



## L'action publique contre l'insalubrité de l'habitat, levier majeur pour réduire les écarts de santé

D'importants débats sont en cours actuellement autour du renforcement de la lutte contre l'habitat insalubre, et plus généralement indigne, et de l'organisation des politiques publiques concernées. Il nous semble important de replacer les enjeux sanitaires de ce sujet, qui dépassent le seul sujet technique et réglementaire.

L'habitat dégradé (insalubre, indigne, fortement surpeuplé) est un déterminant majeur de santé, et un des vecteurs puissants d'inégalités en santé. Il agit par ses effets directs, et par des effets indirects médiés par l'éducation, l'insertion, la pression sur les budgets domestiques, etc...L'impact en est documenté dans le champ de la santé mentale, du développement de l'enfant, de la pneumologie, mais aussi du handicap ou des maladies chroniques. Une abondante littérature internationale est disponible.

Ce lien étroit est identifié depuis des décennies en France, et a constitué le socle initial de l'action publique en prévention, depuis la lutte contre la tuberculose jusqu'à l'action contre l'épidémie de saturnisme, qui a constitué une des plus belles victoires de la santé publique en France. Le fil conducteur en a parfois été perdu de vue ou instrumentalisé. Mais les périodes historiques où l'action publique en promotion de la santé fut renforcée dans le champ de l'habitat se traduisirent par des avancées non seulement dans le champ sanitaire, mais aussi dans celui des politiques urbaines.

L'impact sanitaire est aujourd'hui au centre de l'expression des personnes concernées : les plaintes et revendications des habitants de ces logements, quel que soit leur statut d'occupation, portent d'abord sur la santé, en particulier celle des enfants et des adolescents, et sur les risques encourus dans le développement psychique et somatique des plus petits. On peut considérer qu'il s'agit d'un point de vue d'expert profane, qui confirme une nouvelle fois qu'il n'y a pas de meilleur diagnostic en santé publique que celui qui part et tient compte du point de vue des usagers.

De nombreux autres pays européens ou Nord-Américains confrontés à la même urgence ont renforcé de manière très forte l'intervention en santé publique dans l'habitat, aussi bien dans la pratique opérationnelle que dans la production de connaissances et la recherche.

Une telle approche est aujourd'hui plus décisive que jamais. La priorité nationale donnée à la prévention, et notamment à l'action précoce chez le jeune enfant, la perception désormais partagée d'inégalités de santé insupportables, et dont les racines profondes se trouvent dans les déterminants liés aux conditions de vie et de travail, la description d'inégalités socio-environnementales au cœur desquelles se situe l'habitat insalubre : tout cela soutient l'exigence d'une action de santé publique renforcée.

Cette action en santé publique est à inscrire dans la nécessité d'une démarche multi-sectorielle. Parce que le développement de l'habitat insalubre est dicté par la convergence entre la pauvreté, la pression foncière et un abyssal déficit en logements accessibles, il faut maintenir un dispositif législatif puissant, ne prêtant pas flanc à contestation, mis en œuvre par des équipes disposant de moyens humains, juridiques, et financiers, susceptibles de faire valoir le droit à la santé face au poids du droit de propriété, et susceptibles aussi de peser sur les politiques urbaines et de construction. Parce que l'interface entre habitat et santé est complexe, nécessite des interventions immédiates, et parce que la réduction des impacts en santé impose la participation des familles, l'action publique doit associer des compétences techniques, environnementalistes, mais également sanitaires : les équipes de PMI ou de pédopsychiatrie sont aussi en première ligne.

L'expérience montre que les actions qui ne prenaient pas en compte cette complexité se sont traduites par des ralentissements, voire des échecs. On a connu des effets délétères de contraintes faites aux familles, de ruptures de prise en charge, de méconnaissance des pathologies concernées : ces mécanismes constituent alors des facteurs d'aggravation des états de santé. Parfois, - et dans certains cas de façon volontaire- la sous-estimation de l'enjeu sanitaire a permis à l'échelle urbaine, une aggravation des inégalités par gentrification.

C'est pourquoi, dans l'indispensable débat actuel sur les modes d'intervention publique, il nous semble urgent de réaffirmer l'importance de l'engagement et des responsabilités du monde de la santé publique.

Simplifier ne doit pas signifier appauvrir, mais au contraire renforcer le sens de l'action. De ce point de vue, le rôle des acteurs de santé (techniciens et ingénieurs sanitaires, professionnels de santé publique...) dans la lutte contre l'habitat indigne est central, à deux points de vue :

- Par leur compétence et par le référentiel et le maillage qu'ils mobilisent, leur action sera décisive pour la réussite de la stratégie nationale de prévention et de santé publique, qui dispose d'un levier majeur d'intervention sur un déterminant proximal de santé.
- Mais cette action est aussi le cœur même de la lutte contre l'habitat indigne : dans son ancrage historique et par le sens qu'elle porte, elle est garante d'une stabilité juridique et opérationnelle – dans un secteur où chaque

changement est vecteur de retards, de contestations, de contentieux. Par leur positionnement, ils peuvent être, et sont souvent, des atouts importants pour la compréhension et la gestion des situations de grande précarité, pour aider à l'alliance avec les familles elles-mêmes et à la prise en compte de leurs préoccupations et contraintes.

