



2-4 place Rutebeuf
75012 PARIS
07 78 13 56 37
contact@fabrique-territoires-sante.org

www.fabrique-territoires-sante.org
Twitter – @FabTerrSante
Siret – 537 674 707 00030

DOSSIER RESSOURCES

—
Septembre 2021
—

Au-delà des murs
Habiter et promotion de la santé



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Dans un souci de visibiliser les femmes particulièrement présentes dans le monde de la promotion de la santé, nous faisons le choix éditorial d'utiliser l'écriture inclusive et le point médian (y compris dans la retranscription des interviews).

Rédactrices : Clémentine Motard, Lilia Santana

Comité de suivi et relecture : Catherine Bernard, Sandra Essid, Didier Febvrel, Bénédicte Madelin, Sylvette Ronque, Noémie Siefert, Arnaud Wiehn

Contributeur·rices : Carole Bégou (Echirolles), Huguette Boissonnat (ATD Quart Monde), Aude Carrière (Institut de formation en ergothérapie de Toulouse), Clémence Chavarin (Lyon), Florence Christophe (APAJP 38), Sandrine Conard (APDL du Pays de Martigues), Pascale Estecahandy (DIHAL), Manuel Hennin (DIHAL), Séverine



DOSSIER RESSOURCES

Lambin (Lens-Hénin), Marina Lazzari (Lille), Sabrina Maurel-Techene (Institut de formation en ergothérapie de Toulouse), Delphine Mion (ATD Quart Monde), Johanna Pavie (Communauté d'agglomération du Centre Littoral), Dominique Poggi (A Places Égales), Annie Pourre (DAL), Sylvette Ronque (Cherbourg-en-Cotentin), Christophe Sabot (Cerema Sud-ouest), Pauline Salque (CLCV Auvergne-Rhône-Alpes)

AU-DELÀ DES MURS



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

présentation de Fabrique Territoires Santé

Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau national, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut « plateforme de ressources » pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nos missions :

- Produire de la connaissance sur des thématiques croisant des déterminants de santé et des politiques publiques (Dossiers ressources) ; et sur le déploiement et l'articulation des démarches territoriales de santé (Études de la Fabrique)
- Valoriser les démarches territoriales de santé notamment par la capitalisation (Inspir'actions)
- Faire réseau entre les acteurs porteurs de ces démarches (coordinations territoriales, élu·es et collectivités, ARS, etc.), par l'organisation de rencontres nationales et régionales
- Proposer de l'information qualifiée à ces différents acteurs via notre site et notre newsletter
- Intervenir ou coordonner des formations sur les démarches territoriales de santé

Fabrique Territoires Santé est soutenue par l'Agence nationale de la cohésion des territoires, la Direction générale de la santé et Santé publique France.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

édito

Didier Febvre, Président de Fabrique Territoires Santé

Notre bien-être est influencé par notre environnement, en particulier là où nous habitons et comment nous y habitons. Les liens entre le logement et la santé ne sont plus à démontrer ; et les dynamiques territoriales de santé s'en saisissent de plus en plus. Leurs coordonnateur·rices organisent des actions d'information sur la santé dans le logement (sur la qualité de l'air intérieur, les perturbateurs endocriniens, les accidents domestiques, etc.), interpellent et travaillent avec les bailleurs sociaux, coordonnent les interventions auprès des personnes souffrant de troubles psychiques pour garantir leur accès et maintien dans le logement, ... Ce qui entoure le logement n'est pas en reste : l'espace public, les mobilités, le voisinage, ... sont autant de facteurs qui peuvent être favorables ou défavorables au bien-être des habitant·es.

Ces enjeux concernent les démarches territoriales de santé d'autant plus qu'ils cristallisent les inégalités sociales et territoriales sur lesquelles elles



doivent agir. Comme l'a montré la crise sanitaire du Covid, si cela était encore nécessaires, les conditions d'habitat révèlent bien ces inégalités.

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Si en santé publique, la question de l'habitat est encore empreinte d'une approche hygiéniste historique (on parle d'un habitat sain, mais encore peu d'un habitat favorable à la santé¹), des approches et des pratiques articulant le logement avec son environnement émergent.

Notre appel à contributions montre une meilleure prise en compte de ces enjeux et la recherche d'actions plus globales intégrant l'environnement du logement. Pourtant, on constate un recentrage sur des actions de prévention des problèmes de santé dans le logement. Par ailleurs, les difficultés à travailler de façon décloisonnée, inter-services ou entre différents champs disciplinaires, sont également citées comme un obstacle à une approche plus holistique des situations.

C'est pourquoi, avec ce 7^e Dossier ressources, Fabrique Territoires Santé invite à penser en termes d'« habiter » et cherche à faire discuter les disciplines entre elles (santé publique, architecture, social, etc.). « *L'habitation est une action 'J'habite, tu habites, etc.', et non un objet* » rappelle l'architecte Lucien Kroll. Il s'agit d'aller au-delà des caractéristiques techniques du logement, d'avoir une approche plus « *sensible* » : par exemple, le fait d'avoir un réseau de solidarité ou l'accès à un espace vert participeront au bien-être dans son logement et son quartier.

Comment vit-on dans son logement ? Comment habite-t-on ce quartier ? Ces questions doivent être au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et de leurs partenaires.

¹ Voir ce rapport du Haut conseil de la santé publique : *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019 (<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>)



DOSSIER RESSOURCES

sommaire

AU-DELÀ DES MURS

présentation de Fabrique Territoires Santé	3
édito.....	4
méthode.....	9
PARTIE 1. Logement, habitat, habiter : de quoi parle-t-on ? -	11
Logement et santé : une relation reconnue	11
Du logement à l'habitat favorable à la santé	14
Habiter : une approche sensible.....	18
PARTIE 2. Le rôle des dynamiques territoriales de santé pour « mieux habiter ».....	24
Des enjeux partiellement présents dans les dynamiques territoriales de santé	24
S'inspirer : quelques exemples d'actions locales	31
Articuler santé mentale et logement	32
Agir sur la qualité du logement et sensibiliser aux risques sanitaires liés au logement.....	40
Garantir un espace public accessible à tou·tes	43
Adopter une approche globale et intégrée	47
PARTIE 3. Pistes de réflexion	49
Synthèse.....	49



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

D'autres approches inspirantes chez les architectes et les ergothérapeutes	50
Vers un droit à habiter ?	55
bibliographie	60



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

méthode

Ce Dossier ressources est le fruit d'une réflexion collective, alimentée par une analyse documentaire, une série de rencontres et interviews et une capitalisation d'actions locales menées entre avril 2020 et juin 2021.

Un comité interne a suivi l'élaboration du Dossier. Il était composé de cinq administrateur·rices : Didier Febvrel, Bénédicte Madelin, Sylvette Ronque (Cherbourg-en-Cotentin), Noémie Siéfert (Pôle de ressources Ville et développement social) et Arnaud Wiehn (Ireps Nouvelle-Aquitaine).

Un appel à contributions a été largement diffusé de juillet à octobre 2020. Il a reçu quinze réponses.

En parallèle et dans la continuité, nous avons interrogé les personnes suivantes :

- Annie Pourre, militante, Droit au logement, le 3 juin 2020
- Pascale Estecahandy, coordinatrice technique national du programme *Un chez soi d'abord*, & Manuel Hennin, chef de projet hébergement/logement, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, le 7 juillet 2020
- Huguette Boissonnat, département Santé, ATD Quart Monde, le 28 juillet 2020
- Carole Bégou, coordinatrice CLS et CLSM, Echirolles, le 4 septembre 2020
- Sylvette Ronque, chargée de projets Atelier santé ville, Conseil local de santé mentale, prévention des addictions et des risques surajoutés Cherbourg-en-Cotentin, le 4 septembre 2020
- Dominique Poggi, sociologue, formatrice, le 20 octobre 2020
- Sabrina Maurel-Techene & Aude Carrière, ergothérapeutes, le 21 octobre 2020
- Nathalie Victor, directrice de la santé, Bagnolet, le 13 novembre 2020



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

- Benjamin Coignet, directeur, Trajectoires Ressources, le 17 décembre 2020

Le Dossier ressources donne à voir un premier état des lieux, sans prétendre à l'exhaustivité (ni des types de territoires, ni des actions existantes, ni des thématiques couvertes, ni des éléments de l'état des lieux).



DOSSIER RESSOURCES -

AU-DELÀ DES MURS

PARTIE 1. Logement, habitat, habiter : de quoi parle-t-on ?

Le champ de la santé publique s'intéresse depuis plusieurs siècles au logement. De nombreuses ressources existent sur les interactions entre logement et état de santé, et sur la reconnaissance de ces liens². Pour aller au-delà de considérations « techniques » (qualité des matériaux et du bâti), la notion d'habitat est de plus en plus privilégiée, permettant de tenir compte de l'environnement du bâti. Nous revenons dans cette partie sur ces termes : logement, habitat, habiter ; et la manière dont la promotion de la santé s'en empare.

Logement et santé : une relation reconnue

Rappelons quelques éléments marquants : le poids de l'hygiénisme dans notre culture de santé publique, les inégalités de santé produites par le logement et l'inquiétant phénomène du mal-logement.

