'impact sur la santé (EIS), à signer des conventions avec de grands intervenants urbains, ou à peser sur des schémas de programmation urbaine. Il ne s'agit pas ici de d'outrepasser ses missions, mais bien d'en exercer la plénitude, en assumant des interfaces avec les

autres politiques publiques. On peut d'ailleurs souhaiter que ces stratégies « *rechercher et agir sur les "causes des causes"* » soient davantage soutenues dans les futurs plans nationaux santé-environnement (PNSE).

On soulignera que, depuis mars 2020 et tout au long de la crise de la Covid, les actions sur l'habitat, y compris sur le mal-logement, menées par l'agence régionale de santé Île-de-France ont été diversifiées. Lors du confinement, les équipes de l'ARS (techniciens territoriaux, etc.) ont été réorganisées pour pouvoir se déplacer sur les situations les plus urgentes, et développer les interventions à distance. Un document en direction des proches et des intervenants auprès des familles en habitat dégradé a été édité et diffusé [9]. La question de l'isolement des personnes confrontées à la Covid a été abordée, et il a été décidé avec la préfecture de région qu'en cas de positivité, les personnes en habitat insalubre comme celles en hébergement ou à la rue pouvaient être prise en charge dans les centres d'accueils spécialisés créés. Peu de familles issues de cet habitat ont cependant fait appel à cette possibilité.

Affronter les enjeux de demain pour aller plus loin

En conclusion, si le socle de l'intervention publique est désormais solide, de nombreuses difficultés restent à franchir. La question des ressources humaines est – ici comme ailleurs – incontournable : il est nécessaire de revaloriser les métiers de l'intervention sanitaire en habitat, et notamment des techniciens et des ingénieurs sanitaires, et d'assurer des formations suffisantes pour couvrir les besoins. Toutefois, les pratiques doivent également être interrogées. L'action publique est parfois insuffisamment convergente avec celle des associations – par exemple dans le domaine de *l'empowerment* des familles ; or, la participation de ces familles à la démarche de diagnostic et d'amélioration de la santé par le logement, comme à celle de plaidoyer, est une condition de la réussite : cela impose aussi de sortir de postures et de représentations bloquantes. De façon plus large, on mesure l'opportunité de coalitions d'acteurs à l'échelle locale autour des enjeux d'habitat-santé : élus, associations, professionnels de la protection

maternelle et infantile (PMI) ou de la santé mentale devraient construire des cultures partagées. De ce point de vue, les conseils locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont – en Île-de-France – un mandat clair et qui sera renforcé dans les prochaines années.

Enfin, on l'a vu, le développement de connaissances opérationnelles – incluant la recherche clinique, les données épidémiologiques, les connaissances en sciences humaines et sociales, les données médico-économiques, est un impératif. La crise Covid a montré combien la pratique de terrain était pénalisée dans son déploiement par la faiblesse des connaissances théoriques adaptées au contexte français (et par le manque de données sur les déterminants sociaux de l'épidémie). Il y a, de ce point de vue, une forme d'urgence. ■

1. Loi portant sur l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (NDLR).

2. Groupes de discussion ciblés dans un objectif de collecte d'informations (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ginot L., Peyr C. Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement. *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 5 : p. 493-503. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-5-page-493.htm>

[2] *L'État du mal-logement. 21^e Rapport annuel*. Paris : Fondation Abbé-Pierre, 28 janvier 2016 : 380 p. En ligne : <https://www.fondation-abbé-pierre.fr/nos-publications/etat-du-mal-logement/les-rapports-annuels/21e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2016>

[3] Marsh R., Salika T., Crozier S., Robinson S., Cooper C., Godefrey K. *et al.* The association between crowding within households and behavioural problems in children. Longitudinal data from the Southampton Women's Survey. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 2019, vol. 33, n° 3 : p. 195-203. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6563047/>

[4] *Réduction des inégalités sociales de santé. Appel à projet pour financement d'actions structurelles*.

Agence régionale de santé Île-de-France, en cours. En ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/reduction-des-inegalites-sociales-de-sante-appel-projet-pour-financement-dactions-structurelles>

[5] Guyavarch E., Le Méner E., Vandentorren S. (dirs.) *Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France (Enfams). Premiers résultats de l'enquête quantitative*. [Rapport d'étude], Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, octobre 2014 : 444 p. En ligne : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf

[6] Rico Berrocal R., Le Méner E. *La Grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis (RéMI)*. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, 2015 : 118 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/rapport_remi.pdf

[7] Lefeuvre D., Delmas M.-C., Marguet C., Chauvin P., Vandentorren S. Asthma-like symptoms in

homeless children in the Greater Paris Area in 2013: Prevalence, associated factors and utilization of healthcare services in the Enfams survey. *PLoS ONE*, 15 avril 2016, vol. 11, n° 4 : e0153872. En ligne : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153872>

[8] Benfer E. A., Vlahov D., Long M. Y., Wells E. W., Pottenger J., Gonsalves G. *et al.* Eviction, health inequity, and the spread of Covid-19: Housing policy as a primary pandemic mitigation strategy. *Journal of Urban Health*, 2021, vol. 98, n° 1. En ligne : <https://www.semanticscholar.org/paper/Eviction%2C-Health-Inequity%2C-and-the-Spread-of-Policy-Benfer-Vlahov/5bc3989ea3a057bfc4a4fa407abb5a52170ff091>

[9] *Vivre confiné dans des conditions difficiles. Guide d'information et d'accompagnement*. Paris : agence régionale de santé Île-de-France, avril 2020 : 10 p. En ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/56444/download>

Lyon : « Nous contrôlons l'habitabilité des logements et jugeons si la santé de l'occupant est mise en danger »

Entretien avec Catherine Foisil,

responsable du service hygiène urbaine, au sein du service communal d'hygiène et santé de la ville de Lyon.

La Santé en action : Comment intervient le conseiller en environnement intérieur ?

Catherine Foisil : Le conseiller en environnement intérieur (CEI) travaille au sein du service hygiène urbaine. C'est une profession paramédicale, attestée par un diplôme universitaire. D'ailleurs, il peut s'appeler également « conseiller médical en environnement intérieur ». Il est formé pour réaliser un diagnostic de l'environnement d'une personne atteinte de maladies respiratoires, allergiques ou immunitaires. Son intervention se fait sur prescription médicale, par exemple lorsque le médecin constate que l'état de son patient ne s'améliore pas ou se dégrade malgré la prise d'un traitement. Le CEI rend une visite à l'usager, pendant laquelle il examine à la fois les caractéristiques techniques du logement et la façon dont il est habité. Il teste si des acariens ont infesté la literie, fait analyser les moisissures éventuellement présentes, regarde quels produits d'entretien sont utilisés, s'il y a des bougies parfumées, si le logement est aéré et ventilé, etc. Sur place, il fait des recommandations qui sont ensuite consignées dans un rapport envoyé au patient et à son médecin prescripteur. Les conseils portent sur tel ou tel point pour modifier ses habitudes de vie au sein de son logement : aération

de son logement, éviction des allergènes (acariens, chat, chien, plantes...), suppression des moisissures, modalités de nettoyage de la maison et du linge, remplacement des produits nocifs par des produits certifiés Écolabel, etc. Ce rapport permet aussi au médecin d'avoir des éléments supplémentaires de compréhension de la maladie de son patient et d'adapter le traitement. Lorsque des dysfonctionnements dans le bâti sont constatés, nous intervenons, au titre des pouvoirs de police du maire, pour contraindre le propriétaire à faire des travaux. Environ 700 nouvelles saisines pour des dossiers Habitat sont reçues chaque année. En 2018, le CEI a suivi 14 dossiers, dont quatre concernaient des bailleurs sociaux ; six ont donné lieu à des mises en demeure ou à des procédures au titre du Code de la santé publique. En 2021, jusqu'à présent, dix dossiers ont été traités par le CEI, dont sept impliquaient des bailleurs sociaux et six ont été suivis de mises en demeure ou de procédures.

S. A. : Jusqu'où s'étendent les pouvoirs du maire en la matière ?

C. F. : Le maire est en charge de la sécurité et de la salubrité publique. Nous devons contrôler les normes minimales d'habitabilité des logements et juger si l'occupant met en danger sa santé. Ces normes sont définies à ce jour dans le règlement sanitaire départemental (RSD) ; un décret en cours de rédaction devrait le modifier d'ici la fin de l'année : nous vérifions par exemple le système de ventilation, la présence des ouvrants et leur dimension, la hauteur sous plafond, la surface, etc. Attention à

L'ESSENTIEL

À Lyon, le service hygiène urbaine a formé un de ses techniciens au métier de conseiller en environnement intérieur. Ce dernier, à partir d'une prescription médicale, expertise les logements de personnes atteintes de pathologies afin de déterminer si leur habitat est un facteur causal associé de la maladie constatée. Plus largement, le service hygiène urbaine collabore avec la justice, l'agence régionale de santé (ARS) et la caisse d'allocations familiales (CAF) pour lutter contre l'habitat insalubre, contraindre les propriétaires à réaliser des travaux. L'un de ses objectifs majeurs est de soutenir les personnes en grande fragilité pour qu'elles puissent se maintenir dans leur logement ou être relogées si nécessaire.

ne pas confondre avec les normes de décence, dont nous n'avons pas l'application. Par exemple, à l'heure actuelle, un logement qui n'offre pas d'eau chaude est « non décent », mais s'il n'y a que ce seul dysfonctionnement, il ne contrevient pas au RSD. Celui-ci n'exige pas non plus une salle de bains, pièce qui fait pourtant partie des critères d'un logement « décent ». Dans ces cas, nous ne pouvons intervenir ; c'est au locataire de lancer une procédure à l'encontre de son propriétaire auprès du juge civil pour « non-décence ». Lorsqu'une infraction au RSD est constatée, nous mettons en demeure le gestionnaire des lieux pour qu'il y remédie. Nous avons une obligation de résultats, pas de moyens. Après rappel, si rien n'est fait, nous pouvons dresser un procès-verbal de troisième classe

et, parallèlement, informer la caisse d'allocations familiales (CAF) afin que l'aide au logement – quand elle est versée au bailleur directement – soit consignée tant que les travaux n'ont pas été effectués. Si l'habitation présente de multiples désordres, nous rédigeons un rapport qui est ensuite présenté au préfet (*via* l'agence régionale de santé – ARS) pour lancer une procédure d'insalubrité au titre des articles L1331-22 ou L1331-23 du Code de la santé publique. Par arrêté préfectoral, si des travaux sont possibles, un délai est donné au propriétaire pour faire le nécessaire, le loyer est suspendu et il y a une obligation d'hébergement le temps des travaux voire de relogement si aucuns travaux ne sont possibles ou qu'ils sont plus chers que le neuf. Et si rien n'est fait, le préfet peut ordonner les travaux et envoyer la facture au bailleur. Il reste une situation, la plus extrême, où les dysfonctionnements du bâti sont si graves qu'une évacuation immédiate est nécessaire, réalisée au titre des pouvoirs de police générale du maire. C'est un cas assez rare. Cela s'est produit par exemple sur Lyon en 2018, quand nous avons été alertés par un infirmier se rendant au domicile de deux frères ; le logement était tellement délabré et rempli de moisissure qu'il ne voulait plus y aller. Le constat fait sur place par nos services a conclu à un danger immédiat pour la santé d'un des deux frères qui était malade ; nous avons contacté les services sociaux de la ville pour lui trouver une solution d'hébergement. Une autre procédure au titre du Code de la santé publique a ensuite permis la réalisation de travaux pérennes et le retour dans les lieux des occupants.