Il existe d'importantes disparités territoriales dans la mise en œuvre de ces missions, avec parfois des défaillances, des complexités locales, des manques de moyens, qui vident de sens l'action publique. Il en va de même avec les autres segments de cette politique : défaillances dans le domaine des travaux d'office, des procédures administratives, urbaines ou pénales, qu'il s'agisse de dispositifs de l'Etat, de ses établissements, ou des collectivités.

Tout cela implique de renforcer l'ensemble des acteurs, aussi bien en termes de moyens qu'en orientations stratégiques.

Pour agir avec plus de détermination contre l'habitat indigne, il nous semble donc souhaitable, à partir d'un point de vue populationnel, de définir 5 priorités indissociables, et complémentaires des politiques structurelles à mettre en œuvre dans le champ de la pauvreté, des droits sociaux, ou du logement.

Trois concernent le renforcement de la contribution à l'action réglementaire

- Renforcer le mandat des institutions en charge de l'intervention en santé publique (ARS ou SCHS), renforcer les moyens affectés, renforcer l'exigence de qualité du service rendu et la pratique d'une évaluation, rendue publique, et lier les moyens à cette évaluation.
- Envisager les modifications réglementaires dans le sens d'une explicitation des enjeux de santé publique. Ce positionnement au sein du Code de la Santé Publique devrait clarifier les interventions de l'Etat et de ses organismes, et celles des collectivités, tout en assurant la responsabilité de l'Etat, dans une logique de solidarité nationale entre territoires très exposés et territoires moins concernés.
- Mobiliser les nouvelles technologies (et particulièrement la dématérialisation des process) pour accélérer et sécuriser les procédures, et pour dégager des ressources humaines dans l'accompagnement des situations.

Deux priorités concernent le renforcement de l'appui strictement sanitaire

- Définir dans chaque département doté d'un Plan Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne un réseau d'appui à la prise en charge en santé, comprenant Protection Maternelle et Infantile, Centre Médico-Psychologique, CMP-Infanto-Juvenile, Centre Médico Psycho-Pédagogique, consultations de santé environnementale, associations d'usagers, etc..., permettant d'améliorer et de fluidifier les parcours de prise en charge des pathologies. Elaborer un projet départemental de réduction des impacts en santé liés à l'habitat.
- Lancer un appel à projet thématique en recherche interventionnelle, comprenant une dimension épidémiologique et une dimension Sciences Humaines et Sociales. Cet appel à projet pourrait utilement élargir le spectre des préoccupations, et notamment prendre en compte la question de l'habitat surpeuplé et celle de l'impact en santé des ruptures dans le parcours résidentiel (expulsions, déménagements forcés, hébergement...)

Marc Brodin (Ancien pédiatre, PU-PH de Santé Publique, Paris VII, élu local Aisne), Catherine Cavalin (Sociologue, CNRS), Pierre Chauvin (Directeur de recherche INSERM, Paris), Jacques Cheymol (Pédiatre, Clichy-la-Garenne), Marcelle Delour (Médecin de santé publique, Val-de-Marne), Mohad Djouab (Médecin Généraliste, Saint-Ouen), Bernard Elghozi (Président de Créteil Solidarité), Yankel Fijalkow (Sociologue et urbaniste, Co directeur du Centre de recherche sur l'habitat), Robert Garnier (Toxicologue, Paris), Vincent Girard (Médecins du Monde, responsable de mission), Fabrice Giraux (Médecin de santé publique, Aubervilliers), Philippe Glorennec (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Institut de recherche en santé environnement et travail, Rennes), Thierry Lang (PU-PH de santé publique, Toulouse), Jérôme Langrand (Chef de service, Centre antipoison de Paris, CHU Lariboisière-Fernand Widal), Rémi Laporte (Pédiatre, AP-HM Marseille, Commission Pédiatrie sociale et Santé Publique de la Société Française de Pédiatrie), Pierre Lombrail (PU-PH, Paris 13 - AP-HP, Bobigny), Jacques Manel (Toxicologue, président du comité de coordination de la toxicovigilance, Nancy), Maria Melchior (Directeur de recherche à l'Inserm, responsable de l'Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale), Didier Ménard (Médecin Généraliste, Saint-Denis), Alain Mercuel (Psychiatre, Chef du Pôle «Psychiatrie-Précarité», GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences), Magali Oliva-Labadie (Toxicologue, Chef de service CAP de toxicovigilance de Nouvelle Aquitaine), Muriel Oms-Prudhomme (Médecin, Paris) Catherine Peyr (Infirmière de santé publique, Aubervilliers), Bernard Pissarro (Ancien PU-PH de santé publique, Paris), Alfred Spira (Professeur de Santé Publique, membre de l'Académie de Médecine), Nicolas Vignier (Chef de service de l'Unité de Santé Publique, GHSIF), Cécile Vuillermoz (Chercheuse Inserm, Equipe de Recherche en épidémiologie sociale, Paris).

Contact et accord d'association au texte : [habitatsante2019@gmail.com](mailto:habitatsante2019@gmail.com)