² Voir par exemple :

- Institut Paris Région, « Santé et urbanisme, approche historique » (2020) : <https://www.institutparisregion.fr/amenagement-et-territoires/sante-et-urbanisme-approche-historique/>
- Réseau français des Villes-Santé OMS, *Pour un habitat favorable à la santé*, 2011 : https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_habitat_sante-1.pdf
- Haut conseil de la santé publique, *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>

Une approche historiquement hygiéniste

Les liens entre santé et logement sont forts et reconnus depuis le 19^e siècle. Les premières règles d'hygiène en matière d'habitat ont permis d'agir contre le risque infectieux et ont contribué à la lutte contre la tuberculose et le choléra. Ainsi, les municipalités ont été investies dans le domaine de l'hygiène publique : en 1802, les premiers conseils de salubrité ont été créées ; en 1850, une loi relative aux logements insalubres confie des pouvoirs de police aux maires.

Le Haut conseil de la santé publique, qui reprend cette histoire dans son rapport *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, en pointe les limites :

« Si à l'international les raisonnements sont effectués en termes de poids de preuves ou de publications, aux niveaux nationaux les visions restent centrées sur l'approche hygiéniste historique. Loin de s'opposer, ces approches se complètent car un habitat favorable à la santé se doit d'avoir comme fondation les éléments premiers d'un habitat sain, dans le sens de la 'salubrité'. [...] Mais l'approche historique ne suffit pas à offrir les conditions d'un habitat favorable à la santé. »³

Logement et inégalités de santé

Les conditions de logement produisent des inégalités de santé, qu'elles soient d'ordre social, territorial ou environnemental. Le logement en lui-même (selon sa dimension, sa ventilation, ses matériaux, ...) et son emplacement (à proximité d'un axe routier, d'un espace vert, du réseau de transports en commun, de commerces...) influeront sur la santé de ses occupant·es. L'OMS estime que chaque année, 3,8 millions de personnes meurent prématurément de maladies imputables à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations⁴. En France, on estime que la pollution intérieure est responsable chaque année de 28 000 nouvelles pathologies et 20 000 décès⁵.

³ Haut conseil de la santé publique, *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019 (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>)

⁴ OMS, *Pollution de l'air à l'intérieur des habitations et santé*, 2019 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>)

⁵ Loïc Chauveau, « France : 20 000 décès par an à cause de la pollution intérieure », *Sciences et avenir*, 2014 (https://www.sciencesetavenir.fr/sante/france-20-000-deces-par-an-a-cause-de-la-pollution-interieure_19070)



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

De plus, le logement est un méta-déterminant en ce qu'il conditionne et agit sur d'autres déterminants : éducation, emploi, ... Les réflexions entre la santé, l'accès au logement, le cadre de vie, le droit à la ville et la lutte contre les inégalités sont donc intrinsèquement liées.

Les inégalités de santé produites par le logement ont été éclairées d'une lumière particulière par le Covid-19 et les confinements. Si les plus précaires ont été les plus touché·es par l'épidémie de Covid-19, cela s'explique en partie par la sur-occupation des logements⁶..

Les inégalités de santé liées au logement viennent aussi des situations déjà bien documentées de discriminations dans l'accès au logement, notamment des personnes souffrant de troubles psychiques.

Mal-logement et santé : un cercle vicieux

« *On peut tuer un homme aussi sûrement avec un logement qu'avec une hache.* »
Albert Südekum, journaliste et politicien allemand (1871-1944)

La lutte contre le mal-logement et l'insalubrité sont des enjeux majeurs pour la dignité des personnes et leur santé. La Fondation Abbé Pierre a consacré une partie de son rapport annuel de 2016 aux liens entre santé et logement. Elle y montre que la qualité du bâti et les conditions d'habitation ont des effets sur la santé physique et mentale. Un logement humide entraîne des pathologies respiratoires ou allergiques : l'OMS évalue que 15% des cas d'asthme infantile sont imputables à l'humidité intérieure, ce qui représente 103 décès annuels potentiellement évitables en Europe⁷. À cela s'ajoutent des risques d'intoxications au plomb, au monoxyde de carbone, etc. Enfin, le mal-logement (en particulier la sur-occupation, le manque d'intimité, le bruit) dégrade aussi l'estime de soi et la santé mentale de ses habitant·es, adultes et enfants.

La Fondation Abbé Pierre met également en lumière les interdépendances entre mal-logement et santé, un « *cercle vicieux* » : non seulement le mal-logement engendre des problèmes de santé ; mais l'accès au logement est

⁶ Pour en savoir plus, lire *Les inégalités sociales au temps du Covid-19*, IReSP, 2020 (https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf)

⁷ Organisation mondiale de la santé, *Housing and health guidelines*, 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>)

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

plus difficile pour les personnes les plus vulnérables, en particulier les personnes souffrant de troubles psychiques, ce qui les sur-expose au risque d'être mal-logées.

Outre les situations d'insalubrité, d'indignité ou d'indécence, la précarité du statut d'occupation (hébergement, relogement, ...) et l'incertitude face à l'avenir touchent également la santé mentale des personnes concernées et leur capacité à adopter des habitudes, par exemple alimentaires, favorables à la santé. L'Observatoire du Samu social de Paris a montré que « *près de huit familles [hébergées] sur dix et deux enfants sur trois souffrent [d'insécurité alimentaire]* »⁸. Son enquête, menée auprès des enfants et familles sans logement personnel, avait pour objectifs de décrire les parcours et les conditions de vie des familles hébergées en hôtel social, en centre d'hébergement d'urgence (CHU), de réinsertion sociale (CHRS) ou pour demandeurs d'asiles (CADA). Elle met en lumière la vulnérabilité résidentielle de ces ménages et ses effets sur leur santé, en démontrant les liens entre santé, conditions d'hébergement et événements de vie stressants.

Du logement à l'habitat favorable à la santé

Le logement s'inscrit dans un environnement. C'est pourquoi le terme « habitat » paraît plus pertinent dès lors que l'on traite de promotion de la santé. Il faut entendre l'habitat comme « *l'association d'une enveloppe matérielle, le logement, avec le milieu environnant, dans sa dimension physique mais également sociale et humaine* »⁹. L'habitat ne se limite pas au bâti (la structure physique du logement) ; entrent aussi en compte l'environnement socio-économique, les interactions sociales ou l'accessibilité aux services.

⁸ Observatoire du Samu social de Paris, *ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative*, 2014 (https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf)

⁹ Observatoire régional de santé Île-de-France, *Interventions sur le logement et impacts sanitaires*, 2017 (https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1497/rapport_interventions_logement_juin_2017_Web.pdf)



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit quatre dimensions de l'habitat¹⁰ :

- Le foyer comme lieu d'intimité et de refuge du monde extérieur ;
- Le logement et ses aspects de sécurité et d'accessibilité ;
- La communauté et son climat social ;
- La qualité du design urbain de l'environnement résidentiel au logement.

Ces différents facteurs se cumulent souvent : de manière défavorable par exemple dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, lesquels sont souvent à proximité d'axes routiers, éloignés des transports en commun, des espaces verts, de l'offre de soins, etc.

Au-delà de la structure physique du logement, il existe bien des facteurs extérieurs aux quatre murs du logement (éclairage public, bruit, ...) et une dimension psychologique à considérer.

Le manuel de référence de l'habitat sain, publié en 2006, par les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies propose la liste de critères suivante¹¹ :

¹⁰ Cité dans INSPQ, *Mon habitat : plus qu'un simple toit*, 2018 (https://www.precarite-energie.org/IMG/pdf/rapport_projet_enquete_sante_habitat.pdf)

¹¹ Centers of disease control and prevention and US department of housing and urban development, *Healthy housing reference manual*, 2006 (traduit dans HCSP, *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019)

DOSSIER

RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Besoin physiologiques fondamentaux	Besoin psychologiques fondamentaux	Protection contre les maladies
Une protection contre les éléments	Une intimité suffisante pour chaque individu	Disposer d'une alimentation en eau saine et salubre
Un environnement thermique évitant les pertes de chaleur inutiles	La possibilité d'avoir une vie de famille normale	Disposer de protections du système d'approvisionnement en eau contre la pollution
Un environnement thermique permettant une perte de chaleur corporelle adéquate	La possibilité d'avoir une vie communautaire normale	Prévoir des installations sanitaires minimisant le risque de transmission de maladies
Une atmosphère présentant une pureté chimique raisonnable	Des installations permettant d'exécuter des tâches ménagères sans fatigue physique et mentale excessive	Protéger les surfaces intérieures de l'habitation contre la contamination par les eaux usées
Un éclairage naturel (lumière du jour) adéquat avec les risques d'éblouissement maîtrisés	Des aménagements permettant de maintenir la propreté du logement et de l'individu	Éviter les conditions insalubres à proximité de l'habitation
Un éclairement solaire direct	Une satisfaction esthétique du foyer et de ses environs	Exclure les animaux nuisibles de l'habitation, pouvant jouer un rôle dans la transmission de maladies
Un éclairage artificiel adéquat avec les risques d'éblouissement maîtrisés	Une concordance avec les normes sociales en vigueur dans la communauté locale	Disposer d'installations pour garder le lait et les aliments frais
Une protection contre le bruit excessif		Laissez suffisamment d'espace dans les chambres pour minimiser le risque d'infection par contact
Un espace adéquat pour exercer des activités physiques et permettre aux enfants de jouer		