S. A. : *L'action du CEI n'est-elle pas limitée par l'obligation de prescription médicale ?*

C. F. : La prescription médicale est nécessaire, car c'est un métier paramédical. Notre CEI est aussi inspecteur de salubrité. Au même titre que ses collègues, il peut déclencher les mesures de police administrative que nous venons d'évoquer. De même, les inspecteurs qui vont sur le terrain indiquent aux usagers concernés qu'ils peuvent demander une visite du conseiller en environnement intérieur,

avec une ordonnance de leur médecin. Cela marche dans les deux sens. Il est plutôt rare qu'un CEI fasse partie d'une municipalité. Généralement, ils sont financés par les ARS et rattachés à des structures hospitalières, des mutuelles, des associations de promotion de la santé, etc. Ainsi, avoir un CEI en interne est un véritable atout pour le maire : cela permet d'allier conseils et procédures, pédagogie et pouvoir de police pour améliorer la situation du logement et la santé des occupants.

S. A. : *Quels outils vous semblent efficaces pour améliorer les conditions de logement, déterminant majeur de la santé ?*

C. F. : Doter le service d'hygiène et santé d'un conseiller en environnement intérieur est positif, car il est plus facile d'avoir une complémentarité d'action que lorsque ce poste est dans une structure extérieure n'ayant pas la possibilité de faire des mises en demeure. On pourrait par exemple créer un service mutualisé, où le CEI serait financé par plusieurs communes ou par des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Nous avons signé une convention il y a trois ans avec la CAF. C'est un partenariat qui porte ses fruits. La suspension des allocations est un moyen de pression quand les mesures de police du maire ne sont pas respectées. Il me paraît aussi essentiel de créer des liens plus étroits avec les gestionnaires, les bailleurs sociaux, qui gèrent de nombreux logements dans un parc vieillissant. À Lyon, nous avons réussi à obtenir de nombreuses coordonnées des responsables de secteur. Cela permet d'échanger plus efficacement sur des situations connues de chacun ; ainsi, nous objectivons les saisines, nous pouvons faire des visites communes sur place, nous permettons aux gestionnaires de hiérarchiser leurs travaux. Nous sommes impliqués dans tous les programmes d'amélioration de l'habitat, pilotés par la métropole de Lyon : le Programme d'intérêt général (PIG), l'Opération de restauration immobilière (ORI), le Dispositif métropolitain de lutte contre l'habitat indigne (DMLHI). Lors des réunions, chaque partenaire peut signaler des

problèmes ou des dossiers à traiter en priorité et en transversalité. Nous participons également au pôle départemental de l'habitat indigne, où sont présents l'ARS, la direction départementale du Travail (DDT 69), la Métropole, la CAF, le parquet de Lyon. Nous sommes ainsi en lien étroit avec ce dernier et signalons les situations d'hébergement contraires à la dignité humaine, parfois en abusant de personnes vulnérables. Nous nous sommes même portés partie civile dans une affaire de location par des marchands de sommeil d'un lieu interdit à l'habitat, afin que la municipalité soit dédommée des démarches qui ont dû être effectuées pour y mettre un terme : l'endroit avait été loué trois fois à trois personnes différentes. Et nous avons eu gain de cause.

S. A. : *Comment collaborez-vous aux conseils locaux de santé mentale au sujet du mal-logement ?*

C. F. : Nous participons au groupe de travail Habitat-Santé psychique des différents conseils locaux de santé mentale (CLSM), instances partenariales qui fonctionnent différemment dans chacun des neuf arrondissements de la ville. Le but est de mener une action concertée pour l'usager en souffrance psychique qui « habite » mal son logement. Ce n'est pas facile, parce que la temporalité d'intervention des différents acteurs n'est pas la même : le suivi médical et psychiatrique relève du long terme, l'action de police administrative relève du court terme. L'inspecteur de salubrité, une fois le danger sanitaire identifié, ne peut pas attendre et doit mettre à l'abri la personne, même contre son gré, s'il y a urgence. Des travaux d'office peuvent être enclenchés pour débarrasser le logement d'une personne souffrant du syndrome de Diogène ; dans quasi tous les cas, cette demande émane d'un tiers. Donc, ce sont des situations qui comportent une certaine violence. Cependant, nous essayons d'agir le plus possible ensemble, en partageant les informations et en respectant ce que chacun fait. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Micro-maisons mobiles à Lyon métropole : « Un répit pour les femmes et les enfants sans solution de logement »

Entretien avec Étienne Prime,

responsable de services, association Le Mouvement d'action sociale (Le MAS).

La Santé en action : **Qui est accueilli dans les micro-maisons que vous gérez pour la Métropole de Lyon ?**

Étienne Prime : L'association Le Mouvement d'action sociale (Le MAS) accueille des femmes avec enfants de moins de 3 ans sur le site de la Base (voir l'encadré ci-contre de la Métropole de Lyon), pour une durée minimum de trois ans et avec une capacité de 50 places. Ainsi, 17 familles ont été accueillies en mars 2021 dans des *tiny houses* (micro-maisons) autonomes de 20 m², composées de sanitaires, d'une cuisine et d'une chambre pour les enfants. Ces familles ont été orientées par les services de la protection de l'enfance de la métropole et les services sociaux de proximité à la suite d'un hébergement à l'hôtel durant la pandémie de Covid-19. Les orientations se sont faites de manière concertée et partagée. L'accueil dans ces *tiny* plutôt qu'à l'hôtel offre une réponse supplémentaire, à moindre coût et avec des conditions matérielles d'accueil améliorées (proximité du centre-ville, non-isolement, possibilité de cuisiner) à des familles sans abri ne pouvant pas accéder au logement. Ces micro-maisons sont situées sur des terrains fonciers en attente de projets et donc vacants. L'utilisation de biens ou de terrains temporairement disponibles

est un moyen de limiter les conflits d'usage et d'utilisation des fonciers dans un marché très tendu. Après six mois de fonctionnement, le bilan est positif. Les résidentes paraissent satisfaites et témoignent avoir retrouvé une forme d'autonomie et de confort matériel par la mise à disposition d'un lieu – la *tiny* – qui leur offre une intimité. Les résidentes mettent en avant « la stabilité » du lieu d'accueil après avoir connu pour une grande partie un parcours de rupture (rue, hébergement chez des tiers, prise en charge limitée dans le temps...), « le confort matériel » et « l'autonomie » propre au chez-soi. Des projets d'aménagement du site et d'appropriation de leur lieu de vie sont en cours de développement avec l'équipe afin de favoriser le vivre-ensemble.

S. A. : **Comment accompagnez-vous les habitants des *tiny houses* ?**

É. P. : Le MAS anime le site de la Base, assure le suivi et l'accompagnement des familles : « accès aux droits, suivi du parcours d'insertion, soutien à la parentalité, animation de temps collectifs... », en assurant un fonctionnement global permettant – autant que faire se peut – l'épanouissement des personnes accueillies. Nous considérons l'accueil dans les *tiny houses* comme un lieu de répit pour les femmes et les enfants sans solution de logement, où les femmes, dont la situation administrative ne leur permet pas d'accéder au logement ordinaire, peuvent se poser, dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Une équipe de professionnels,

L'ESSENTIEL

■ Dans la métropole de Lyon, des petites maisons mobiles ont été installées depuis le confinement en raison de la Covid-19 pour héberger des femmes avec leurs enfants et des mineurs. L'association Le MAS gère l'un de ces sites. Une mise en sécurité – pour des familles et des personnes sans abri qui ne pouvaient pas accéder à un logement – qui a bien évidemment un impact favorable immédiat sur leur santé mentale.

composée de deux travailleurs sociaux – une animatrice de vie sociale et un coordinateur du site – est présente sur le site afin de conduire et mettre en œuvre un projet de service autour de trois axes fondamentaux : 1) assurer la sécurité primaire des personnes en leur offrant des services minimums garantissant des droits fondamentaux et un respect de la dignité : un chez-soi fonctionnel et équipé offrant une autonomie de vie et garantissant le respect de la cellule familiale ; une sécurité sociale ; une sécurité alimentaire et de soins par la distribution d'un pécule et d'un complément alimentaire tous les mois ; 2) accompagner les personnes dans leur projet personnel et dans les démarches administratives nécessaires à sa réalisation : soutien aux démarches administratives et sociales pour favoriser leur parcours d'insertion sur la Métropole de Lyon, en lien avec les services sociaux de proximité de la ville de Villeurbanne : accès aux soins, formation, droits au séjour, travail, information sur les démarches, relais ; 3) favoriser l'émancipation individuelle

et collective et l'accès à la citoyenneté : soutien à la parentalité, mise en lien avec des acteurs publics et associatifs du quartier, mise en valeur des compétences de chacune. Toutes ces actions répondent à un double objectif : un soutien administratif dans les démarches pour permettre à ces personnes de faire évoluer leur situation administrative afin qu'elles puissent accéder au logement ordinaire et une « invisibilisation » positive dans la société tout en leur permettant d'avoir un ancrage territorial fort, d'accéder à un épanouissement personnel et à un bien-être social (réseau d'emploi, accès à la culture, soutien parental, réseau amical et social).

S. A. : Le MAS intervient-il dans d'autres actions de lutte contre le sans-abrisme ?

É. P. : L'association le MAS intervient dans le champ de l'action sociale depuis 1961 à travers notamment l'accueil, l'accompagnement et l'aide aux personnes en situation de victime, de souffrance psycho-sociale, de précarité, d'exclusion ou de handicap. L'association accueille des femmes, des hommes, des enfants de tous âges, de tous horizons culturels, de toutes origines et nationalités. Ces personnes ont des histoires et des parcours différents, mais elles ont en commun la vulnérabilité, la précarité et l'absence de soutien : victimes de violences et d'infractions pénales, personnes sans domicile et en parcours d'errance, personnes en situation de

handicap (physique et/ou mental), personnes sortant de détention et d'institutions, usagers de drogues, migrants et personnes exilées.

S. A. : Comment avez-vous réagi à la paupérisation aggravée lors de la Covid-19 ?

É. P. : En soutien avec les pouvoirs publics, les réponses de l'association à la pandémie de la Covid-19 ont été multiples : une réponse immédiate à des publics particulièrement précarisés par la Covid en ouvrant des centres d'hébergement durant le premier confinement (un centre Femmes victimes de violence et un centre pour personnes isolées en errance). Ces deux centres temporaires ont permis, en lien avec l'État et la métropole, d'apporter une première réponse dans l'urgence pour faire face à des situations aiguës de danger, générées par la pandémie. Nous avons créé également de nouveaux centres d'hébergement comme celui de la Base, en multipliant les formes de réponses pour limiter le sans-abrisme sur notre territoire. Les réponses sociales ont été adaptées à la pandémie, et notamment quant aux interrogations face aux « guichets fermés » des services publics, étant donné que nous accueillons principalement un public qui fait peu ses démarches en numérique. La pandémie que nous traversons est un véritable révélateur de fragilités structurelles pour des publics à la marge de dispositifs ou de services publics (socialement, mentalement,

économiquement, administrativement...). Nos missions d'accueil et d'insertion nous invitent sans cesse à redéfinir ces marges pour réajuster les cadres d'intervention et répondre le plus justement possible aux évolutions des besoins. ■

Propos recueillis par Yves Céry, rédacteur en chef.

