

# AGIR CONTRE L'INSALUBRITÉ DE L'HABITAT ET POUR LA SANTÉ DES HABITANTS : CONTRIBUTION POUR L'AMÉLIORATION DU DISPOSITIF



*Société Française de Santé Publique*

*Société Francophone de Santé et Environnement*

*Société Française de Pédiatrie*

La lutte contre l'habitat indigne est à nouveau au premier plan de l'agenda politique.

La Société Francophone de Santé-Environnement, la Société Française de Pédiatrie et la Société Française de Santé Publique souhaitent contribuer conjointement aux travaux et réflexions en cours sur d'éventuelles évolutions réglementaires et organisationnelles dans ce champ en rappelant le rôle des acteurs de santé dans la lutte contre l'habitat insalubre et en proposant des recommandations pour guider la réforme des politiques publiques liées à la lutte contre l'habitat insalubre.

En préambule, il est nécessaire de réaffirmer l'importance de la dimension sanitaire de l'intervention publique. Le rapport du député Vuilletet, remis au Premier ministre à l'automne 2019, a souligné l'importance du rôle des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur les sujets d'habitat insalubre, sans toutefois rappeler leurs missions actuelles ni décrire de façon approfondie leur place dans un futur dispositif institutionnel refondu de lutte contre l'habitat insalubre, ou de promotion de l'habitabilité des logements.

Les évolutions à venir, notamment en matière de police sanitaire, ne doivent pas fragiliser l'action existante, là où elle répond aux besoins de la population. Tout au contraire, elles doivent contribuer à renforcer les dispositifs de lutte contre l'habitat indigne et insalubre.

S'appuyant sur l'expertise issue de la diversité des expériences professionnelles de leurs membres et sur les recommandations établies dans la littérature, la SFSE, la SFP et la SFSP ont souhaité apporter leur contribution à la réflexion engagée sur l'évolution de ces dispositifs à travers le rappel du rôle des acteurs de santé publique dans le champ ainsi que la formulation de recommandations.

## **I. La lutte contre l'habitat indigne a besoin de compétences en santé publique**

L'habitat est un déterminant documenté, et majeur, de la santé des populations. C'est pourquoi la prise en compte des enjeux de santé dans les politiques de logement et d'aménagement du territoire est l'objet d'un plaidoyer continu de la part des acteurs de la santé, afin de réduire les impacts négatifs de l'habitat sur la santé et de favoriser les positifs.

Dans le cas de l'habitat insalubre, l'intervention des professionnels de santé publique dans les procédures d'indignité et d'insalubrité des logements se fonde sur l'expertise spécifique que constitue la compréhension fine des interactions complexes entre un habitant et son milieu de vie, et des impacts sur la santé de celui-ci. L'habitat insalubre est défini par l'atteinte potentielle ou effective qu'il porte à la santé des occupants : le diagnostic d'insalubrité et la gestion des risques induits nécessitent une approche par cas, sur le terrain, pour que la réalité de chaque situation soit appréciée.

L'intervention d'acteurs de santé est nécessaire à chaque étape de l'action contre l'insalubrité : pour agir de façon efficace au sein du logement à partir de connaissances fines sur le milieu, les pratiques habitantes et les pathologies concernées ; pour proposer un accompagnement médico-social aux personnes et aux familles qui subissent l'insalubrité ; et, quand cela est nécessaire, pour assurer la prise en charge spécialisée de ces personnes (toxicologique, psychologique, pneumologique, pédiatrique, etc.). La grande technicité des enjeux rencontrés, qui vont de l'évaluation in situ des risques sanitaires et des moyens de les prévenir à l'orientation des habitants, oblige à mobiliser une grande diversité de compétences. Un large éventail de professionnels de santé et d'acteurs de la santé publique est ainsi amené à intervenir pour prévenir ou diagnostiquer les situations d'insalubrité, puis prendre en charge les personnes et les familles qui les subissent.

La complexité des situations oblige à une approche globale de chaque cas. A l'instar des procédures liées au plomb, le traitement d'un risque spécifique lié à un habitat dégradé ne peut se faire que dans une démarche plus globale de prise en charge des risques liés à cet habitat.

**Toute réforme des moyens de l'action publique contre l'habitat insalubre doit prendre en compte les enjeux sanitaires, et donc s'appuyer sur les compétences de ces différents professionnels.** Il est indispensable de prendre en compte les besoins spécifiques des occupants, de veiller à ce que l'application des normes sur le bâtiment s'accompagne d'une promotion des bonnes pratiques dans leur utilisation et de pouvoir être réactif face à l'émergence de risques, sans quoi l'intervention publique serait entravée et perdrait de son efficacité.