Dans cette perspective, l'Institut national de santé publique du Québec invite aussi à une vision intégrée de la santé et de l'habitat :

« Jusqu'à maintenant, les enquêtes, les interventions et la recherche en matière d'habitation étaient abordées de manière sectorielle et portaient sur des paramètres spécifiques. Ces paramètres étaient surtout associés à des aspects physiques de l'habitat : hygiène, air intérieur, moisissures, accessibilité, etc. Toutefois, les interactions reliant les conditions de l'habitat et la santé sont plus complexes. L'OMS invite désormais les intervenants à adopter une vision plus englobante, visant à obtenir une meilleure vue d'ensemble des liens qui existent entre l'habitat et la santé. Cette approche inclut le besoin d'enquêter sur divers aspects associés au milieu bâti tels que la qualité de l'habitat et la qualité de vie, les nuisances associées au bruit, la



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

sécurité du logement et les accidents domestiques ainsi que la qualité de l'air intérieur et la santé. »¹²

Pollution, transports, aménagement, logement sont des dimensions fortement imbriquées. L'OMS porte les recommandations suivantes pour un habitat favorable à la santé :

- Développer un urbanisme favorable à la santé ;
- Évaluer l'impact sanitaire des politiques et plans urbains locaux ;
- Offrir une interface entre science et politique ;
- Intégrer des politiques de transports et d'aménagement urbain ;
- Réduire les émissions de polluants atmosphériques, de gaz à effet de serre et de bruit.¹³

A partir des contributions de ses villes adhérentes, le réseau français des Villes-Santé de l'OMS a, de son côté, réalisé un guide pour l'habitat favorable à la santé en 2011¹⁴. Celui-ci proposait par exemple une série de recommandations pour les espaces extérieurs de proximité : accéder à des services et commerces de proximité, encourager des moyens de transports actifs, favoriser les relations sociales et l'exercice physique.

Le Haut conseil de la santé publique a formulé les recommandations suivantes pour que l'habitat soit favorable à la santé¹⁵ :

« Toute politique qui vise un habitat favorable à la santé se doit de garantir *a minima* le respect d'un habitat sain contrôlé par des critères probants et actualisés, critères qui fondent depuis plus d'un siècle les politiques d'hygiène publique de l'habitat ;

Les conditions d'un habitat favorable à la santé doivent être intégrées en amont de toute politique de l'habitat nationale et locale

¹² Institut national de santé publique du Québec, *Mon habitat : plus qu'un simple toit. Projet d'enquête Santé et Habitat*, 2018 (https://www.precarite-energie.org/IMG/pdf/rapport_projet_enquete_sante_habitat.pdf)

¹³ Organisation mondiale de la santé, *Housing and health guidelines*, 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>)

¹⁴ Réseau français des villes-santé OMS, *Pour un habitat favorable à la santé*, 2011 (https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_habitat_sante-1.pdf)

¹⁵ Haut conseil de la santé publique, *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019 (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>)



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

(construction de logements, élaboration de plans d'urbanisme, rénovation urbaine, aménagement des territoires, etc.) ;

Les facteurs pris en compte car influençant un habitat favorable à la santé doivent être actualisés périodiquement pour être adaptés à l'évolution des connaissances et des contextes ;

L'intersectorialité et la transversalité mises en évidence nécessitent une cohérence des politiques de l'habitat, de la législation, des réglementations, tant nationales que territoriales, des compétences institutionnelles, des dispositifs et des gouvernances nationales et locales

Elles nécessitent aussi des politiques de l'habitat attentives à la mixité démographique et sociale, tant l'expérience démontre que la fragmentation du territoire selon le profil des habitants conduit toujours à l'abandon progressif des espaces où vivent les groupes les moins à même de faire entendre leurs attentes et besoins et à la plus ou moins rapide dégradation de leurs conditions de vie. »

Penser l'habitat favorable à la santé, c'est aller plus loin que la prise en compte de dimensions techniques. Dans la mise en œuvre des projets, il reste beaucoup à faire pour des liens plus étroits et incarnés entre les champs disciplinaires, les professionnel·les et les services. De nombreuses structures, notamment institutionnelles, avancent et proposent des temps d'échanges, comme l'a fait l'ANRU avec des villes concernées par le renouvellement urbain et intéressées par une approche santé¹⁶ ; ou des outils, comme le Domiscore conçu par le HCSP¹⁷

Habiter : une approche sensible

S'il est difficile pour les professionnel·les, formé·es et habitué·es à des fonctionnements sectorisés, d'adopter une approche holistique, les habitant·es pour leur part identifient bien le logement et le cadre de vie comme un des principaux déterminants de leur santé. Ainsi, à l'occasion de rencontres avec des habitant·es organisées par la Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Ile-de-France, « *les participants aux réunions ont très souvent cité le cadre de vie comme un facteur*

¹⁶ ANRU, *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé*, 2021
(<https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/sante-et-bien-etre-quartiers.pdf>)

¹⁷ Pour en savoir plus sur le Domiscore :
<https://www.hcsp.fr/domiscore.cgi/debut>



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

de santé important. Par 'cadre de vie' sont désignés à la fois les infrastructures du quartier, l'état des logements, la pollution, mais aussi l'environnement social »¹⁸.

Elles et ils font part de leurs vécus et de leurs expériences quotidiennes. Cela fait écho à la notion d'« habiter ». Une approche strictement technique, centrée sur le logement voire l'habitat, ne tient pas compte de ces réalités et ne peut pas répondre pleinement aux besoins et envies des personnes. Se demander comment les personnes habitent leur logement et leur environnement plus ou moins proche requiert une approche plus sensible. L'architecte Lucien Kroll renvoie à l'action et aux vécus :

« L'habitation est une action « J'habite, tu habites, etc. », et non un objet. »

Les confinements liés à la crise Covid en donnent là aussi une illustration : nos modes de vie et les inégalités sociales expliquent la sur-mortalité de certaines catégories de personnes. Un très récent article d'Howard Frumkin montrent que « *les facteurs de risque de l'environnement bâti pour la transmission du Covid-19 comprennent le surpeuplement, la pauvreté et le racisme (tels qu'ils se manifestent dans les caractéristiques du logement et du quartier), une mauvaise circulation de l'air intérieur et la pollution de l'air ambiant.* »¹⁹.

Comme le dit Thierry Paquot²⁰, un appartement est plus riche que son nombre de mètres carré : notre habitat peut se rétrécir, ou au contraire s'agrandir, selon la qualité de son environnement, de son voisinage, des mobilités, ... Des espaces de rencontres au sein des collectifs de logement (halls, salles dédiées, jardins...), une bibliothèque, des tiers-lieux, ... sont autant d'« à-côtés » dans la ville qui viennent compléter le logement.

« Les lieux contribuent indéniablement à faire de nous ce que nous sommes. La littérature déborde de témoignages qui expliquent en quoi

¹⁸ LaFédé, *Paroles d'habitantes et d'habitants sur la santé. Participation à l'élaboration du PRS2*, 2019 (<http://www.lafede-mediation.org/mediation/paroles-dhabitantes-et-dhabitants-sur-la-sante-participation-a-lelaboration-du-prs2/>)

¹⁹ Howard Frumkin, « Covid-19, the built environment and health », *Environmental health perspectives* vol.129 n°7, 2021 (<https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/EHP8888>), traduit via DeepL

²⁰ Écouter notamment : « Que veut dire habiter un lieu ? », France Inter, 48min, 2020 (<https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-03-juin-2020>)



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

un appartement surpeuplé et bruyant n'autorise aucune intimité, une baraque de bidonville infestée de rats et traversée par la pluie vous rend fataliste et taciturne, une villa froide et distante, tout comme un pensionnat autoritaire, vous fragilise en vous incitant à la révolte, etc. [...] Certaines architectures anxiogènes favorisent chez leurs habitants une certaine raideur, un manque de confiance en soi, une difficulté à s'épanouir, ou tout simplement la peur. Il ne s'agit ni de confort ni de vastitude, mais de bien-être. Celui-ci dépend avant tout de l'habitabilité du lieu, c'est-à-dire de sa climatique affective et sensorielle... »²¹

Dr Huguette Boissonnat

Département santé, ATD Quart Monde

Entretien réalisé le 28 juillet 2020

Le Laboratoire d'idées santé d'ATD Quart Monde a publié un rapport - Un toit, ma santé et moi – Constats et préconisations pour qu'un lieu soit « habitable » en 2020²². Comment est né ce travail ?

ATD Quart Monde a créé, en 1999, son « laboratoire d'idées santé » qui réunit des personnes en situation précaire, des décideur·euses et des professionnel·les selon une méthode qui permet de construire ensemble constats et pistes d'amélioration pour la promotion de la santé des plus pauvres et de les rendre transmissibles et transférables.