Pour en savoir plus

- Pour une Métropole accueillante et hospitalière. [Dossier de presse] *Métropole de Lyon*, 15 avril 2021 : 13 p. En ligne : https://www.grandlyon.com/fileadmin/user_upload/media/pdf/espace-presse/dp/2021/20210415_dp_metrople-accueillante.pdf
- Guyot É. À Villeurbanne, des « tiny houses » pour lutter contre la précarité. *La Croix*, 21 avril 2021. En ligne : <https://www.la-croix.com/France/A-Villeurbanne-tiny-houses-lutter-contre-precarite-2021-04-21-1201152012>
- Yannick Kusy. Hébergement temporaire d'urgence : les « Tiny Houses » trouvent leur place dans le Grand Lyon. *France 3*, 16 avril 2021. En ligne : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/lyon/hebergement-temporaire-d-urgence-les-tiny-house-trouvent-leur-place-dans-le-grand-lyon-2047729.html>
- Grand Lyon : des mini-maisons pour SDF. [Vidéo] *BFM TV*, 24 mars 2021. En ligne : <https://twitter.com/BFMLyon/status/1374700028481114112>
- Sébastien D., Guille-Épée A., Parayre B., Delage J., Rivalain J.-P., Évêque P. Logement : les mini-maisons, une solution pour lutter contre la crise ? [Vidéo] *France TV*, 1^{er} juin 2021. En ligne : https://www.francetvinfo.fr/economie/immobilier/prix-immobilier/logement-les-mini-maisons-une-solution-pour-lutter-contre-la-crise_4646897.html

À LYON, OBJECTIF « ZÉRO REMISE À LA RUE »

La Métropole de Lyon définit ainsi son programme global d'actions contre le sans-abrisme : « La métropole est fortement engagée dans différents dispositifs nationaux, comme le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme ou la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. Elle a renforcé ses actions en 2020 par la mise en œuvre du plan « Zéro remise à la rue » aux côtés de l'État, des associations et des bailleurs sociaux et par le déploiement d'une politique d'hospitalité qui s'est concrétisée par : 1) la création de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement : tiny villages (villages de petites maisons mobiles), logements vacants, hôtel, accueil citoyen, etc. ; 2) la mise en sécurité des sites occupés et fourniture des

équipements minimum permettant d'assurer la dignité des personnes sur ces sites.

L'ouverture de sites d'hébergements d'urgence s'inscrit dans cette nouvelle politique d'hospitalité accueillante mise en œuvre par la Métropole de Lyon pour réduire toutes les formes de sans-abrisme. La Métropole de Lyon a mobilisé ses bâtiments et terrains vacants pour proposer de nouveaux lieux d'occupation temporaire afin de répondre à des besoins urgents, ponctuels, flexibles. La Métropole de Lyon a sollicité l'association Le MAS pour l'hébergement de personnes en grande précarité en août 2020 pour répondre à des publics identifiés comme relevant de la protection de l'enfance et préalablement mis à l'abri à l'hôtel durant la pandémie de

Covid-19 : 1) des jeunes hébergés en squat et en attente d'un passage en jugement pour reconnaissance de minorité ; 2) des femmes avec enfants de moins de 3 ans mises à l'abri par la Métropole à l'hôtel durant les confinements liés à la pandémie de Covid-19. La Métropole a ainsi ouvert trois sites sur le territoire métropolitain en 2020-2021 : 1) la Station, accueil de 52 jeunes en attente de reconnaissance de décision du juge des enfants dans des préfabriqués par l'association Le MAS ; 2) la Base et les Amazones, gérés respectivement par le MAS et le Foyer, disposent de 50 places pour femmes avec enfants en tiny house. »

Source : Métropole de Lyon, point d'étape effectué en septembre 2021.

« Faire revenir les familles dans le centre de Besançon en améliorant la qualité du logement »

Entretien avec Pierre-Alain Thiébaud, chargé de projet Action cœur de ville, **Jean-Luc Legain,** technicien principal, direction Hygiène-Santé, mairie de Besançon (Doubs).

La Santé en action : Comment contrôlez-vous la salubrité des logements de Besançon pour garantir la santé de leurs occupants ?

Pierre-Alain Thiébaud et Jean-Luc Legain : Les contrôles de salubrité relèvent du pouvoir de police du maire. Il s'agit de veiller à ce que les logements soient conformes au règlement sanitaire départemental, au Code de la santé publique, au Code de la construction et de l'habitation. Nous recevons chaque année entre 100 et 120 plaintes émanant de particuliers, le plus souvent des locataires. Il y a trois cas de figure : non-décence du logement, désordres mineurs, mise en danger des personnes. Quand les problèmes relèvent de la non-décence, nous ne pouvons intervenir ; ce sont des litiges d'ordre privé qui sont portés devant un conciliateur de justice. La non-décence est définie dans le décret du 30 janvier 2002 qui précise notamment les caractéristiques minimales auxquelles doit satisfaire un logement. Quand les problèmes relèvent de désordres mineurs – qui sont le premier niveau d'infraction au règlement sanitaire départemental, comme des fenêtres qui ferment

mal, un chauffage qui ne fonctionne pas bien, une ventilation peu performante, etc. –, nous adressons une mise en demeure au propriétaire ; s'il ne fait rien, nous transmettons un procès-verbal au procureur de la République. Lorsqu'il y a mise en danger de la sécurité ou de la santé des personnes, nous alertons le préfet par un rapport d'enquête, qui prend un arrêté d'insalubrité. L'insalubrité résulte de désordres majeurs multiples et est qualifiée par un coefficient ; elle ne concerne qu'un dossier ou deux par an ; la grande majorité de ceux que nous traitons sont des désordres mineurs. Dans 95 % des cas, le propriétaire fait les travaux demandés. À défaut, la caisse d'allocations familiales (CAF) peut conserver l'aide au logement quand elle est versée directement au propriétaire tant que celui-ci ne fait pas les travaux. La CAF est alors alertée par la direction Hygiène-Santé (DHS) dans le cadre de la commission départementale de la lutte contre l'habitat dégradé, à laquelle participent également d'autres organismes comme la préfecture, l'agence régionale de santé (ARS), la direction départementale des territoires (DDT), l'agence départementale pour l'information sur le logement (Adil), le département... C'est un bon outil de pression, assez efficace.

S. A. : Quels sont les objectifs du programme Action cœur de ville ?

P.-A. T., J.-L. L. : Historiquement, Besançon est une ville défensive, construite dans un méandre du

L'ESSENTIEL

▣ **La ville de Besançon donne la priorité au contrôle de la salubrité des logements. Ainsi, elle alerte le préfet par un rapport d'enquête lorsqu'il y a mise en danger des occupants (locataires ou propriétaires). Parallèlement, elle mène une opération de réhabilitation de l'habitat ancien dégradé du cœur de ville et contrôle les locations en centre-ville pour dissuader les bailleurs de louer des logements indécents ou insalubres.**

Doubs. Il y a donc dans le centre un bâti ancien, dense et compact, au milieu de rues étroites ; les logements, majoritairement de petites surfaces, sont imbriqués, disposant de peu d'espaces extérieurs. Certains habitants vont alors chercher à la périphérie ce qu'ils ne trouvent pas dans le centre : de la verdure, des facilités de stationnement, un logement plus spacieux, éclairé et confortable. Pour autant, le taux de vacances n'est que de 10 %. Le centre-ville reste tout de même très apprécié par les habitants, notamment par les étudiants – Besançon est une ville universitaire. La volonté politique est de faire revenir des habitants dans le centre-ville, particulièrement des familles, en améliorant la qualité du logement. Le territoire s'est donc doté d'une opération programmée d'amélioration de l'habitat – renouvellement urbain (Opah-RU), à

laquelle participent plusieurs acteurs : la municipalité de Besançon, Grand Besançon Métropole, l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah) et la Banque des territoires. L'objectif est de moderniser 520 logements d'ici 2026 (soit environ 10 % des logements de l'Opah-RU).

S. A. : Avec quels outils déployez-vous ce projet de rénovation ?

P.-A. T., J.-L. L. : Nous nous appuyons, d'une part, sur un volet incitatif et, d'autre part, sur un volet coercitif pour déployer ce projet de rénovation. Le premier consiste à encourager les propriétaires et les copropriétaires à faire des travaux, grâce à différentes primes d'un montant de 1 000 euros à 15 000 euros. Il y en a une quinzaine : isolation phonique ; regroupement de petits logements en un seul ; création d'une terrasse ; végétalisation d'une cour (ce qui permet de lutter contre les îlots de chaleur) ; installation d'un ascenseur ; aménagement de locaux communs, comme un espace pour garer les vélos ; etc. Il existe aussi une prime pour inciter les propriétaires de logements vacants à faire des travaux afin de remettre leur bien sur le marché, en complément du dispositif fiscal en vigueur. Nous avons recruté un animateur pour accompagner ce dispositif. Depuis un an, nous avons recensé une centaine de porteurs de projets, qui ont fait une demande de prime. Une trentaine sont éligibles et six aides ont été attribuées.

S. A. : Comment fonctionne le volet coercitif pour améliorer les conditions de logement des habitants ?

P.-A. T., J.-L. L. : Nous avons repéré environ 20 adresses de bâtis très dégradés, souvent abandonnés, donc vacants. Notre objectif est d'en requalifier au moins sept dans un premier temps, avec des moyens alloués. En fonction de son état et de sa localisation, le bâtiment peut être soit détruit, soit réhabilité, soit réaffecté à un autre usage que l'habitat. L'animateur mène d'abord un travail de sensibilisation pour mobiliser les propriétaires en vue d'une réhabilitation. Nous avons installé une veille

sur les ventes des biens ciblés, et lorsque nous avons une alerte, nous prenons contact avec l'acquéreur. Si celui-ci ne présente pas un projet de réhabilitation cohérent, nous pouvons préempter. Dans le premier cas qui s'est présenté, nous avons pris un arrêté de péril et d'insalubrité. Il y a eu saisie du tribunal administratif et nominations d'experts, préalablement à la démolition, pour vérifier la solidité des bâtiments contigus. Ce projet prévoit de garder la façade sur rue, protégée, et de construire derrière en transformant 15 minuscules logements en 4 appartements familiaux neufs. C'est un premier résultat. Le programme d'amélioration de l'habitat étant évolutif, nous pouvons y ajouter de nouvelles cibles au fur et à mesure des prospections de notre animateur.

S. A. : À quelles difficultés vous heurtez-vous ?

P.-A. T., J.-L. L. : Ce sont des rénovations qui prennent beaucoup de temps, d'abord à cause des procédures administratives. Ensuite, les travaux sont complexes à effectuer, dans des rues piétonnes et étroites. Tout est plus compliqué : les démolitions, qui bien souvent ne peuvent se faire qu'à la main, sans aide d'engins ; l'évacuation des déchets *via* ces mêmes rues... Cela renchérit considérablement le coût de la réhabilitation (plus 30 % en moyenne). Ainsi, malgré le soutien financier des partenaires du programme (Anah, Action Logement), les bilans d'opération sont difficiles à équilibrer pour les bailleurs sociaux. Pour le premier bâtiment par exemple, nous avons contacté trois bailleurs sociaux du territoire, dont deux ont décliné, parce qu'ils ne parvenaient pas à équilibrer leur plan de financement. En outre, les travaux causent des nuisances et il faut faire de la pédagogie auprès des riverains et des commerçants.