Une réforme qui viserait à recentrer les polices exclusivement autour des enjeux liés au bâti ferait courir le risque d'affaiblir la dimension sanitaire de l'intervention publique existante aujourd'hui.

## **II. Cinq axes de recommandations pour construire le futur dispositif de lutte contre l'habitat insalubre**

D'une part, une simplification des polices de l'habitat ne doit pas conduire à affaiblir les dispositifs en place, en particulier dans leur dimension sanitaire. D'autre part, le travail de médiation et de prévention effectué aujourd'hui par les élus locaux et les équipes au niveau municipal permet d'intervenir avant la survenue de situations potentiellement dangereuses ainsi que d'éviter un certain nombre de procédures.

En tenant compte de ces deux points d'alerte, nous identifions cinq axes de proposition qui constituent autant de leviers pouvant être actionnés pour améliorer l'efficacité de l'action publique.

### **1. Conforter le rôle des acteurs dans tout futur dispositif institutionnel, en s'appuyant sur les acquis existants**

Le constat partagé est celui d'une grande hétérogénéité dans la configuration des systèmes d'acteurs à l'échelle locale. Aussi, avant d'engager une refonte des missions des divers acteurs institutionnels il est indispensable, comme le propose le rapport Vuilletet, de mener une évaluation circonstanciée des modes actuels d'intervention des Agences Régionales de Santé et des Services Communaux d'Hygiène et de Salubrité et de leur adéquation aux besoins. Les difficultés perçues dans certains territoires (notamment ruraux, mais parfois aussi, de façon plus rare, dans des agglomérations) ne doivent pas occulter le fait que dans la majorité des cas, l'action publique est menée de façon volontariste et organisée.

Cette démarche devra notamment permettre d'identifier les facteurs en présence dans les difficultés actuellement observées sur certains territoires dans la conduite de cette politique, parmi lesquels l'enjeu des ressources humaines disponibles ou dédiées, l'absence d'acteurs investis dans la mise en œuvre ou l'insuffisance d'engagement des acteurs en responsabilité. Disposer d'une vision claire des raisons explicatives des disparités territoriales constatées est nécessaire si l'on entend élaborer un pilotage institutionnel nouveau qui corresponde aux besoins différents des territoires.

En tout état de cause, les évolutions qui pourraient être envisagées (notamment l'instauration d'un « guichet unique ») devront s'inscrire dans les principes suivants :

- Les compétences institutionnelles en matière d'habitat insalubre et indigne sont aujourd'hui essentiellement dévolues aux acteurs des ARS et des SCHS, et dans certains cas, s'exercent via des dispositifs relevant de conventions avec les ARS (comme à Paris). Ces compétences institutionnelles ont permis que se développent historiquement des compétences techniques et des savoir-faire, regroupés aujourd'hui chez ces acteurs. Toute réforme doit donc s'appuyer sur ces compétences existantes et tendre à en améliorer le fonctionnement, l'articulation, et à en compléter l'action ;
- La police en matière d'habitat insalubre ne peut se focaliser exclusivement sur les enjeux du bâti mais doit permettre la prise en compte de la santé des habitants ;
- Le maintien d'une échelle de proximité dans la lutte contre l'insalubrité de l'habitat, afin de préserver l'action des maires là où existe une politique de médiation et de prévention, et l'action des SCHS là où ils sont actifs ;
- La mise en place, dans les territoires où c'est jugé nécessaire, de nouveaux acteurs, en particulier relevant des EPCI, doit s'inscrire en complémentarité des dispositifs existants, sans démembrer ce qui est en place. Que ces acteurs soient agents publics (EPCI) ou relèvent d'une délégation confiée à un opérateur, les conditions d'exercice de leurs missions et leurs compétences pluri-professionnelles doivent être sanctionnées et validées par les ARS au nom du Préfet.
- Le caractère pluri-professionnel des instances en charge des dispositifs locaux de lutte contre l'habitat insalubre, notamment les PDLHI, qui doivent réunir communes (CCAS et SCHS), ARS, acteurs du soin (notamment PMI et secteur psy) et de l'habitat (voire bailleurs sociaux), CAF ;
- Plusieurs modalités de transition vers un éventuel nouveau dispositif qui tiennent compte de la diversité des configurations institutionnelles actuelles au niveau local (EPCI ou commune) : existence d'un SCHS ou d'une commission pluridisciplinaire « habitat » ou « santé mentale » notamment.