Notre premier sujet était la relation soignant-soigné dans la mise en place de la CMU ; puis d'autres sujets ont émaillé ces travaux notamment la composition du panier de biens santé, la question de la prévoyance décès et des conditions d'inhumation des plus pauvres (en proposant *in fine* la mise en place d'un contrat obsèques), l'accès à une alimentation digne et durable et le droit à l'alimentation (cf. l'ouvrage « *Se nourrir lorsqu'on est pauvre* » et nos propositions déclinées dans un plan alimentaire territorial), ainsi que de nombreux autres sujets sur la protection de la santé.

En effet le droit à la santé souvent mis en avant n'a pas de sens : personne ne peut revendiquer un droit à avoir la santé... mais c'est bien le droit à la protection de la santé qui engage une société tout entière. La protection de la santé passe par l'accès à l'ensemble des déterminants de la santé dans de bonnes conditions. Ce sont les militant·es Quart Monde qui nous ont dit très vite que l'on ne peut pas parler de la santé si on n'aborde pas l'alimentation. Puis on a vu dans les échanges que l'alimentation est aussi liée au mode d'habitat, et que le mode d'habitat est lié aussi à l'alimentation ...

²¹ Thierry Paquot, « Les lieux contribuent indéniablement à faire de nous ce que nous sommes », *Libération*, 4 juillet 2021

²² https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-15_Rapport-Un-toit-ma-sante-et-moi-final.pdf

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Une étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) sur l'alimentation des enfants et des adolescent·es à laquelle nous avons été associés a montré, il y a quelques années, que la plus grande différence entre les enfants d'ouvrier·ères et les enfants de cadres était le niveau d'activité physique et de sédentarité : les uns sont enfermés dans leur appartement ; alors que les autres font du tennis, de la danse, ...²³ Cela montre bien que le lieu, l'habitat, la façon dont on développe les corps sont aussi importants que la question de la protection sociale.

Au sein du laboratoire d'idées, que vous ont dit les personnes en grande pauvreté sur l'habitat ?

Ils nous disent d'abord que « *ce ne sont pas des murs et un toit qui permettent de dire j'habite ici, parce que ça en prison on l'a aussi* ». Pour habiter, il faut bien plus de choses, il faut déjà se sentir un homme, une femme. « *Être déplaçables, comme des boîtes de conserve. On vous parque comme un animal ; on vous dit 'vous allez loger là et pas ailleurs'* ».

Comment ces paroles sont-elles récoltées et ont nourri votre rapport ?

Les militant·es et les professionnel·les se sont rencontré·es deux fois pour chaque groupe (les militant·es deux fois trois jours et les professionnel·les lors de deux temps). On a d'abord recueilli les paroles de chaque groupe de façon séparée, puis ils et elles se sont réuni·es pour partager lors des réunions du réseau Wresinski santé. Leurs préconisations sont alors retravaillées pour tester sur le terrain si elles sont faisables ou non. Il faut savoir ensemble construire une parole, valider des propos, faire émerger des préconisations. Les anthropologues, les sociologues savent le faire, mais ils et elles ont été très souvent mis·es à l'écart de ces actions. On a tendance à confier l'animation de ce type de groupe à des personnes dont ce n'est pas le métier et on aboutit souvent à des verbatim de colère ou à des histoires de vie dont on ne sait pas bien quoi faire. Cela ne permet pas aux décideur·euses de posséder des éléments pour construire. On constate alors une zone grise entre les verbatim et ce que les opérationnels peuvent entendre et utiliser. Notre méthode « acteurs et partenaires », mise en place avec le concours de Viviane Bayad, Chantal Sibué sociologue et moi-même pour ATD, permet de passer cette zone grise et de produire la décision et l'action.

Lorsque les propositions sont transformées en actions, on les accompagne de laboratoires d'usages, animés là-aussi par des professionnel·les ou cabinets de conseil dans l'expérience client/patient (comme dans l'économie classique) pour faire des retours d'expérience (constats, analyse et propositions). Les personnes qui participent sont dans la parole et dans la construction de préconisations, elles ne doivent en aucun

²³

<https://www.anses.fr/fr/content/disparit%C3%A9s-socio%C3%A9conomiques-et-alimentation-des-enfants-et-adolescents>

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

cas être des objets d'étude et de tests. C'est très important déontologiquement et éthiquement.

Dans ce rapport, vous parlez d'habitabilité plutôt que d'habitat. Quels enseignements en tirez-vous ?

Je me suis rendu compte, dans les paroles des très pauvres, que dans leur tête ils et elles restent errant·es, n'habitent pas là où ils sont. Ils et elles nous parlent des réhabilitations urbaines, de leur sentiment d'être « déplaçables », du fait qu'il y a des décisions auxquelles de toute façon ils et elles ne seront jamais associé·es. Autant vous avez votre caravane dans le bois, vous savez que c'est votre caravane et vous y habitez ; autant vous êtes dans un appartement, vous savez qu'au gré des réhabilitations et des décisions politiques, vous allez être déplacé·e, arraché·e à votre vie ... donc autant ne pas s'attacher, ne pas habiter.

La deuxième chose qui m'a interpellée, c'est qu'on n'habite pas avec un toit et des murs : on habite avec une clé. Quand vous avez une clé, vous avez un lieu pour habiter, parce que vous avez le droit d'aller dehors et vous savez où vous allez rentrer. Quand vous êtes en prison, vous avez aussi un toit et des murs, mais vous n'avez pas de clés. Quand vous êtes dans un endroit où on vous abrite, comme un foyer, ce n'est pas habiter.

Un troisième point : je m'attendais à ce qu'on se plaigne des moisissures, des nuisibles, des conditions intérieures des appartements insalubres. Mais non, les personnes ont dit que la priorité est d'avoir une boîte aux lettres. Pour travailler, il faut avoir une adresse. En France, si on n'a pas d'adresse, on n'existe pas.

Plus précisément sur la santé, quelles recommandations a formulé le groupe ?

Lorsqu'on aborde « la santé à l'épreuve du logement », les visages se ferment. Les participant·es savent que leur santé est en péril, que l'insalubrité du logement, les nuisances et les nuisibles, les accidents domestiques sont leur lot. Ces logements de misère ne permettent pas de protéger sa santé, à quoi bon dire qu'il faut manger sainement lorsqu'on n'a pas de lieu pour se mettre autour d'une table ou pour cuisiner ? Comment garder sa santé mentale dans certains logements où le sommeil n'est juste pas possible, où la peur nous tenaille ? Comment vivre dans ces logements avec un handicap ou une maladie chronique ?

Leurs propositions sont simples et de bon sens : ne mettre en location que des logements sains, adapter les logements aux personnes qui les occupent en termes d'espace et en fonction de leur état de santé (handicap, maladie invalidante, âge...), et entretenir ces logements et les espaces collectifs pour permettre de vraiment protéger la santé de leurs habitant·es.

Ce que les professionnel·les de santé appelaient « habiter », ce n'était pas du tout ce que les personnes en grande pauvreté appelaient « habiter ». Ils et elles nous ont fait part d'un malaise bien ancré dans leur milieu professionnel en ce qui concerne, non pas l'accès au logement, mais l'accès aux conditions d'habitabilité du logement pour les familles pauvres. Ils et elles proposent plus de souplesse dans les choix en créant des bourses d'échange d'appartement sociaux, en privilégiant les liens sociaux, les habitats participatifs avec des espaces communs, des espaces extérieurs permettant de bien vivre



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

et de se rencontrer et des logements qui créent les conditions d'accueil des enfants et favorisent leur scolarité.

La question de l'air intérieur occupe une place importante dans votre rapport et fait l'objet d'une expérimentation. Pourquoi ?

On s'est rendu compte que l'on ne mesure l'air intérieur que dans des appartements de la « norme ». De manière globale, dans le monde, on ne se préoccupe pas de l'air intérieur dans l'habitat insalubre. Dans les lieux où vivent les gens en précarité, on sait que l'air extérieur n'est pas bon, parce qu'en général ils sont près des autoroutes, etc. Mais comment c'est chez eux à l'intérieur ?

L'air intérieur c'est comme l'alimentation, c'est double peine : on vous culpabilise, c'est-à-dire vous vivez mal, vous aérez mal, vous fumez trop ... mais vous faites ça parce que vous êtes pauvre et que vous vivez dans des appartements insalubres, bruyants ... C'est la spirale infernale, en plus la société vous accuse, alors « vous ne voulez pas qu'on se mêle de cette question en plus ». L'air intérieur, c'est entrer dans l'intimité des foyers, c'est une question très difficile. Nous avons dès lors avec Delphine Mion, jeune ingénierie, mis au point une méthode avec un mesureur qui fait la taille d'un téléphone, afin que les personnes puissent s'en emparer elles-mêmes. L'idée c'était de redonner du pouvoir, de permettre aux personnes de regarder elles-mêmes comment est l'air du lieu où elles habitent.

Il y a une mère qui disait « moi je n'ouvre jamais la fenêtre parce que j'ai peur que mon bébé respire un air vicié » ; elle vivait à côté d'une autoroute et d'un air pollué. Elle pensait bien faire, mais grâce au mesureur elle s'est rendu compte que l'air intérieur de l'appartement était mauvais et qu'il était important d'aérer.