S. A. : En quoi consiste le permis de louer instauré par la municipalité ?

P.-A. T., J.-L. L. : Mis en place à partir du 1^{er} mai 2021, le permis de louer est une expérimentation menée sur un périmètre de 6 000 logements dans le centre-ville. Avant de mettre

leur bien en location, les propriétaires concernés doivent demander une autorisation à la mairie. Ils ont été informés par courrier de cette nouvelle disposition, et pendant six mois, nous avons mené une communication auprès des notaires, des agences immobilières, à travers nos sites Internet ou les réseaux sociaux, etc. Concrètement, notre animateur – qui est un prestataire extérieur – instruit le dossier sur la base de pièces administratives comme le diagnostic technique du logement. Si des éléments semblent suspects, une visite est organisée. Si nous n'autorisons pas la location ou si nous émettons des réserves, parce que le logement risque de porter atteinte à la santé ou à la sécurité de l'occupant, nous proposons une offre de services au propriétaire, afin qu'il engage des travaux. À ce jour, nous avons refusé de délivrer une autorisation. 58 % des dossiers ne posaient pas de problèmes et 42 % des dossiers ont reçu des autorisations avec réserves. Ces réserves sont généralement suivies de travaux dans les six mois, ce qui permet d'améliorer le parc locatif bisontin (installation de garde-corps, mise aux normes électriques, lutte contre l'humidité ou les infiltrations d'air excessives...).

S. A. : Quelles sont les éventuelles limites d'un tel permis de louer ?

P.-A. T., J.-L. L. : Les propriétaires malhonnêtes peuvent contourner le dispositif en ne demandant pas l'autorisation. Un marchand de sommeil bien connu dans la ville louait d'anciens locaux commerciaux en habitations qui n'avaient pas de fenêtre. Nous ne l'avons su que parce qu'un des locataires s'est plaint auprès de nos services. C'est pourquoi la ville renforce son dispositif de contrôle en essayant de trouver ceux qui dérogent à la règle, avec la CAF, l'État et la Poste. Si nous apportons la preuve qu'il y a location et qu'il n'y a pas eu de permis de louer, l'État peut alors engager une procédure. Le contrevenant s'expose à une amende de 5 000 euros par logement, de 15 000 euros en cas de récidive. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

« Loger les jeunes qui sont dans la rue et les aider à développer leurs compétences psychosociales »

Entretien avec

Dr Pascale Estécahandy,

coordinatrice nationale du programme Un chez-soi d'abord, au sein de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal).

La Santé en action : À quoi tente de répondre le programme Un chez-soi d'abord Jeunes, initié en 2019 ?

Pascale Estécahandy : En 2021, on compte 21 dispositifs Un chez-soi d'abord s'adressant à l'ensemble de la population adulte quel que soit l'âge ; 11 autres devraient voir le jour l'an prochain. Et un certain nombre de personnes de moins de 25 ans y sont intégrées. Une étude canadienne portant sur le programme *At Home – Chez-soi* (dispositif *Housing First*) a montré que si ce public – lorsqu'on le fait bénéficier d'un accès à un logement – a un taux de maintien dans le logement aussi bon que les adultes plus âgés, en revanche, les résultats sur la santé, l'insertion sociale ou la qualité de vie sont moins probants. Par exemple, il n'y avait pas d'effet plus important sur l'accès à l'emploi pour les jeunes suivis par les dispositifs classiques que pour ceux suivis par les dispositifs *Housing First*, et la question d'adapter le modèle à ce public a été posée. Il y a des spécificités chez ces jeunes qui expérimentent la rue : les causes, les conséquences et les conditions de leur itinérance sont différentes de celles d'un public plus âgé. En particulier, des éléments liés à des psycho-traumatismes vécus dans l'enfance sont très présents.



© Yohanne Lamoulière / Tendresse Flore

De plus, à leur âge, on ne sait pas gérer un budget, ni comment s'occuper d'un appartement, comme tout jeune adulte qui doit passer par cette phase d'apprentissage. C'est la raison pour laquelle un accompagnement plus soutenu paraît nécessaire dans leur cas, ciblant particulièrement le développement des compétences psychosociales. Autrement dit, il s'agit de loger les jeunes qui sont dans la rue et de les aider à développer leurs compétences psychosociales et à affronter les premiers symptômes de la maladie psychiatrique. Le but de l'expérimentation Un chez-soi d'abord Jeunes n'est pas de savoir si ce dispositif est efficace, on le sait ; c'est de comprendre quels sont les besoins particuliers de cette population. Deux dispositifs de 50 places chacun, respectivement sur Toulouse et Lille, ont été ouverts fin 2019 pour accueillir dans un logement pérenne des jeunes d'une vingtaine d'années, qui vont être suivis pendant quatre ans. Cette démarche fera l'objet d'une évaluation par le centre régional d'études, d'actions et d'informations – observatoire régional de la santé d'Occitanie (CREAI-ORS

L'ESSENTIEL

▣ Destiné dans un premier temps aux adultes plus âgés, le programme Un chez-soi d'abord, qui fournit un logement aux sans-abri et leur procure un accompagnement personnalisé, a récemment été adapté pour les moins de 25 ans. Les modalités d'accompagnement sont plus soutenues avec une approche fondée sur l'empowerment, l'appropriation du logement, la coordination des soins, la réhabilitation psychosociale, l'accès à la formation professionnelle et à l'emploi, les activités de loisirs et le retissage éventuel de liens avec la famille.

Occitanie). Des programmes *Housing first for youth* existent déjà en Écosse, en Irlande et au Canada.

S. A. : Quels jeunes peuvent bénéficier de ce programme ?

P. E. : Le dispositif s'adresse aux 18-25 ans sans domicile, en situation régulière, qui souffrent de pathologies mentales. Celles-ci ne sont pas forcément clairement diagnostiquées

compte tenu de l'âge de ces jeunes, mais un faisceau de symptômes sont présents. Ils n'ont en général pas passé beaucoup de temps dans la rue, mais ils ont de grandes chances d'y séjourner longtemps si un accompagnement particulier ne leur est pas proposé. Ils échappent à l'offre habituelle et sortent sans solution d'hébergement du dispositif de l'aide sociale à l'enfance (ASE), et pour beaucoup, ils ne veulent plus vivre en collectivité, que ce soit en foyer-logement ou en famille d'accueil et subir le poids des institutions. Ils sont orientés vers le dispositif par les équipes mobiles psychiatrie-précarité, les maraudes, les services de soins en psychiatrie ou en pédopsychiatrie, les travailleurs sociaux des missions locales ou autres structures du territoire, etc.

S. A. : Comment s'organise l'accompagnement plus soutenu d'Un chez-soi d'abord Jeunes ?

P. E. : Le principe du *Housing first* ne change pas : la personne choisit le lieu où elle souhaite habiter, le quartier, le type de logement, le mobilier... dans la fourchette des ressources financières disponibles, bien sûr. Aucune condition préalable d'arrêt des drogues ou de prise d'un traitement psychiatrique n'est requise. Ceci fait, l'accompagnement commence, avec une équipe plus étoffée que dans le dispositif qui accompagne les adultes plus âgés. Là où, dans le dispositif généraliste, on compte un professionnel pour dix personnes, le rapport est d'un professionnel pour six dans le programme Jeunes. L'objectif est le maintien dans le logement et le rétablissement de la santé mentale, et la personne décide de l'agenda et des services d'accompagnement dans l'éventail que propose l'équipe. Une des premières actions est consacrée à l'ouverture des droits : demande d'allocation logement, d'allocation adulte handicapé éventuellement, garantie jeunes, etc. Les modalités d'accompagnement sont également adaptées à ce public avec une approche fondée sur les forces visant l'*empowerment*, l'appropriation du logement, la coordination des soins, la réhabilitation psychosociale, l'accès à la formation professionnelle et à l'emploi, les activités de loisirs et le retissage éventuel de liens avec la

famille. En contrepartie, les jeunes s'engagent à recevoir l'équipe deux fois par semaine – pas forcément à leur domicile d'ailleurs ; la rencontre peut se faire dans un café ou au centre social de leur quartier – et à payer le résiduel de leur loyer dès qu'ils ont des droits et des revenus.

S. A. : Quelles sont les compétences professionnelles des accompagnants de ce jeune public ?

P. E. : La démarche requiert nécessairement des équipes pluridisciplinaires, composées de personnel médical : médecin psychiatre et généraliste, infirmier.ère, psychologue ; de travailleurs sociaux : éducateur, assistant.e social.e, conseiller.ère en économie sociale et familiale ; et de médiateurs de santé pairs. Ces derniers, qui ont un savoir expérientiel des pathologies mentales, sont essentiels pour faire le lien notamment avec les services de soins, mais aussi pour parler des effets potentiels des traitements, de ce que c'est que vivre au quotidien avec la maladie. L'approche de cet accompagnement repose sur les outils du rétablissement : plan de rétablissement, plan de crise, plan de bien-être, etc. Une fois les désirs des jeunes exprimés, leurs forces et compétences ainsi que leur réseau évalués, l'équipe les accompagne dans les différentes étapes pour qu'ils puissent les réaliser. La difficulté avec ce public, c'est par exemple de passer d'une prise en charge par la pédopsychiatrie à celle de la psychiatrie pour adultes, qui requiert de l'autonomie pour prendre soi-même ses rendez-vous avec le médecin et pour gérer ses traitements. Les jeunes ont besoin d'être soutenus dans cet apprentissage, d'autant que pour eux, ce sont encore les premières crises, ils n'y sont pas habitués, c'est violent à vivre. La peur des effets secondaires des traitements ne facilite pas leur observance et la tentation de l'automédication avec des substances psychoactives ou de l'arrêt des médicaments est grande.

S. A. : Quel bilan dressez-vous aujourd'hui de cette action ?

P. E. : Nous manquons de recul puisque l'évaluation de l'expérimentation – qui durera jusque fin 2022 – n'est pas encore disponible.

Néanmoins, nous pouvons dire que cela se passe globalement bien. Même si la crise sanitaire n'a pas facilité la dimension collective de l'accompagnement, notamment l'accès aux activités sportives ou de loisirs. Tous les jeunes accueillis sont restés dans le dispositif jusqu'à présent. Ils sont, au contraire des personnes plus âgées, très demandeurs ; ils ont envie que « ça » bouge dans leur vie. De façon générale, ils sont plus réactifs que les adultes plus âgés, répondant davantage aux propositions qui leur sont faites. Ils ont plus d'énergie et sont moins abîmés par l'existence, même s'ils ont connu des épisodes de vie difficiles. Sur le long cours, on sent cependant qu'il ne faut pas les lâcher. Les jeunes venant de la rue restent fragiles et sont susceptibles d'y retourner. Si, à la fin de l'expérimentation, ceux qui ont 25 ans sont toujours là, ils pourront éventuellement continuer d'être pris en charge via le dispositif s'adressant aux adultes de tous âges.