## **2. Généraliser, à l'échelle départementale, la mise en place d'un dispositif médico-socio-environnemental de lutte contre les expositions environnementales liées à l'habitat**

Piloté par les ARS et intégré à la gouvernance du PDLHI dans chaque département, ce dispositif aurait pour mission de coordonner les acteurs, notamment dans la résolution des « cas complexes » et de favoriser le déploiement, sur leur territoire, d'outils pour améliorer la lutte contre l'habitat indigne (à l'instar des travaux menés par le Haut Conseil de la Santé Publique sur les facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé « Etat des lieux des connaissances et recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain » et la construction d'un « Domiscore »). Dans les départements où une structure ou commission partenariale pluri-professionnelle existe déjà, celle-ci aurait vocation à se fondre dans ce dispositif.

Nous proposons ainsi de mettre en place dans chaque département un dispositif médico-socio-environnemental de lutte contre les expositions environnementales pathogènes liées à l'habitat, en valorisant en particulier les données probantes et les expériences prometteuses.

## **3. Renforcer les acteurs de la lutte contre l'habitat insalubre et favoriser la montée en compétences de l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la prise en charge des populations**

La lutte contre l'habitat insalubre et indigne mobilise actuellement un réseau d'acteurs qu'il faut conforter, renforcer, compléter.

### **3.1 Soutenir la formation et lever les freins au recrutement de professionnels dans la lutte contre l'habitat insalubre.**

Dans un certain nombre d'ARS et de SCHS, les postes dédiés à la lutte contre l'habitat insalubre sont vacants. Pour lever les difficultés rencontrées à embaucher des personnels et pourvoir les postes, il est proposé d'ouvrir de façon accélérée des concours régionalisés, de renforcer les filières de formation initiale, et de lancer une campagne de valorisation des métiers et missions.

### **3.2 Mettre en place des programmes régionaux de formation initiale et continue des acteurs qui interviennent dans le champ de la santé-habitat.**

L'objectif est de permettre la montée en compétence de l'ensemble des acteurs qui interviennent dans les procédures (ARS, SCHS, opérateurs désignés). Ce programme régional pourrait être co-piloté par les ARS, l'Université, l'EHESP et le CNFPT, en association avec des acteurs volontaires.

### **3.3 Soutenir et amplifier le déploiement des conseillers en environnement intérieur.**

L'objectif est d'augmenter le nombre des conseillers en environnement intérieur (CEI), de conforter leurs missions et de favoriser le travail en réseau de ces professionnels.

Pour cela, nous recommandons de confier à la Haute Autorité de Santé l'élaboration d'un référentiel métier pour les CEI et de confier à l'IGAS une mission pour réfléchir aux modalités et financements possibles pour le déploiement de formations à l'échelle nationale.

Il est également nécessaire de renforcer et outiller la mobilisation des acteurs sanitaires qui ne sont pas des acteurs de première ligne dans la lutte contre l'habitat insalubre, mais qui sont confrontés à cette problématique dans leur exercice. Pour cela, nous proposons de :

### **3.4 Éditer un guide de bonnes pratiques dans le champ de la santé mentale liée au logement indigne, en direction des acteurs du secteur public et notamment des Conseils Locaux en Santé Mentale, des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité et des Centres Médico-Psychologiques enfants et intersecteurs.**

### **3.5 Produire et diffuser un guide de recommandations et de bonnes pratiques dans le champ de l'habitat indigne à destination des médecins généralistes et communautés professionnelles territoriales de santé.**

### **3.6 Renforcer la prise en compte de l'habitat indigne dans les politiques sociales et de santé, notamment à l'échelle locale, dans le cadre du « virage ambulatoire » et des politiques de la petite enfance.**

Il pourrait s'agir notamment de rédiger une instruction visant à soutenir la prise en compte de l'habitat indigne dans les domaines de l'éducation thérapeutique du patient, de l'hospitalisation à domicile et du maintien à domicile des personnes dépendantes.

Il conviendrait également d'inclure une action en direction de l'habitat indigne dans l'ensemble des contrats signés entre l'État et les départements, notamment en rapport avec les missions des PMI et pour que les dispositifs médico-socio-environnementaux de lutte contre les expositions environnementales pathogènes liées à l'habitat s'incluent ou s'articulent avec le Plan de Lutte contre la Pauvreté.

## **4. Améliorer la performance des instruments existants dans la prévention de l'habitat indigne**

Dans la mesure où les risques sanitaires sont connus et identifiés, il est urgent de mettre en œuvre les recommandations des agences sanitaires. Il s'agit notamment, conformément aux risques identifiés par le HCSP en 2014 au sujet du plomb, de :

**4.1** Étendre la recherche d'un risque d'exposition d'un mineur à l'article L. 1334-6 du Code de la Santé Publique aux logements construits avant 01/01/1974 et inclure les risques d'exposition au plomb liés aux canalisations au plomb dans les articles L1334-1 à L1334-4 du Code de la Santé Publique.