La ville de Bagnolet et son service municipal de santé a réalisé jusque-là quelques dizaines de tests à l'occasion de visites de l'inspecteur de salubrité. Ces mesures d'air intérieur sont un précieux support pour un plaidoyer.

Selon vous, comment les dynamiques territoriales de santé (CLS, ASV, CLSM) peuvent-elles se saisir de vos recommandations sur l'habitabilité ?

La première chose, c'est sûrement l'aide au diagnostic. Dans les diagnostics, les coordonnateur·rices ont des grilles qui sont les leurs et ne sont pas les grilles des plus pauvres. Il m'est arrivé de quitter une réunion CLS avec une personne très pauvre en pleurs parce qu'elle avait entendu lors du diagnostic que dans son quartier tout le monde boit, se drogue, fume, etc. Soit on fait des diagnostics uniquement entre professionnel·les avec les mots des professionnel·les ; soit on veut faire un diagnostic partagé : dans ce cas, il faut travailler avec d'autres méthodes de travail.

DOSSIER RESSOURCES

—

AU-DELÀ DES MURS

PARTIE 2. Le rôle des dynamiques territoriales de santé pour « mieux habiter »

—

Les collectivités locales sont bien placées pour agir sur les différents champs concernés par l'habitat. Elles sont des actrices stratégiques sur les questions liées aux conditions de logement et au cadre de vie, grâce à leurs compétences et leur capacité à construire une politique globale de promotion de la santé²⁴ et ainsi réduire les inégalités. Voyons dans cette deuxième partie que peuvent apporter les dynamiques territoriales de santé sur les questions ouvertes par « l'habiter » et des illustrations d'actions locales.

Des enjeux partiellement présents dans les dynamiques territoriales de santé

Les villes connaissent les liens entre urbanisme, logement et santé ; et y travaillent de plus en plus, à l'image de ce que l'on a pu observer dans les dynamiques territoriales de santé.

Que sont les dynamiques territoriales de santé ?

Les dynamiques territoriales de santé prennent le plus souvent la forme de l'un des trois dispositifs suivants : Atelier santé ville (ASV), Contrat local de santé (CLS), Conseil local de santé mentale (CLSM).

²⁴ On se réfère ici à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Les ASV sont des démarches de promotion de la santé au bénéfice des habitant·es des quartiers de la politique de la ville. Créé en 1999, ce dispositif est au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville. En 2012, un référentiel national définit l'ASV comme « *une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville* ».

Un ASV est porté par une collectivité locale (commune ou intercommunalité) et animé par un coordonnateur. Souple et flexible, la démarche s'adapte aux besoins et aux réalités des quartiers, en s'appuyant sur un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs impliqués, professionnels et habitants. L'ASV se caractérise par :

- une démarche projet (diagnostic, programmation d'actions et évaluation) ;
- la construction de partenariats et de réseaux (mettre en synergie les acteurs institutionnels, associatifs, de la collectivité, et professionnels de santé) ;
- une approche de promotion de la santé, par les déterminants de santé (mobilité, urbanisme, logement, accès aux droits, etc.) ;
- la recherche d'une participation des habitants à toutes les phases du projet ;
- l'ancrage territorial de l'action dans les quartiers et l'appui sur une dynamique locale.²⁵

Les contrats locaux de santé sont institués par la loi de santé de 2009 « Hôpital, patients santé et territoires » dite HPST, qui prévoit que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence régionale de santé, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». Le CLS est donc un outil de contractualisation entre l'ARS et les collectivités qui propose une articulation concertée entre les politiques régionales de santé et l'action des collectivités locales.

²⁵ Pour en savoir plus, consulter le rapport rédigé par Fabrique Territoires Santé : *Capitalisation des démarches Ateliers santé ville. Des savoirs issus des pratiques professionnelles pour la promotion de la santé*, 2016 (en ligne : <http://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/rapport-danalyse-asv>)

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

La loi précise peu le contenu du CLS, c'est donc un outil peu contraignant et assez souple, qui se construit selon les territoires d'implantation. Il en ressort une très grande hétérogénéité des CLS sur les territoires, en termes de contenu, de couverture, de partenaires associés, de coordination ou de programmation d'action.

Fort de l'expérience et l'expertise développées par les ASV, un grand nombre de CLS s'est mis en place, avec parfois une coordination partagée. La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif des contrats locaux de santé, affirmé dès le départ par le ministère de la santé et réaffirmé par certaines ARS.

Les conseils locaux de santé mentale sont des plateformes de concertation et de coordination d'un territoire définies par ses acteurs, présidées par un élu local, co-animées par la psychiatrie publique et intégrant les usagers et les aidants. Un CLSM a pour objectif de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Il permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soin ; et associe les acteurs sanitaires et sociaux, et toute personne intéressée du territoire²⁶.

Deux témoignages de coordonnatrices locales de santé

Témoignage de Sylvette Ronque, chargée de projets Atelier santé ville, Conseil local de santé mentale, prévention des addictions et des risques surajoutés – Ville de Cherbourg-en-Cotentin (Manche, Normandie)

Cherbourg-en-Cotentin est une ville de 80 000 habitant·es, située dans le département de la Manche. Concernant le logement, il n'y a pas de tension sur l'offre ; ce qui donne plus de temps aux acteur·rices du territoire, notamment les travailleur·ses sociaux·ales, de traiter d'autres problématiques que celle de l'accès au logement.

Comment les services Santé, Habitat et Urbanisme travaillent-ils ensemble ?

Le service santé ne traite pas directement les questions liées à l'habitat. C'est le rôle du service urbanisme, en particulier dans le cadre du renouvellement urbain ; tout en étant inclus dans le plan municipal de santé. Mais différentes portes d'entrée ont amené le service santé à agir

²⁶ Pour en savoir plus sur les CLSM, voir le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM : <http://clsm-ccoms.org/>



DOSSIER RESSOURCES

—

AU-DELÀ DES MURS

sur l'habitat : les intoxications au monoxyde de carbone, les troubles psychiques entraînant des troubles du voisinage (examens de situations individuelles dans les commissions du Conseil local de santé mentale, sessions de sensibilisation auprès des bailleurs sociaux et des gardien·nes d'immeuble), les situations d'incurie (gérées par le CCAS), les nuisibles, ...

Il y a encore un décalage de culture entre les services Urbanisme et Santé. Mais les liens démarrent. Récemment par exemple, alors que le projet de rénovation d'une place prévoyait la suppression d'une fontaine à eau, la directrice du renouvellement urbain a interpellé le service Santé pour avoir des arguments « santé » et maintenir la présence d'un point d'accès à l'eau potable dans le quartier.

On voit que le service Santé est perçu comme un service ressource et producteur d'expertise. Y a-t-il des actions à venir pour prolonger cette dynamique ?

Le service santé a participé à une recherche-action portée par le service Urbanisme sur les « désolés », c'est-à-dire les personnes qui ne demandent plus d'aides. Entre 2016 et 2018, l'équipe mobile précarité psychiatrie de la Fondation du Bon Sauveur de la Manche a mené une recherche-action auprès des dispositifs d'accompagnement sociaux et médico-sociaux et leurs bénéficiaires sur le territoire de l'agglomération cherbourgeoise. Cette recherche préconise de « *réinscrire les histoires individuelles dans la temporalité des histoires familiales, groupales et globales, c'est-à-dire reconnaître leur vécu individuel et leur appartenance participative au monde, et de ce fait leur possible capacité à apporter quelque chose d'eux-mêmes à celui-ci* ».

Cela a inspiré l'action « Récits de vie/récits de ville » dans le cadre d'un projet de renouvellement urbain d'un quartier de Cherbourg. Il s'agira d'« *aller vers les personnes, parce qu'elles vivent là, écouter le récit de leur ville, de leur quartier, de leur histoire dans le quartier* ». Cette action est soutenue par le Conseil local de santé mentale et vise à recueillir la parole des personnes souvent invisibles, ni sollicitées, ni présentes dans les lieux d'accueil.

Est aussi programmée une action sur l'appropriation des espaces publics par le genre (une initiative portée par la mission lutte contre les discriminations, intégrée au service santé).

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Témoignage de Carole Bégou, coordonnatrice du Contrat local de santé et du Conseil local en santé mentale – Ville d'Echirolles (Isère, Auvergne-Rhône-Alpes)

Échirolles est une ville de 38 000 habitant·es, située dans le département de l'Isère. Le territoire est en tension par rapport à l'offre de logements sociaux.

Comment le service santé travaille-t-il sur les enjeux liés à l'habitat ?

La principale entrée pour traiter des liens entre habitat et santé a été la récente mise en place d'un groupe de travail « Habiter dans son quartier » dans le cadre du Conseil local de santé mentale. Sont invité·es à ce groupe de travail : les chef·fes de projet politique de la ville, les responsables des services Action sociale et Logement, un centre d'hébergement, un ergothérapeute, un centre médico-psychologique (CMP), l'UNAFAM, des travailleur·euses sociaux·ales, un représentant du Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), des bailleurs sociaux. Il sera important pour la réussite du projet que les personnes concernées puissent participer et faire remonter leurs besoins.