S. A. : Le déterminant de santé « logement » est-il la première marche indispensable au rétablissement de ces jeunes ?

P. E. : Une étude récente portant sur les jeunes *Neet*¹ – qui ne sont ni scolarisés, ni en formation, ni en emploi – montre que le logement, l'activité, les ressources économiques et l'accompagnement par une personne-ressource sont les éléments fondamentaux pour avoir de meilleures conditions de vie et qu'ils sont étroitement liés. D'une certaine manière, faire du logement la première étape permet de commencer par du concret : payer son loyer, entretenir son appartement... Le fait d'avoir accès à un logement est une sécurité primordiale pour le quotidien, une porte sur laquelle s'ouvre le champ des possibles, notamment l'opportunité de renouer du lien social. C'est un point de départ indispensable, l'outil-socle permettant une démarche de rétablissement en santé mentale. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Not in education, employment or training.

La Réunion : « Aider la personne à se rétablir en lui permettant d'accéder à un logement »

Entretien avec Eddy Hamel, directeur, association Allons Déor.

La Santé en action : Pourquoi avoir lancé le dispositif Gagn'1 Kaz à la Réunion ?

Eddy Hamel : Le dispositif Gagn'1 Kaz a été créé en 2012, en réponse à une problématique importante à la Réunion de personnes à la rue et ayant des troubles psychiques. Construit sur le mode d'intervention de type *Housing First* (programme déployé en France : Un chez-soi d'abord – voir dans ce même numéro l'article « Loger les jeunes qui sont dans la rue et les aider à développer leurs compétences psychosociales »), Gagn'1 Kaz s'est appuyé sur la nécessité de proposer un logement permettant d'assurer le mieux-être de la personne et ainsi de prévenir les hospitalisations et les prises en charge en santé tant physique que mentale. En parallèle, un accompagnement communautaire est mis en place afin de faciliter l'inclusion de la personne dans son environnement direct en mobilisant les partenaires de droit commun. En l'espace de sept ans, le dispositif a fait ses preuves et s'est formalisé au travers d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) porteur du dispositif national d'Un chez-soi d'abord. Ce GCSMS regroupe plusieurs unités. Pour la santé mentale : l'établissement public de santé mentale Réunion (EPSMR), le centre hospitalier universitaire (CHU) ; pour l'addiction : le réseau d'ouverture thérapeutique et éducative (OTE) ville/hôpital, Addictions France ; et Allons Déor traite de

la gestion locative. L'équipe pluridisciplinaire de ce GCSMS accompagne actuellement 50 personnes qui ont bénéficié d'un logement avec un accroissement prévu de 50 personnes en 2022. Allons Déor, précurseur de cette intervention, participe pleinement à ce nouveau groupement à travers la mise à disposition de professionnels et la gestion locative des logements (prospection, gestion, appui technique) dans le cadre de l'intermédiation locative. Le postulat de Gagn'1 Kaz ou d'Un chez-soi d'abord est d'aider la personne à se rétablir en lui permettant d'accéder à un logement.

S. A. : Où en est le déploiement du programme Un chez-soi d'abord à la Réunion ?

E. H. : Un chez-soi d'abord accompagne actuellement 50 personnes qui ont bénéficié d'un logement. Répartis sur toute l'île, ceux-ci sont adaptés aux besoins des personnes (T1/T2 en logement privé ou social) et à leurs ressources (revenu de solidarité active – RSA et allocation adulte handicapé – AAH). L'équipe intervient donc sur tout le département et met en place une méthodologie fondée sur la pluridisciplinarité. Cette équipe est composée de travailleurs sociaux, d'une infirmière, d'un psychiatre, d'un médecin et d'un travailleur-pair ; elle participe à la coordination et construit un accompagnement adapté vers le rétablissement en lien avec la référence de parcours.

S. A. : Quels sont les autres programmes d'aide au logement portés par l'association Allons Déor ?

E. H. : Allons Déor porte plusieurs dynamiques ayant pour objectif la

L'ESSENTIEL

■ **L'association réunionnaise Allons Déor a mis en place le programme Gagn'1 Kaz, qui propose un logement autonome à des personnes à la rue, souffrant de troubles psychiques. Cette initiative démontre que l'accès à un logement stable et abordable est un facteur de rétablissement pour des personnes qui ont connu de longs parcours de rue et des hospitalisations répétées en psychiatrie. Ce dispositif est désormais intégré dans un programme plus large : Un chez-soi d'abord, à la Réunion.**

désinstitutionnalisation (accès à une autonomie en dehors des établissements de prise en charge, *NDLR*) à travers une entrée et un maintien au logement. Sortir ces personnes de la rue, de prison, d'hôpital, de structures médico-sociales ou de pension est la mission des différents dispositifs d'Allons Déor. Cette mission comprend le logement (*Housing First* – Un chez soi d'abord) ou l'emploi (*Working First* – Un travail d'abord) afin de soutenir la personne ayant un trouble psychique dans sa mobilisation pour être un citoyen à part entière, lui faciliter l'accès aux droits, l'épauler afin qu'elle puisse mettre en avant son bien-être. Dans cet objectif, nos partenaires ont une expertise dans l'inclusion, les addictions, le handicap ou l'insertion professionnelle.

S. A. : En quoi consiste le nouveau programme Kaz Départ ?

E. H. : Depuis plus de dix ans, Allons Déor a constaté une difficulté certaine pour accompagner vers et dans la communauté le public des moins de 25 ans ayant un parcours au sein de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Une forte présence de ce public à la rue et avec de multiples problématiques a

amené la réflexion d'un projet adapté. La difficulté de l'accès aux ressources financières stables et le lien étroit entre logement et emploi pénalisent considérablement ce public qui doit être accompagné dans une démarche globale de projet de vie, sur un temps plus long. Ceci est particulièrement vrai lorsque la personne, du fait de son parcours et de ses troubles, est dans une grande souffrance psychosociale. Pour ce faire, en partenariat avec le conseil départemental de la Réunion et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), un dispositif spécifique a été mis en place dans le cadre de la stratégie pauvreté afin d'apporter une réponse pour ce public à la rue : Kaz Départ. Notre équipe accompagne ces personnes vers l'accès à un logement grâce à une coordination dédiée et un accompagnement global. Elle valorise la personne demandeuse, sans lier l'intervention à un projet d'insertion professionnelle, à un suivi médical ou à une abstinence. Plus la personne demandeuse est en difficulté – addictions, troubles psychiques, troubles du comportement, etc. –, plus les moyens d'interventions s'adaptent : soutien financier, ameublement, accompagnement physique, etc., pour permettre une revalorisation de la personne et

une réinscription dans l'environnement. Ce dispositif expérimental s'est construit comme pour Gagn'1 Kaz, sur les expérimentations d'Un chez-soi d'abord Jeunes, qui est présent sur certains territoires métropolitains (Lille, Toulouse, etc.). À la Réunion, une quinzaine de jeunes sont accompagnés dans le cadre du dispositif Kaz Départ.

S. A. : *Quels sont les premiers résultats du programme Un travail d'abord, récemment initié ?*

E. H. : Le logement n'est qu'un début : vient ensuite l'accompagnement de la personne pour qu'elle puisse s'inscrire dans un projet de vie lui permettant de s'inclure dans la communauté. L'insertion professionnelle est naturellement l'étape suivante. Depuis 2014, nous travaillons étroitement avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) et les partenaires orienteurs – Pôle emploi, CAP Emploi, mission locale – pour accompagner les personnes demandeuses et bénéficiaires d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), et cela à travers le dispositif de prestations d'appuis spécifiques (PAS). Une équipe composée de travailleurs sociaux et de conseils en insertion professionnelle,

formée au *job coaching* et à l'intervention auprès d'un public ayant des problématiques de santé mentale, accompagne une centaine de personnes sur le territoire de la Réunion, dans le cadre de l'insertion professionnelle (accès ou maintien) et du développement des compétences (valorisation, formation, sensibilisation). Toutefois, nous avons constaté qu'il était important de développer d'autres stratégies, principalement pour le public ne bénéficiant pas de la reconnaissance du statut de handicap ou ayant besoin d'une période adaptée. C'est pourquoi nous participons au montage d'un dispositif d'Un travail d'abord sur la Réunion : les professionnels (travailleurs sociaux, conseillers en insertion professionnelle, travailleurs-pairs) sont notamment formés à la démarche de placement et au soutien individuel. De plus, des travailleurs-pairs devraient être recrutés afin de mobiliser leur savoir acquis par l'expérience et de le traduire en savoir professionnel.

S. A. : *Quelles ont été les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur votre activité et sur les personnes que vous accompagnez ?*

E. H. : La crise de la Covid a eu un impact important sur notre structure, aussi bien pour le public que pour les

ACCÈS À UN LOGEMENT : UN RETOUR VERS LES DROITS, QUI PERMET DE STABILISER LES SITUATIONS

La Fondation Abbé-Pierre a dressé en 2017 un bilan de l'accès au logement via les dispositifs de type Gagn'1 Kaz et Un chez-soi d'abord à la Réunion. Elle conclut que « *Avoir un logement permet de remettre en place l'ensemble des droits et des aides auxquels peuvent prétendre les personnes. Ainsi, toutes ont des ressources après leur relogement et recouvrent leurs droits à la CMU [couverture maladie universelle, NDLR]. Le besoin de sécurité se traduit notamment par une demande importante de mesures de protection (tutelles dans la plupart des cas). Enfin, la baisse du recours aux colis alimentaires va de pair avec la stabilisation des ressources financières, l'apprentissage de la gestion quotidienne, mais aussi la capacité à prévoir et cuisiner chez soi.* »

La Fondation relate que l'impact de l'accès au logement sur la santé des personnes est important : elles sont moins souvent hospitalisées, y compris pour motifs d'addictions ;

Les partenaires de santé, mais aussi tous les partenaires du territoire, ont un rôle indispensable pour réduire les risques liés aux conduites addictives et aux troubles psychiques.

Ainsi, malgré des ressources et un reste-à-vivre faibles après le paiement du loyer et des charges, « *80 % des personnes logées considèrent que leur situation financière s'est améliorée, et 92 % se disent satisfaites de leur logement, même si l'ameublement reste un point faible : difficile à acquérir, il est souvent donné ou acheté de mauvaise qualité, et ne facilite pas l'appropriation du logement. Lorsque les personnes se sentent mieux, elles émettent souvent le souhait d'un logement plus grand, avec une chambre à part, non seulement pour leur confort, mais aussi parce qu'elles reprennent des relations avec leurs enfants ou avec leur famille. Cette demande est un bon indicateur d'inclusion, même si les mutations chez les bailleurs sont très difficiles.* »

La Fondation conclut en soulignant que l'accès au logement stabilise les personnes et leur redonne confiance en leurs interlocuteurs et en leur environnement : « *En contribuant à éclaircir, voire résoudre des situations très complexes, Gagn'1 Kaz permet aux personnes de croire en un projet de vie. La stabilité dans le logement met fin à des demandes d'aides multiples et réitérées, parce que les réponses données étaient insuffisantes pour résoudre tous les problèmes rencontrés à la rue. Rassurées sur leur sécurité dans le logement, les personnes montrent une meilleure compréhension de leur situation, et des capacités à faire des choix pour évoluer.* »

Source : Fondation Abbé-Pierre la Réunion, en partenariat avec l'association Allons Déor et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Accès au logement de personnes à la rue avec des troubles psychiques. Une expérience menée par Allons Déor à la Réunion. *Les Cahiers du logement*, avril 2017 : p. 11, Évolution accès aux droits. En ligne : https://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/laccès_au_logement_de_personnes_a_la_rue_avec_des_troubles_psychiques_-_la_reunion.pdf

professionnels accompagnants. Toutefois, cet impact, négatif au premier abord, a aussi favorisé une mobilisation des partenaires et a permis de réelles avancées dans le cadre de l'hébergement et du logement des personnes à la rue. Les différents partenaires institutionnels et associatifs ont su se réunir et se coordonner afin de proposer des solutions : dispositif de mise à l'abri généralisé ; ouverture de places d'hébergement temporaire pendant le premier confinement ; aide financière pour l'entrée au logement ; coordination des acteurs pour faciliter la mobilisation du parc

privé et du parc social ; soutien actif de l'agence régionale de santé (ARS) et des partenaires pour l'accès aux soins. Le lien entre le logement et la santé a donc été mis en avant pendant cette crise grâce à la volonté de notre territoire de porter soutien et appui au public demandeur et vulnérable à ce virus (comorbidité importante, contamination accrue, accès aux soins restreints, etc.). Par exemple, la priorité est donnée au public à la rue dans les campagnes de vaccination, après un important travail de la Fondation Abbé-Pierre, de la Direction de l'économie, de

l'emploi, du travail et des solidarités (Deets) et de l'ARS. Le travail essentiel des équipes est de pouvoir transmettre au public accompagné vers un logement toutes les informations utiles sur cette pandémie afin que la personne logée puisse être au fait de ses droits et de ses devoirs – confinement, vaccination, mesures barrières, pass sanitaire, etc. ; le but étant de respecter la volonté de la personne, tout en la sensibilisant et en répondant à ses demandes. ■

Propos recueillis par Yves Céry, rédacteur en chef.