**4.2** Mettre en place une certification obligatoire des professionnels pour toute réhabilitation sur un bâtiment construit avant 1975 pour la réalisation de travaux en milieu présentant un risque d'exposition au plomb documenté ou probable (en cas d'absence de Constat de Risque d'Exposition au Plomb).

**4.3** Conditionner le début de travaux sur un bâtiment construit avant 1975 à la réalisation d'un Constat de Risque d'Exposition au Plomb.

Il s'agit également, conformément aux recommandations du CSHPF (2006) et de l'ANSES (2016), de :

**4.4** Mettre en place une obligation d'hébergement temporaire rapide des personnes en cas d'exposition à plus de 3 m<sup>2</sup> de moisissures sur un mur dans une pièce de vie du logement, notamment pour les cas de personnes « à risque » (enfants de moins de 12 mois – personnes greffées, immunodéprimées – malades respiratoires et allergiques chroniques).

Il s'agira également, toujours conformément aux recommandations sanitaires, de :

**4.5** Établir des méthodes de référence dans l'analyse des risques sanitaires liés au milieu intérieur de l'habitat, y compris pour les parties communes.

Il serait également utile de s'appuyer sur l'outil de Dossier de Diagnostic Technique (DDT) pour renforcer la surveillance de l'état de salubrité des logements.

**4.6** Limiter la durée de validité de tous les Dossier de Diagnostic Technique (DDT) des logements à 6 ans, même en cas d'occupation, et tous les 3 ans en cas de risque de résurgence d'une exposition au plomb (facteur de dégradation du bâti 1 à 3).

**4.7** Organiser la remontée systématique des informations des diagnostics des logements.

Le PDLHI pourrait assurer la collecte de ces remontées systématiques à partir des établissements réalisant les diagnostics par voie informatique.

Il aurait aussi pour mission de produire une cartographie de la situation à l'échelle départementale à partir de ces informations et de suivre la levée des risques identifiés.

Enfin, il est nécessaire de renforcer les outils d'accompagnement médico-social des personnes touchées par l'insalubrité et de renforcer l'accès à des solutions d'hébergement pour ces personnes quand cela est nécessaire.

**4.7** Mettre en place un accompagnement médico-social systématique pour les patients pour lesquels des diagnostics ont été posés (saturnisme, asthme, intoxication, accident domestique) avec un diagnostic systématique de l'ensemble des risques encourus et une éviction des expositions environnementales pathogènes liées au logement.

**4.8** Lever les freins de l'accès à l'hébergement, par la mise en place d'un dispositif spécifique d'accès aux solutions d'hébergement, à l'instar du dispositif Housing First, pour les personnes victimes de marchands de sommeil, quelque soit leur statut administratif.

## 5. S'appuyer sur les recommandations existantes, les professionnels mobilisés et les habitants-usagers

La réflexion en cours gagnerait à être nourrie de l'ensemble des contributions apportées, au cours des dernières années, par diverses instances d'expertise sanitaire. Il faut ainsi s'appuyer sur les travaux de l'ANSES sur l'environnement intérieur (air, moisissures etc.) ou ceux du Haut Conseil de la Santé Publique, en particulier son rapport « Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé » (janvier 2019) et les travaux qu'il porte sur la construction d'un « Domiscore ».

De la même façon, la réflexion qui doit être menée sur l'évolution de cette politique devrait être nourrie de la contribution des acteurs et des professionnels engagés dans ce champ aux niveaux local, départemental et régional qui incarnent la pluralité des champs d'expertise mobilisés (technique, sanitaire, médicale, juridique...). Ceci serait particulièrement pertinent pour mener à bien un éventuel processus de définition de critères nationaux d'habitabilité.

Enfin, dans une démarche de promotion de la santé, une attention particulière doit être apportée à la représentation des citoyens, habitants et usagers au sein de ces processus d'élaboration de cette politique publique afin que les futurs dispositifs de sa mise en œuvre répondent au mieux à leurs besoins et à leurs attentes.



## CONTACTS

Société Française de Santé Publique  
*Francois Berdougo, Directeur Général*  
[accueil@sfsp.fr](mailto:accueil@sfsp.fr)

Société Francophone de Santé et Environnement  
*Docteur Elisabeth Gnansia, Présidente de la SFSE*  
[presidence@sfse.org](mailto:presidence@sfse.org)

Société Française de Pédiatrie  
*Docteur Rémi-Julien Laporte, pédiatre*  
[remijulien.laporte@ap-hm.fr](mailto:remijulien.laporte@ap-hm.fr)