Les deux premières réunions ont permis de qualifier les problématiques rencontrées (comportements d'incurie, ...) et les ressources existantes sur le territoire (offre de logements accompagnés, ...). Que veut dire habiter ? Quelles difficultés à habiter ? Quelle offre de services à proximité ? Quels transports accessibles ? Comment se saisir des ressources de la ville ? Que peut apporter le CLSM ? ... Ce seront les questions auxquelles le groupe de travail devra réfléchir dans les prochains mois ; des enjeux qui intéresseront aussi les services Urbanisme et Aménagement.

Plusieurs pistes de travail se dégagent d'ores et déjà :

- Recenser l'offre de logements accompagnés sur le territoire ;
- Construire un document de référence pour capitaliser les outils et savoir-faire (par exemple, sur l'incurie) ;
- Construire une action type « ateliers d'habitants bâisseurs » (quelles ressources pour personnaliser, aménager son logement ? est-ce qu'il y a un réseau d'entraide ?).

Le diagnostic porté par les membres du groupe de travail est le suivant : les situations problématiques sont souvent repérées « en retard », suite à des conflits de voisinage ou des impayés de loyers. L'inclusion dans le logement diffus n'est pas simple. Il est très compliqué d'organiser la prévention en amont, notamment par crainte de la stigmatisation. Comment accompagner et faire de la prévention ? Que se passe-t-il quand

la personne logée dans le diffus est en rupture de soins ? Il faut des « passages à l'acte » pour se mettre autour de la table !

L'accompagnement ne peut pas être fait correctement faute de moyens. Les institutions trouvent des arrangements pour pallier des manques. On pallie des dispositifs déjà sous-dotés.

Sur certains territoires, il existe des dispositifs qui ont plus de moyens et peuvent mobiliser du personnel pour des visites à domicile et un accompagnement régulier ; mais toutes ne le peuvent pas.

Comment les services santé, habitat et urbanisme travaillent-ils ensemble ?

C'est le volet « environnement et cadre de vie favorable à la santé », que le CLS est en mesure de traiter divers sujets : le plan d'adaptation au changement climatique (air, nuisibles, canicule), le développement de la végétalisation, ... Ainsi, le service Urbanisme se saisit des enjeux de santé à travers les sujets « canicule » et « végétalisation ». Petit à petit, le CLS devient un levier pour valoriser et promouvoir la santé dans l'ensemble des services municipaux.

Les expériences d'évaluations d'impact en santé (EIS) sont aussi de bons outils pour sensibiliser équipes et élus aux déterminants de santé²⁷.

Un appel à contributions révélateur d'une focalisation sur le logement

Fabrique Territoires Santé a ouvert un appel à contributions de juillet à septembre 2020, pour identifier des actions locales traitant des enjeux autour de l'habiter et de la promotion de la santé. Les quinze contributions reçues portent en très grande majorité sur le logement : accès et maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, ateliers d'information sur la santé dans le logement, ... Les réflexions sur les conditions d'habitation et l'environnement du logement sont plus rares. En santé publique, plutôt que d'habiter on parle d'abord de logement ou d'habitat.

Au-delà d'un recueil d'actions, il s'agissait aussi de voir comment les dynamiques territoriales de santé se saisissent de ces questions. Une recherche parallèle d'actions portées par des collectivités locales et des échanges avec des coordonnateur·rices ASV, CLS ou CLSM confirme cette

²⁷ Pour en savoir plus sur les EIS, voir notamment le Dossier ressources de Fabrique Territoires Santé « Transformations urbaines, habitant·es et santé » (https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2021/11/dr_transformations_urbaines_vf.pdf)

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

tendance à la focalisation importante sur le logement. Comment peut-on l'expliquer ? Nous avançons plusieurs hypothèses :

- Une culture de santé publique imprégnée de l'hygiénisme du 19^e siècle ;
- Une étanchéité entre les services santé, habitat et urbanisme, rendant difficiles les approches intégrées et les collaborations ;
- Un manque de légitimité ressentie par les coordonnateur·rices de démarches territoriales de santé pour « dépasser » les limites strictes de leurs attributions ;
- Des approches qualitatives sur l'habiter encore émergentes, limitées à de « bonnes intentions », qui sont peu portées collectivement ou mises en œuvre ;
- Des réflexions d'ordre quasi-philosophiques, difficiles à traduire de manière opérationnelle (par où commencer ?) ;
- La lutte contre le logement insalubre, les listes d'attente pour accéder au logement social, ... : des enjeux majeurs jugés prioritaires sur une approche qualitative sensible et collective (et pour lesquels les moyens ne sont déjà pas à la hauteur) ;
- Des habitant·es relativement absent·es des réflexions et des actions, si ce n'est dans un rôle de bénéficiaires.

Pourtant, les enjeux que l'on a regroupé en première partie sous le terme « habiter » ont pleinement leur place dans les dynamiques territoriales de santé : ils peuvent permettre de tirer de nouveaux fils et de voir les situations sous d'autres angles.

Pourquoi les dynamiques territoriales de santé sont légitimes à intervenir sur ce qui concerne « l'habiter » ?

D'abord, parce que ce sont des démarches locales portées par des villes qui ont des compétences ou des leviers pertinents pour penser l'habitat et son environnement (plan local d'urbanisme, plan climat air énergie, etc.). Ensuite, parce qu'ainsi elles entrent dans leur rôle de travailler sur les inégalités de santé. Enfin, parce que ces dynamiques développent et mettent en pratique une approche globale et transversale.

Comment les dynamiques territoriales de santé se saisissent-elles des enjeux de l'habiter ?

Les CLS, ASV et autres dynamiques territoriales de santé proposent souvent un axe de travail relatif au logement ou à l'habitat, parfois inclus dans un chapeau « santé environnementale ». C'est ce qu'a montré une

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

étude sur la place de la santé-environnement dans les CLS, menée dans le cadre de la recherche CLoterreS²⁸. Parmi les CLS étudiés, la thématique la plus fréquente parmi les sujets de santé environnement est « habitat – air intérieur »²⁹. Cette enquête souligne aussi que les CLS décloisonnent les approches sectorielles et adoptent une approche globale des conditions de vie ; ce qui leur permet de mobiliser une grande diversité d'acteur·rices.

S'inspirer : quelques exemples d'actions locales

Les contributions reçues et les échanges avec des coordonnateur·rices santé montrent une volonté d'adopter une approche globale et qualitative de l'habitat. Lors d'échanges avec les coordonnatrices santé du Val d'Oise (organisés avec le Pôle de ressources Ville et développement social, centre de ressources politique de la ville de l'ouest francilien), elles ont défini l'habitat comme un refuge, un cocon, un lieu de ressources pour la personne, un nid, bref un lieu où l'on doit se sentir bien et pouvoir se retrouver ; ce qui n'est pas toujours le cas. Cela peut même être l'inverse : un lieu de conflits, de violences intra-familiales, ... Les coordonnatrices ont souligné que l'habitat peut être choisi ou subi, en adéquation ou non avec ses valeurs. Globalement, le lieu d'habitation représente une condition à d'autres droits : sécurité, démarches administratives, école, ...

Elles témoignent – et ce n'est pas particulier à leur département – de rares interactions entre les services Santé et Habitat. Si les chargé·es de mission se connaissent et échangent régulièrement, les directions sont beaucoup moins liées. Avec les partenaires, en particulier les bailleurs sociaux, les échanges restent ponctuels sur la santé et ne sont pas systématiques.

En parallèle, les contributions montrent un intérêt particulièrement marqué pour deux dimensions : la santé mentale et la qualité de l'air intérieur. Ce sont des sujets sur lesquels les collectivités locales ont les compétences et certains leviers pour agir. Notons que l'objectif de

²⁸ En savoir plus sur CLoterreS : <https://www.cloterres.fr/>

²⁹ Présentation de Cyrille Harpet aux Journées régionales d'échanges du CRES PACA 2020 « Santé environnementale et collectivités locales : la place du CLS » (http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/2677/la-sante-environnementale-dans-les-cls-cyrille-harpet-ehesp_doc.pdf)

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

promotion de la santé peut entrer en tension avec d'autres enjeux : comment concilier des objectifs parfois divergents entre rénovation énergétique favorable à l'environnement et habitat favorable à la santé ? Comment concilier qualité de l'air intérieur et réglementation thermique ? Il peut être difficile de trouver le bon équilibre entre isolation et ventilation.

Enfin, il est remarquable que l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) soit sollicitée comme un outil méthodologique pertinent pour accompagner le diagnostic, mobiliser les acteur·rices et évaluer a priori des projets.

Nous classons les contributions reçues (et les présentons ci-après) selon les thématiques et stratégies suivantes : santé mentale, qualité du logement, femmes dans l'espace public, sensibilisation à une approche globale.

Articuler santé mentale et logement

La santé mentale est abordée à travers l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques. Des difficultés sont souvent découvertes suite à des troubles de voisinage et les solutions ne peuvent pas être trouvées sans un partenariat fort entre la ville, le bailleur social, les acteur·rices de proximité et le secteur de psychiatrie.