DE LA RUE AU LOGEMENT : TÉMOIGNAGES À LA RÉUNION

Monsieur S., 47 ans :

« C'est la vie qui commence ! »

Célibataire sans enfant, M. S. n'a jamais eu de logement et n'a connu durant plus de trente ans que la rue et l'hébergement de quelques compagnons de galère. Pour « adoucir » sa situation, Monsieur S. a développé une addiction à l'alcool ; lorsqu'il a bu, il a de fortes difficultés d'élocution et ses propos sont incompréhensibles. Il fuit par conséquent tout contact et toute démarche administrative. Une agression, puis une décompensation l'ont conduit à l'EPSMR [établissement public de santé mentale de la Réunion, NDLR]. Il est connu du Caarud [centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, NDLR] qui l'a convaincu de demander le RSA [revenu de solidarité active, NDLR] en 2015, et l'a signalé à Gagn'1 Kaz en février 2016. Lorsque nous l'avons rencontré, il ne se coupait pas les cheveux et ne portait jamais de chaussures. Pour ses vêtements, il estimait qu'« un short suffit à la Réunion ». Ayant des ressources, il a pu entrer dans un logement social à l'Est dès avril 2016. L'attente dans sa région d'origine, l'Ouest, était très longue, et il a choisi de changer de territoire. Notre crainte qu'il ne s'adapte pas à son nouvel environnement a été rapidement balayée : en un mois, Monsieur S. s'est recréé un réseau social dans sa cité : il est connu de tous et son intégration dans son logement se passe sans difficulté particulière. Il demande à être accompagné pour aller chez le coiffeur ou acheter des vêtements, mais son frigo est plein à craquer, de bons petits plats mijotent tous les jours, il se permet même d'acheter une bouteille de champagne de temps à autre pour le plaisir. Le ménage : « pas tous les jours, mais je me laisse pas aller,

c'est ma maison... ». Trois mois après son arrivée, un logement lui a été proposé dans le cadre du Dallo [droit au logement opposable, NDLR] dans sa région d'origine : « quand je suis bien chez moi, ils veulent me changer de place, ils sont fous ! » Une demande d'AAH [allocation pour adulte handicapé, NDLR] a été déposée à sa demande, et un lien avec le CCAS [centre communal d'action sociale, NDLR] a été fait. Un an après son emménagement, la situation de Monsieur S. est stabilisée, il s'est approprié son logement et un glissement de bail est en cours. Pour lui, « C'est la vie qui commence ! »

Monsieur P., 52 ans :

« Croire à une autre vie possible »

Avant sa vie dans le chemin, Monsieur P. a vécu en logement. Il est suivi depuis plusieurs années par l'EPSMR au CMP [centre médico-psychologique, NDLR], et par le Caarud pour une addiction à l'alcool. Suite à une notification de fin de bail qu'il n'a pas prise en compte, Monsieur P. s'est retrouvé en rupture de logement en août 2015. Bénéficiaire de l'AAH, sans économies et sans effets personnels si ce n'est ses vêtements, Monsieur P. s'est retrouvé dans une situation de grande précarité. C'est pourquoi le Caarud l'a immédiatement orienté vers Gagn'1 Kaz. Après plusieurs rencontres d'accroche, Monsieur P. évoque ses difficultés, dit à l'éducateur qu'il a un handicap psychique et qu'il souhaite trouver un logement. Celui-ci lui présente l'accompagnement que propose l'équipe, et ils échangent sur les choix de vie qui pourraient lui permettre de retrouver un équilibre. Monsieur P. décide qu'il souhaite adhérer au dispositif Gagn'1 Kaz, et demande à rencontrer l'équipe pour officialiser son adhésion. Il signe son consentement éclairé le

15 octobre 2015. « Trois mois de rencontres, d'échanges, de silences pour lui laisser le choix de choisir ce qui est bon pour lui, pour sa vie ! ». Monsieur P. est entré dans son logement le 11 février 2016 en tant que sous-locataire. Quatre mois d'attente. « C'est long ! », dit-il, tout en restant compréhensif. Une partie de cette attente a permis à Monsieur P. de s'organiser : dans un premier temps, ce nouveau départ a été générateur de stress, d'inquiétudes, de peur de ne pas y arriver. Pas tant au niveau de ses habiletés sociales à vivre dans son logement ou autour de son logement, mais plus sur l'aspect financier.

Après quelques mois passés à expérimenter sa nouvelle vie, Monsieur P. s'est aperçu par lui-même que c'était possible d'assumer financièrement son nouveau logement. Cela l'a rassuré et lui a donné confiance en lui, « croire à une autre vie possible ». À ce jour, après quinze mois passés dans son logement, Monsieur P. est dans une phase de glissement de bail, avec l'accord du bailleur social. Il est dans une démarche de retour vers l'emploi qu'il gère lui-même ou en s'appuyant sur divers partenaires au sein de la collectivité. Monsieur P. n'a plus besoin du service, il le dit avec ses mots et le montre par ses actes citoyens. Une sortie du dispositif Gagn'1 Kaz est prévue à court terme.

Source : Fondation Abbé-Pierre la Réunion, en partenariat avec l'association Allons Déor et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Accès au logement de personnes à la rue avec des troubles psychiques. Une expérience menée par Allons Déor à la Réunion. *Les Cahiers du logement*, avril 2017 : p. 7. En ligne : https://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/lacces_au_logement_de_personnes_a_la_rue_avec_des_troubles_psychiques_-_la_reunion.pdf

Pour compléter ce dossier consacré au logement en tant que déterminant majeur de la santé, nous proposons ici des ressources documentaires organisées selon six axes :

Inégalités sociales de santé, Logement et santé, Logement et crise sanitaire Covid, Recommandations et cadre d'actions, Organismes Ressources, Outils - Guides.

Ce numéro fait écho à quatre autres dossiers parus ces dernières années :

- « **Accompagner le développement du jeune enfant** ». *La Santé en action*, n° 437, septembre 2016. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2016-n-437-accompagner-le-developpement-du-jeune-enfant>
- « **Urbanisme et aménagements favorables à la santé** ». *La Santé en action*, n° 434, décembre 2015. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2015-n-434-urbanisme-et-amenagements-favorables-a-la-sante>
- « **Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?** ». *La Santé en action*, n° 428, juin 2014. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2014-n-428-territoires-fragilises-queelles-strategies-pour-la-sante-des-populations>
- « **Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention** ». *La Santé de l'homme*, n° 414, juillet-août 2011. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-de-l-homme-juil-aout-2011-n-414-inegalites-sociales-de-sante-connaissances-et-modalites-d-intervention>

Sandra Kerzanet,

documentaliste,
Direction Scientifique et International,
Santé publique France.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- **Adam C., Faucher V., Micheletti P., et al.** *La santé des populations vulnérables*. Paris : Ellipses, 2017, 412 p.
- **Bernier N. F.** *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être*. Canada : INSPQ, 2021 : 51 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabilite-inegalites-sociales.pdf>
- **Fondation Abbé Pierre.** *Rapport sur les inégalités en France, édition 2021*. Paris : Observatoire des inégalités, juin 2021 : 176 p.
- **Haut Conseil de la santé publique (HCSP).** *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité* [rapport]. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20091112_inegalites.pdf
- **Labbé É., Moulin J.-J., Guéguen R., Sass C., Chatain C., Gerbaud L.** Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'exams de santé de l'Assurance maladie. *La Revue de l'Ires*, vol. 53, n° 1, 2007 : p. 3-49.
- **Lang T., Kelly-Irving M., Lamy S., Lepage B., Delpierre C.** Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Santé publique*, 2016, vol. 28, n° 2 : p. 169-179.
- **Minvielle G., Lang T.** Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution. *Dossier. ADSP*, n° 113, mars 2021 : p. 9-56.
- **Moleux M., Schaetzel F., Scotton C.** *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action* [rapport]. Paris : IGAS, mai 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml>
- **Organisation mondiale de la santé (OMS).** *Déterminants sociaux de la santé. Rapport du Directeur général*. EB148/24, 6 janvier 2021 : 6 p. En ligne : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-fr.pdf
- **Schweitzer L.** *Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.*

Rapport 2021. France Stratégie, mars 2021 : 133 p. En ligne : <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-pauvrete-rapport2021-avril.pdf>

LOGEMENT ET SANTÉ

- **Combes B., Legendre A.-L., Remvikos Y.** Urbanisme et santé : quelle place pour les habitants des quartiers défavorisés dans la réduction des inégalités ? Retour d'expérience dans le cadre d'une EIS conduite en région parisienne. *Environnement, Risques & Santé*, 2015, vol. 14, n°4 : p. 327-336.
- **Disposer d'un logement : un pas essentiel vers la santé.** *Prescrire*, 2021, tome 41, n° 449 : p. 207. En ligne : <https://www.prescrire.org/Fr/0432186440C518AD6B0D8F2D3BF8E263/Download.aspx>
- **Bidault E., Bellois C., Daude J.** *Santé et précarité énergétique. Revue des approches existantes pour l'analyse des impacts de la précarité énergétique sur la santé des populations*. ONPE, 2019 : 43 p. En ligne : https://www.onpe.org/sites/default/files/onpe_fiche_sante_v3.pdf
- **Domergue M., Taoussi L.** Le mal-logement, déterminant sous-estimé de la santé. *La Santé en action*, n° 437, septembre 2016 : p. 18-21. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-mal-logement-determinant-sous-estime-de-la-sante>
- **Fondation Abbé Pierre.** *Le logement est une question de santé publique*. In : *L'État du mal-logement en France [21^e Rapport annuel]*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2016 : p. 37. En ligne : https://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/1re_partie_-_zoom_-_le_logement_est_une_question_de_sante_publique_-_21e_rapport_2016.pdf
- **Estecahandy P.** « Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement ». *La Santé en action* 2020, n° 451 : p. 46-49. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/un-chez-soi-d-abord-accompagner-les-personnes-sans-abri-vers-et-dans-leur-logement>
- **Fondation Abbé Pierre.** *Quand c'est le logement qui rend malade. Précarité énergétique et santé. Actes du colloque organisé au Conseil économique, social et environnemental (CESE), Paris, 12/12/2013*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2015 : 71 p. En ligne : https://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/quand_cest_le_logement_qui_rend_malade_-_cahier_du_logement.pdf
- **Club ANRU, ARS Île-de-France.** *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes*

pour des projets favorables à la santé. ARS Île-de-France, juin 2021 : 127 p. En ligne : https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/anru_sante-bienetre-version-page-a-page-compressée.pdf

• **Brouillard F. Exploration de l'effet de la salubrité du logement et de l'environnement bâti sur la santé mentale et le bien-être.** [Mémoire]. École de santé publique de l'Université de Montréal, 2017 : 108 p. En ligne : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20556>

• **Broussy L. Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique. « Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations ».** Paris : Ministère délégué à l'Autonomie, ministère de la Cohésion des territoires, ministère délégué au Logement, 2021 : 176 p. En ligne : <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-05/Rapport%20Broussy%20-%20Mai%202021.pdf>

• **Caillaud. D. Moisissures intérieures et santé respiratoire : résultats des études épidémiologiques longitudinales récentes.** *Revue Française d'Allergologie*, n° 58, 2018 : p. 389-391.

