

# 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 Élan<sup>1</sup>, 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*<sup>2</sup> 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 / Tendresse Fleur

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<sup>e</sup> 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](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](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>