Accès et maintien dans le logement

Le CLSM de Lille agit pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de souffrance psychique depuis 2012. Ce travail comporte deux volets principaux : la gestion de cas complexes et la mise en place de dispositifs innovants. Les membres du CLSM se réunissent pour traiter de situations relevant de l'habitat et de la santé mentale que l'un d'eux (bailleur social, intervenant·e social·e de mairie ou de maison de quartier, ...) signale. Les motifs de signalement sont généralement des troubles du voisinage, odeurs nauséabondes, nuisances sonores, ... Les personnes concernées sont en situation de détresse psychique, pour certaines en ruptures de soins et une coordination des partenaires est nécessaire. La situation est étudiée collégialement et anonymement, et des pistes d'orientation sont proposées. Ainsi, le CLSM de Lille œuvre, à partir d'un travail de coordination des professionnel·le.s, à l'amélioration du bien vivre ensemble, la prévention des dégradations des situations et des expulsions.

➔ **En savoir plus : Inspir'action « Accès et maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique // CLSM Lille »**

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Le Conseil intercommunal de la santé mentale (CISM) de la Communauté d'agglomération Centre Littoral (CACL) et le bailleur social de la Société d'économie mixte de Saint-Martin (SEMSAMAR) développent leur partenariat et renforcent ainsi le travail sur les liens entre logement et santé mentale. Si le bailleur social avait déjà mis en place une cellule de concertation sur des situations complexes, la mise en place du CISM en 2018 a donné une nouvelle impulsion pour répondre à cette problématique globale : comment améliorer l'accompagnement et l'inclusion des personnes dans la cité par le maintien et l'accompagnement dans le logement ? Les différentes actions menées sont le fruit d'un processus de sensibilisation du réseau d'acteur·rices, permettant une implication et une appropriation progressive jusqu'à un cycle de formation destiné au bailleur social directement. Ces formations s'adressent à l'ensemble des équipes de la gestion du patrimoine, dont la mission principale est d'œuvrer pour le maintien durable de l'ensemble des locataires au sein du logement.

➔ En savoir plus : [Inspir'action « Histoire d'un partenariat entre un conseil local de santé et un bailleur social // Communauté d'agglomération du Centre Littoral & Société d'économie mixte de Saint-Martin »](#)

À Grenoble, l'APAJH (Association pour adultes et jeunes handicapé·es) d'Isère a développé une forme d'habitat accompagné : le service d'accompagnement renforcé et d'insertion par le logement (SARIL). Ce service s'adresse à des personnes en situation de handicap qui ont le projet et la capacité de vivre en logement ordinaire et qui recherchent un environnement accompagné et adapté. Il s'agit d'une alternative au logement classique (seul ou en famille) et aux établissements collectifs de type foyer de vie ou foyer logement.

Pour cela, le SARIL propose : 25 logements sociaux à Grenoble, dont 24 dans une même montée d'immeuble ; un espace commun, lieu central de partage et de vie sociale, situé à 150 mètres de la montée d'immeuble ; une ouverture vers l'extérieur, via des rencontres et des activités ; une équipe d'accompagnant·es professionnel·les et de bénévoles.

➔ En savoir plus : [Inspir'action « Le SARIL : un habitat accompagné pour personnes en situation de handicap // APAJH 38 »](#)

Faire face au syndrome de Diogène

Le syndrome de Diogène décrit « *un trouble du comportement associant une négligence de l'hygiène corporelle et domestique, ainsi qu'une accumulation*

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

extrême d'objets »³⁰. Ce trouble d'accumulation compulsive est « un trouble anxieux qui se caractérise par une difficulté persistante de jeter ou de se départir de ses biens, malgré [leur] inutilité »³¹.

Le CLSM de Lens-Hénin et le Centre de ressources sur le handicap psychique (CREHPSY) des Hauts-de-France animent un groupe de travail sur l'accompagnement des personnes présentant un syndrome de Diogène. Ce groupe a pour objectifs d'améliorer les connaissances des professionnel·les sur le syndrome de Diogène et d'accompagner leur montée en compétences ; tout en privilégiant la possibilité de travailler avec la personne présentant ce syndrome et lui permettre de rester à son domicile. Il est composé d'élue·es des communautés d'agglomération Lens-Liévin et Hénin-Carvin, des centres communaux d'action sociale (CCAS) du territoire, de bailleurs sociaux, de l'Agence départementale d'information sur le logement (ADIL), du centre médico-psychologique (CMP), du service insalubrité de l'ARS, de la sous-préfecture, d'associations locales, ...

Ces partenaires ont conçu une fiche d'observation qui permet d'identifier un syndrome de Diogène (à distinguer d'un problème d'insalubrité) et de tenir compte des souhaits de la personne concernée, à la différence de la fiche de signalement d'un logement indigne (Relevé d'observation du logement – ROL). À terme, l'action doit aboutir à la mise en place d'un accompagnement spécifique pour les personnes présentant un syndrome de Diogène, qu'elles soient locataires ou propriétaires occupant·es.

➔ **En savoir plus : [Inspir'action « Un travail partenarial autour du syndrome de Diogène // CLSM Lens-Hénin »](#)**

Accompagner le stress des opérations de renouvellement urbain

Des collectivités abordent aussi les effets sur la santé mentale des projets de renouvellement urbain, qui déstabilisent les habitant·es, perturbent les repères et créent un climat d'incertitudes.

³⁰ Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, *Insalubrité morbide. Quand l'insalubrité menace la santé*, 2011 (https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Sante_Publique/Environnement/Insalubrite_morbide/PUB_2018-01-22_Quand_1_insalubrite_menace_la_sante.pdf)

³¹ *idem*

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Dans le cadre du projet de renouvellement urbain du quartier de La Duchère, la ville de Lyon, à travers son Conseil local de santé mentale (CLSM), a mis en place un lieu d'accueil et d'écoute (LAE) pour les habitant·es concerné·es par des processus de relogement. Il s'agit de renforcer la dimension sociale et psychique de l'accompagnement des ménages concernés par les opérations de renouvellement urbain, souvent très lourdes. L'objectif de cette action est de pouvoir accueillir des éléments de souffrance des habitant·es, mais aussi d'évoquer les notions « *d'habitation* », « *d'espace* », de « *chez soi* » afin de favoriser l'expression et le partage d'expériences dans un accueil collectif de la parole. Le LAE se tient une fois par mois dans un centre social au cœur du quartier. De manière globale, cette action est construite comme un outil de prévention en santé mentale, et s'inscrit dans la déstigmatisation de l'accompagnement psychique.

➔ En savoir plus : [Inspir'action « Un lieu d'accueil et d'écoute dans le cadre du renouvellement urbain // Ville de Lyon »](#)

Le logement comme fondement d'une bonne santé : le dispositif *Un chez soi d'abord*

Un chez soi d'abord est un dispositif qui vise à permettre à des personnes majeures sans-abri et souffrant de troubles psychiques sévères d'accéder à un logement et de s'y maintenir. Le logement est envisagé comme un point de départ. Ce dispositif a été précurseur du plan quinquennal *Un logement d'abord*.

Comme l'explique Martin Boichard, coordinateur du *Chez soi d'abord* de la métropole de Lyon, « *l'accompagnement se base sur les principes du rétablissement en santé mentale, de la réduction des risques et des dommages, et donne la primauté aux choix des personnes* »³² :

« Nous sommes tenus de proposer une visite de logement au plus tard huit semaines après la première rencontre avec les personnes qui sont admises dans le dispositif et de leur faire visiter au minimum deux logements. De ce fait, la question que nous posons dès la deuxième rencontre est : quel est ton logement idéal ? Il n'est pas question de s'engager à le trouver, mais de s'appuyer sur ce logement rêvé pour appréhender les besoins de la personne, faire naître l'espoir, imaginer des projections, parler de "parcours locatif" (possibilité de déménager). »

³² Martin Boichard, « *Une villa à Hollywood* : écouter le rêve d'un logement idéal pour soutenir l'espoir d'une vie meilleure », Rhizome n°79, 2021 (http://www.ch-levinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orsper-Samdarra/OS-Rhizome_79.pdf)

Pascale Estecahandy

Coordinatrice technique nationale du programme *Un chez soi d'abord*, DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement)

Manuel Hennin

Chef de projet hébergement/logement, DIHAL

Entretien réalisé le 7 juillet 2020

Quelle est l'ambition du plan *Un logement d'abord* ? Quels sont ses fondements ?

Manuel Hennin : Le plan *Un logement d'abord* est issu notamment de constats faits dans le cadre du programme *Un chez soi d'abord* conduit en France entre 2011 et 2016 et d'expériences menées à l'international. Il vise à généraliser les principes testés et approuvés dans le cadre d'*Un chez soi d'abord*, c'est-à-dire privilégier l'accès direct au logement « ordinaire » plutôt que de proposer un parcours par étapes passant par l'hébergement.