• **Colleville A.-C., Kermarec F. Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 82 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/enquetes-etudes/etude-qualisurv-habitat-2013-2014-effets-des-conditions-de-logement-degradees-sur-la-sante.-elements-descriptifs>

• **De la rue à l'habitat favorable à la santé : un déterminant majeur de santé publique** [Replay vidéo] Session. Rencontres de Santé publique France. Paris, Mardi 25 Mai 2020. Vidéo en ligne : <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/sessions/de-la-rue-a-lhabitat-favorable-a-la-sante-un-determinant-majeur-de-sante-publique/>

• **Rapport commandé par la Dihal au Laboratoire d'études et de recherche sur l'intervention sociale (Leris). Étude relative à l'habitat adapté des gens du voyage. Ministère du Logement et du Développement durable.** Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), 2016 : 23 p. En ligne : <https://resodoch.n.typepad.fr/a/6a00d83452026c69e201b7c86ce433970b-pi>

• **Driant J.-C., Lelievre M. / dir. Mal-logement, mal-logés. Rapport 2017-2018.** Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale mal-logement (ONPES), 2018 : 332 p. En ligne : http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/onpes_ra2017_web.pdf

• **Ginot L., Peyr C. Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement.** *Santé Publique*, vol. 22, mai 2010 : p. 493-503.

• **Glorennec P., Mandin C., Mercier F., et al. Expositions et risques sanitaires liés aux composés organiques semi-volatils dans l'habitat. Synthèse du programme de recherche ECOS-Habitat.** *Environnement risques & santé*, vol. 18 n° 5, septembre 2019 : p. 380-391.

• **Chambon N., Gilliot É., Sorba M. L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord.** *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2020 : p. 97-116.

• **Damiens J. Environnement de vie et mortalité. L'impact du logement et de l'environnement immédiat sur la mortalité en Belgique entre 1991 et 2016.** [Mémoire de Master en sciences de la population et du développement]. Louvain : Université catholique de Louvain, 2018 : 157 p. En ligne : <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A15871>

• **Marsh R., Salika T., Crozier S., Robinson S., Cooper C., et al. The association between crowding within households and behavioural problems in children: Longitudinal data from the Southampton Women's Survey.** *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 33, n° 3, 2019 : p. 195-203. En ligne : <https://doi.org/10.1111/ppe.12550>

• **Nicolle-Mir L. Considérer le logement comme un « tout » pour mieux comprendre ses relations avec la santé.** *Environnement risques & santé*, vol. 17, n° 2, mars 2018 : p. 106-107.

• **Observatoire du Samu social de Paris. ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative.** Paris : Observatoire du Samu social de Paris, 2014 : 359 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>

• **Organisation mondiale de la Santé. Santé 2020 : protection sociale, logement et santé.** OMS : Copenhague, septembre 2016 : 8 p. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/338492/housinghealth_F.pdf

• **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Pour un habitat favorable à la santé. Les contributions des villes.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2011 : 112 p.

• **Oleko A., Fillol C., Balicco A., et al. Imprégnation de la population française par le plomb. Programme national de biosurveillance, Esteban 2014-2016. Rapport.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2020 : 53 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/impregnation-de-la-population-francaise-par-le-plomb.-programme-national-de-biosurveillance-esteban-2014-2016>

• **Fondation Abbé Pierre. Rapport sur l'état du mal-logement en France 2021.** Paris : Fondation Abbé Pierre, 2021 : 358 p. En ligne : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/reml2021_rapport_sur_letat_du_mallogement-web.pdf

• **Fondation Abbé Pierre. Le logement est une question de santé publique. In: L'État du mal-logement en France [21^e Rapport annuel].** Paris : Fondation Abbé Pierre, 2016 : p. 37-123. En ligne : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/1re_partie_-_zoom_-_le_logement_est_une_question_de_sante_publique_-_21e_rapport_2016.pdf

• **Laferrère A., Pouliquen E., Rougerie C. Les conditions de logement en France.** Paris : Insee, 2017 : 220 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586377>

• **Ledésert B. Quand le logement rend malade. L'impact de la précarité énergétique sur la santé.** *Informations sociales*, n° 184, avril 2014 : p. 32-37.

• **Organisation mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la commission des déterminants sociaux.** Genève : OMS, 2008 : 246 p. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>

- **Société canadienne de pédiatrie. Les besoins en matière de logement au Canada : une vie saine commence chez soi.** *Paediatr Child Health*, vol. 20, n° 7, 2015 : p. 408-413. En ligne : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/les-besoins-en-matiere-de-logement>
- **Vandentorren S., Roingard C. Effets de santé des déterminants environnementaux chez les Gens du voyage.** *Études Tsiganes*, n° 67, mars 2019 : p. 16-23.
- **Zeghnoun A., Dor F. Description du budget espace-temps et estimation de l'exposition de la population française dans son logement.** Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2010 : 37 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/monoxyde-de-carbone/documents/rapport-synthese/description-du-budget-espace-temps-et-estimation-de-l-exposition-de-la-population-francaise-dans-son-logement>
- **Zitouni F. La lutte contre l'habitat indigne, une politique en quête de gouvernance et d'opérationnalité.** *Droit et Ville*, n° 91, janvier 2021 : p. 243-260.
- **Host S., Mangeney C., Gremy I. Vulnérabilités sociales face à la Covid-19 : principaux constats et perspectives pour une gestion plus durable.** *Environnement risques & santé*, vol. 20, n° 3, mai 2021 : p. 304-307.
- **Labesse E., St-Louis A. Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19 : des stratégies pour des logements abordables et de qualité. Synthèse rapide des connaissances.** Québec : INSPQ, juillet 2021 : 24 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3152-inegalites-sociales-covid-19-strategies-logements-abordables-qualite.pdf>
- **Plan urbanisme construction architecture (PUCA). Le logement face à la crise sanitaire.** Note d'analyse n° 3, octobre 2020 : 13 p. En ligne : http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/note_covid_v2.pdf
- **Vandentorren S., Khirredine I., Estevez M., De Stefano C., Rezzoug D., Oppenheim N., et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid-19 en France.** *BEH*, n° 8, 20 mai 2021 : 17 p. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_8/pdf/2021_Cov_8.pdf

LOGEMENT ET CRISE SANITAIRE COVID

- **Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., et al. Les inégalités sociales au temps du COVID-19.** *Questions de santé publique*, n° 40, octobre 2020 : 12 p. En ligne : https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf
- **Bretagne G., Lang T. Urbanisme et inégalités sociales de santé : La ville impacte-t-elle la santé de tous de la même manière, au temps de la Covid 19 ?** *Droit et Ville*, n° 91, janvier 2021 : p. 25-48.
- **Carde E. Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir : Covid-19 au Québec.** *Santé publique*, vol. 32, n° 5-6, septembre 2020 : p. 461-478.
- **Chan-Chee C., Léon C., Lasbeur L., Lecrique J.-M., Raude J., Arwidson P., et al. La santé mentale des français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1^{er} avril 2020). Publication accélérée.** *BEH*, 2020, n° 13 : p. 260-269. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-mentale-des-francais-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-determinants-de-l-anxiete-au-cours-des-deux-premieres-semaines-de-confi>
- **Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives.** *Dossiers de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)*, n° 62, juillet 2020 : 39 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>
- **Franck N., Zante É. La santé mentale à l'épreuve du confinement. Impact du confinement sur la santé mentale des Français.** *Pratiques en santé mentale*, janvier 2021 : p. 6-13.
- **Gandre C., Coldefy M., et al. Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020.** *Questions d'économie de la santé*, n° 249, juin 2020 : 8 p. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/249-les-inegalites-face-au-risque-de-detresse-psychologique-pendant-le-confinement-premiers-resultats-enquete-coclico.pdf>

RECOMMANDATIONS ET CADRE D' ACTIONS

- **Agence d'urbanisme Besançon Centre Franche-Comté (Audab). L'urbanisme du bien-être ou comment concilier santé et urbanisme ?** Besançon : Audab, septembre 2020 : 7 p. En ligne : <https://www.fnau.org/wp-content/uploads/2021/05/0920-publi-urba-bien-etre-web.pdf>
- **ARS Île-de-France, Anru, Profession Banlieue. L'intégration des enjeux de santé dans les projets de renouvellement urbain. Point d'étape sur la mise en œuvre du protocole de collaboration entre l'ARS Île-de-France et l'Anru.** ARS IDF, Anru, Profession Banlieue, 2018 : 17 p. En ligne : https://www.professionbanlieue.org/IMG/pdf/synthese_seminaire_pru_sante_2018_def-2.pdf
- **Bourges S. Intégrer les enjeux de santé/environnement et cadre de vie dans les documents d'urbanisme.** France Nature Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur, novembre 2017 : 83 p. En ligne : https://fnepaca.fr/wp-content/uploads/2018/03/guide_sante_urba_fnepaca.pdf
- **Centre de collaboration nationale en santé environnementale. Le logement, une cible prioritaire de la santé publique en matière d'équité (Canada). Lectures essentielles.** Antigonish (Nouvelle-Écosse) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier : 2018 : 6 p. En ligne : https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Housing_as_a_focus_for_public_health_action_on_equity_-_FR.pdf
- **Fabrique Territoires Santé. Dossier ressources. Transformations urbaines, habitant.es et santé.** Paris : Fabrique Territoires Santé, octobre 2020 : 56 p. En ligne : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dr_transformations_urbaines_vf.pdf
- **Freeman S. Survol des connaissances et des besoins en matière d'évaluation des impacts sur la santé : constats, lacunes et recommandations.** Vancouver : Centre de collaboration nationale en santé environnementale, 2019 : 13 p. En ligne : <https://www.ccns.ca/sites/default/files/Health%20impact%20assessment%20scan%20FR.pdf>

• **GRAINE Occitanie, Santé-Environnement, Ireps Occitanie.** *Dossier-ressources n° 3 « Urbanisme & santé ».* En ligne : <https://graine-occitanie.org/pdf/dossier-ressource-3-urbanisme-sante.pdf>

• **Haut Conseil de la santé publique.** *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé. État des lieux des connaissances sur la réglementation et les recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain.* Paris : HCSP, 2019 : 95 p. En ligne : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20190131_facteconstrunhabitatfavorisant.pdf

• **Haut Conseil de la santé publique.** *Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements. Synthèse.* Paris : HCSP, 2017 : 178 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20171019_evalimpactsantedocsplaniferrit.pdf

• **Horst S., Grange D.** *Interventions sur le logement et impacts sanitaires. Évaluation des actions. État des connaissances.* Paris : ORS Île-de-France, juin 2017 : 80 p. En ligne : https://www.precarite-energie.org/IMG/pdf/interventions_sur_le_logement_et_impacts_sanitaires_rapport_complet_.pdf

• **Laboratoire d'idées santé d'ATD Quart-Monde.** *Un toit, ma santé et moi. Constats et préconisations sur les conditions d'habitabilité d'un lieu par et pour les plus pauvres.* Paris : ATD Quart-Monde 2020 : 159 p. En ligne : https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-15_Rapport-Un-toit-ma-sante-et-moi-final.pdf

• **L'Institut Paris Region.** *Intégrer la santé dans les documents d'urbanisme. Les carnets pratiques, n° 13, juin 2021 : 128 p.* En ligne : https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtdudes/000pack2/Etude_2612/cp13_bat_web.pdf

• **Réseau français des villes-santé de l'OMS.** *Le point Villes-santé sur urbanisme et santé, Urbanisme et santé - quel rôle pour les collectivités locale ?* RFVS : 2016 : 4 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Brochure_urbanisme_sante_mai2016.pdf

• **Réseau français des villes-santé de l'OMS.** *Pour un habitat favorable à la santé : les contributions des villes.* RFVS : 2011 : 109 p.

• **Romagnan B.** *L'importance du logement dans l'état de santé.* In: **Castiel D. éd., Solidarités, précarité et handicap social.** Rennes : Presses de l'EHESP, « Hors collection », 2010 : p. 217-229.

• **Uriopss Hauts-de-France.** *Dispositif « Un chez-soi d'abord-Jeunes ».* [Page Internet]. En ligne (mise à jour 23/09/2020) : <https://www.uriopss-hdf.fr/actualites/dispositif-chez-soi-dabord-jeunes-informations-et-prochaines-commission>

• **Ville de Besançon.** *Action cœur de ville.* [Page Internet]. En ligne : <https://www.besancon.fr/projet/action-coeur-de-ville/>

• **Vuillet G., Daou S., Nowicki A., Le Nabasque L.** *Simplifier les polices de l'habitat indigne. Promouvoir l'habitabilité durable pour tous.* Rapport remis au Premier Ministre et au ministre chargé de la Ville et du Logement, octobre 2019 : 125 p. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000769.pdf>

ORGANISMES RESSOURCES

• Agence de la transition écologique (ADEME)

L'ADEME participe à la mise en œuvre de politiques publiques dans les domaines de l'environnement, de l'énergie et du développement durable. Elle met ses capacités d'expertise et de conseil à disposition des entreprises, des collectivités locales, des pouvoirs publics et du grand public, afin de leur permettre de progresser dans leur démarche environnementale. <https://www.ademe.fr>

• Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU)

L'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) finance et accompagne les collectivités et les bailleurs sociaux pour mettre en œuvre de vastes projets de rénovation des quartiers les plus vulnérables. Il s'agit de transformer ces quartiers en profondeur, en intervenant sur l'habitat, mais aussi en les désenclavant et en favorisant la mixité sociale. Elle publie régulièrement des guides et ouvrages de références dédiés à la mise en œuvre de ses programmes de renouvellement urbain sur les territoires. <https://www.anru.fr/>

Ses productions sont mises à disposition dans le centre ressources de l'ANRU, la docuthèque : <https://www.anru.fr/la-docutheque>

• Atd Quart monde

Le Mouvement ATD Quart Monde lutte pour les droits de l'homme, avec l'objectif de garantir l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et d'avancer vers l'éradication de l'extrême pauvreté. Il développe des projets sur le terrain avec des personnes qui vivent en situation de pauvreté ; il travaille pour sensibiliser l'opinion des citoyens et obtenir des changements politiques ; il promeut le dialogue et la coopération entre les différents acteurs sociaux. Dans toutes ses actions, deux principes majeurs sont mis en œuvre :

- penser et agir avec les personnes en situation de grande pauvreté, ce qui permet d'établir ensemble les conditions d'une véritable participation ;
- ne laisser personne de côté.

<http://www.atd-quartmonde.fr/>

• Centre de collaboration nationale en santé environnementale (CCNDS) - Université St. Francis Xavier à Antigonish, Nouvelle Écosse.

Le site internet propose des rapports, des notes documentaires, des faits saillants, des bibliographies annotées, des ressources électroniques, ateliers, cours, etc. Le CCNDS travaille les liens entre les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé et la pratique de santé publique environnementale. <https://nccdh.ca/fr/>

• Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Sous tutelle du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance et du ministère des Solidarités et de la Santé, la Drees est un service public de statistiques ayant pour vocation de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

• Élus, Santé publique & Territoires

L'association « Élus, santé publique & territoires » est créée en octobre 2005 à l'initiative d'élus locaux en charge de la Santé, désireux d'œuvrer

avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales. Unique en son genre, l'association nationale « Élus, santé publique & territoires » regroupe des élus de communes et de leurs groupements désireux de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.
<https://espt.asso.fr/>

• Fabrique Territoires Santé

Fabrique Territoires Santé, extension de la plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, s'adresse à l'ensemble des acteurs parties prenantes dans la fabrique de dynamiques territoriales de santé sur tout le territoire français y compris les territoires ultramarins, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux. Elle s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CLS, CLSM, etc.) et aux porteurs de ces dynamiques dans les territoires, concernés par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires politique de la ville.

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/>

• Observatoire des inégalités

L'Observatoire des inégalités est une association loi de 1901 reconnue d'intérêt général fondée à Tours en 2003. Celle-ci se fixe comme objectif de rassembler des données et des éléments d'analyse sur les inégalités en France et dans le monde. À ce titre, l'association met à disposition du public des outils, des données, mais aussi des analyses sur les conditions de vie : revenus, emploi, conditions de vie, etc., selon une thématique prédominante : âge, sexe, catégories sociales, territoires, etc.

<http://www.inegalites.fr/>

• Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES)

L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale a été créé par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 153). Il a pour mission de :

- rassembler les données relatives aux situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion jusqu'alors dispersées, sous-exploitées et difficilement accessibles au public ;
- contribuer au développement de la connaissance de ces phénomènes, notamment dans des domaines mal couverts par les études et les statistiques existantes ;
- faire réaliser des travaux d'études, de recherche et d'évaluation en lien étroit avec le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) ;
- diffuser l'ensemble des informations recueillies sous la forme d'un rapport annuel sur la pauvreté et ses évolutions à destination du Premier Ministre, du parlement et de l'ensemble du public.

[source : site web de l'ONPES]

<http://www.onpes.gouv.fr/>

Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la Santé

Le réseau Villes-Santé est un projet de promotion de la santé initié en 1986 par l'OMS. Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a pour objet de soutenir la coopération entre les villes ou les établissements publics de coopération intercommunale qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine :

- en permettant une **coopération** entre ses villes membres, notamment : *des échanges d'expériences ; des échanges de données ; des rencontres ; des actions communes.*
- en facilitant les **échanges** entre les Villes-Santé françaises et l'OMS Europe ainsi que les partenaires nationaux.

En France, le réseau est composé de 88 villes et 2 intercommunalités. Le site du réseau met à disposition une base des données qui recense

l'ensemble des actions menées sous la rubrique « les villes du réseau et leurs actions ».

<http://www.villes-sante.com/>

OUTILS - GUIDES

• Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France. **Boîte à outils de l'urbanisme en santé.** [Page internet], mise à jour 20/11/2020. Cette boîte à outils est constituée de différentes ressources pédagogiques, informatives et expertes. Si elle ne se veut pas exhaustive, elle offre de premiers éléments précieux d'acculturation, à travers :

- des ressources infographiques, numériques et vidéo ;
- des travaux d'étude et d'approfondissement « thématique » pour appréhender les déterminants urbains sur la santé ;
- un court panorama des référentiels nationaux et guides relatifs à l'urbanisme favorable à la santé.

En ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/boite-outils-urbanisme-en-sante>

• CEREMA. **Le schéma départemental d'accueil et d'habitat des gens du voyage. Guide d'élaboration/révision.** 2020 : 135 p.

En ligne : https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/Guide_schema_departemental_accueil_habitat_gens_du_voyage.pdf

• Méditerranée-pôle de compétence et d'innovation de lutte contre l'habitat indigne. **Guide méthodologique sur le repérage de l'habitat indigne. Les actions de repérage : mode d'emploi.** Paris : ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie ; ministère de l'Égalité des territoires et du Logement, 2013 : 56 p.

En ligne : http://www.cerema.fr/fr/system/files/documents/2017/11/Guide_Rep%C3%A9rage_Juin_2013.pdf

• Club ANRU+, ARS Île-de-France. **La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé.** ARS Île-de-France, juin 2021 : 127 p.

En ligne : https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/anru_sante-bienetre-version-page-a-page-compressee.pdf

• Pécheux M. **Guide d'investigation environnementale des cas de saturnisme de l'enfant mineur. 2^e version.** Saint-Maurice : Santé publique France, mars 2020 : 104 p.

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/rapport-synthese/guide-d-investigation-environnementale-des-cas-de-saturnisme-de-l-enfant-mineur-2e-version-2020>

• Lentille ISS

La lentille des inégalités sociales de santé (ISS) est un outil qui a été élaboré par un groupe de travail constitué par la Fondation Roi Baudouin, en Belgique. Cet outil permet aux responsables de projets locaux d'observer différents aspects des inégalités sociales de santé et de davantage tenir compte des différents sous-groupes au sein des populations concernées par les projets. Cet outil s'adresse aux décideurs institutionnels, coordonnateurs, acteurs professionnels ou bénévoles. Un questionnaire d'auto-évaluation accessible sur le site Internet, permet d'identifier les inégalités sociales existant au sein de la population concernée afin de pouvoir les prendre en compte dans le projet. Des modes d'emplois du questionnaire sont fournis ainsi que d'autres outils en promotion de la santé.

En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

GUIDE.COMEDE.ORG

Prévention, soins & accompagnement
des personnes étrangères vulnérables

Conçu par le Comede en lien avec Santé publique France et le ministère chargé de la Santé, le site *guide.comede.org* s'adresse aux professionnel·le·s de santé, du social, du droit et plus généralement à toute personne intervenant auprès des personnes exilées en situation de vulnérabilité.



L'objectif est d'apporter **des réponses concrètes et pratiques** aux problèmes de santé, d'accès aux droits et aux soins rencontrés par les personnes exilées en France.



Dans sa version finale, ce site proposera quatre grandes parties et de nombreuses ressources générales et pratiques.



**Publications
& outils**



**Permanences
téléphoniques**



**Partenaires
en région**



**Questions
fréquentes**

Découvrez le nouveau site de référence
pour les parents et futurs parents.



**PREMIERS
JOURS.fr**

- ✓ Des textes scientifiquement validés.
- ✓ Des conseils pratiques pour les parents d'enfants jusqu'à deux ans.
- ✓ Des vidéos, des témoignages, des questions-réponses, et bien plus.