Traditionnellement, dans le secteur de l'hébergement, on a une réponse en escalier avec une progression de fait assez lente et par étapes : d'abord l'hébergement d'urgence ; puis lorsque les personnes se sont montrées relativement stables et prêtes à adhérer aux règles, elles passent dans l'hébergement d'insertion, puis éventuellement dans des structures de logements dits adaptés ; et puis dans l'idéal, à la fin le graal : le logement ordinaire. Avec *Un logement d'abord*, on veut renverser cette manière de penser. Cela a beaucoup d'impacts sur les pratiques, mais aussi sur les manières d'organiser, de piloter, de financer ce secteur.

Viser un accès le plus rapide possible au logement et un passage le plus court possible en hébergement, cela renverse l'idée que l'insertion des personnes se fait dans l'hébergement et qu'elles ne pourront accéder au logement qu'une fois qu'elles ont résolu leurs problèmes. Il s'agit plutôt de considérer qu'on va leur permettre l'accès au logement comme la réalisation d'un droit fondamental et, à partir de là, construire avec elles un parcours d'insertion via un accompagnement adapté à leurs besoins.

Cet ensemble d'actions est décliné dans un plan quinquennal lancé par le gouvernement en 2017. Ce plan contient des mesures de production de logements, d'orientation et d'accompagnement, de prévention des expulsions, d'organisation des acteurs et de territorialisation des actions ; il se positionne en faveur de l'accompagnement social et pluridisciplinaire des personnes.

Pour les personnes en situation de précarité ayant des problèmes de santé, on a eu traditionnellement des réponses du type « dispositif spécifique ». Citons par exemple, les

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

lits halte soins santé ou les lits d'accueil médicalisé pour les personnes sans-abri qui auraient des troubles de santé passagers ou chroniques et qui nécessitent un accompagnement médical et un toit pour s'abriter mais ne sont pas assez malades pour recourir à une hospitalisation. Il y a aussi le champ du logement adapté, avec par exemple les résidences accueil qui proposent un logement dans un cadre semi-collectif à des personnes qui ont des troubles psychiques ou des handicaps.

Dans *Un chez soi d'abord*, on propose aux personnes un logement ordinaire indépendant et non un hébergement, avec un accompagnement qui prend en compte leurs besoins sur plusieurs champs, donc une réponse intégrée.

Pascale Estecahandy : Les expulsions locatives sont aussi un enjeu important. Les questions de santé peuvent générer des pertes de revenu et secondairement des expulsions locatives mais la procédure d'expulsion peut elle-même provoquer du stress, et on le sait le stress chronique peut générer des pathologies de santé. Il s'agit de problématiques intriquées. Un axe du plan *Un logement d'abord* porte sur la prévention des expulsions locatives, particulièrement suite à des sorties d'institutions (prison, hôpital, ...). C'est un sujet qu'on aimerait mieux objectiver, notamment en termes de coûts évités. Prévenir une expulsion, c'est aussi prévenir des coûts dans le champ de la santé.

Vous faites des liens entre santé, expulsion et insécurité du statut d'occupation de l'hébergement ou du logement. Ces liens sont-ils largement connus et reconnus ?

PE : On met en avant que le logement permet aux gens de retrouver une intimité et une sécurité – et on sait que ces éléments-là sont des éléments protecteurs du bien-être et de la santé.

Au niveau macro, ce que l'on voit c'est que la vie à la rue, indépendamment de tout autre facteur, a un impact sur la morbi-mortalité ; c'est prouvé. Mais dire que c'est un levier dans les politiques publiques, c'est une autre histoire. À mon avis, ce n'est pas l'argument qui permet de faire vraiment levier. Les questions de logement sont complexes, avec beaucoup d'acteurs impliqués, ... Les conséquences sur la santé en fait arrivent sur le long terme.

MH : C'est une observation empirique partagée. Les territoires ont bien compris que le fait de ne pas s'intéresser à la santé générait des coûts, démultipliés quand il s'agit de personnes sans-abri. Des territoires ont recruté, avec l'aide de l'Agence régionale de santé, des coordinateurs·rice santé au sein des services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO). Ces démarches sont souvent liées au curatif, c'est du pragmatisme pour éviter la dégradation des situations. Mais ce n'est pas forcément dans l'idée de la promotion de la santé en prenant le logement comme un déterminant de santé.

PE : Le *Chez soi d'abord jeunes* est davantage dans cette dynamique. On a lancé deux dispositifs de ce type de 50 places chacun à Lille et à Toulouse. Une recherche évaluative observationnelle va être réalisée. Il s'agit de cibler les jeunes dès 18 ans qui ont un fort risque d'arriver à la rue au regard d'un certain nombre d'éléments, et ne pas attendre qu'ils et elles y soient déjà en misant sur le fait que leur éviter la rue va avoir un effet protecteur à moyen long terme sur leur santé et va favoriser leur insertion.

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Comment se construit localement un dispositif *Chez soi d'abord* ? Qui sont les acteurs autour de la table ? Quels types de logement sont proposés ?

MH : C'est géré localement par un groupement. La pluridisciplinarité est l'outil essentiel : le groupement réunit au moins trois opérateurs – hôpital, gestionnaire de logements et structures addictologie-réduction des risques – qui vont gérer à la fois le financement et les ressources humaines. Il a pour objectif de capter du logement en diffus sur le territoire (la montée en charge prend environ deux ans et demi), de constituer l'équipe d'accompagnement puis de recruter le public « bénéficiaire » et de l'accompagner vers le logement en moins de huit semaines en respectant leur choix de logement et de quartier.

Le groupement est locataire du logement et le sous-loue à la personne. Il n'y a pas de durée prédéterminée, ni au logement ni à l'accompagnement. L'objectif à terme est de proposer un glissement du bail.

PE : On promeut des modalités d'accès au logement pérenne et moins de dispositifs tremplins, passerelles, ... On le sait, le fait d'être dans un logement pour quelques mois ne favorise pas l'appropriation, l'insertion, le fait de pouvoir s'inscrire dans un quartier, dans un environnement, un emploi, ... Le logement doit être un fondement, un substrat à partir duquel construire un accompagnement dans la durée.

Une des spécificités du *Chez soi d'abord*, ce sont les médiateur·rices de santé pairs : ce sont des personnes qui ont une expérience personnelle de la maladie mentale. C'est un levier majeur pour les équipes parce que cela oblige vraiment les professionnels à changer les pratiques : en termes de langage où on évite les propos ou qualificatifs stigmatisant (par exemple, on ne va pas dire en parlant d'une personne accompagnée « le schizophrène » quand on a autour de la table une personne qui elle-même a pu avoir un diagnostic dans le champ de la santé mentale). Ce sont des choses paraissant simples mais qui très concrètement font bouger les lignes et change le regard sur la maladie et la place des personnes dans la société. Les gens qui ont cette expérience, et donc ce savoir expérientiel, vont plus facilement travailler sur les déterminants de la santé parce qu'ils ont vécu ce même type de situation.

Comment est travaillé l'insertion dans le quartier, avec le voisinage ?

PE : La question du choix est vraiment importante : les personnes vont choisir leur quartier. Ensuite, on va les accompagner acheter les meubles, pour les courses, donc on leur fait connaître les ressources locales. L'équipe est là pour être aux côtés de la personne si elle en a besoin.

On n'est pas du tout sur la coercition, mais plutôt sur l'intensivité et le fait de proposer et re-proposer, et laisser le droit à l'erreur : si ça ne marche pas dans un logement, on en cherche un autre et ça marche ou on recommence etc. C'est donc beaucoup de souplesse. On mise sur le développement du pouvoir d'agir, le rétablissement en santé mentale, la réduction des risques.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Quand il y a des problèmes avec le voisinage, un travail de médiation est fait par l'équipe, y compris auprès des propriétaires et des syndics. L'avantage du *Chez soi d'abord* et du fonctionnement sous forme de location/sous-location, c'est qu'on peut très vite proposer un autre appartement à la personne pour éviter que les situations ne se dégradent.

Quelle place ont les villes et les intercommunalités dans ces dispositifs ?

PE : On est sur un dispositif médico-social, donc ce n'est pas la collectivité qui est gestionnaire (sauf à Besançon où le CCAS est membre d'un groupement). Les villes sont informées et, en général, intéressées par la dynamique. Il s'agit de personnes déjà sur leur territoire mais à la rue et à qui on propose une solution. En revanche, les conseils locaux de santé mentale sont bien sûr des « outils » qui sont mobilisés en amont et en aval.

Est-ce que les enseignements que vous tirez du *Chez soi d'abord* peuvent être transposables à l'ensemble du secteur de l'hébergement ?

MH : C'est ce qu'on essaie de faire dans le cadre du plan *Un logement d'abord*. Qu'est-ce qui bloque dans le fait que les personnes sans domicile n'accèdent pas au logement ? Au-delà de ce qui peut être d'ordre administratif, la question de la santé revient toujours très vite, et pour deux raisons : soit la personne a des troubles du comportement qui l'empêchent d'être seule dans un logement en autonomie ; soit le bailleur anticipe ou craint une dégradation de la santé, en particulier mentale (ce sont des situations difficiles à gérer pour des bailleurs parce qu'ils n'ont pas les contacts, pas les outils).

Les troubles de santé mentale apparaissent comme un frein à l'accès au logement - alors même que le *Un chez-soi d'abord* a montré qu'ils ne sont pas un frein au maintien dans le logement moyennant un accompagnement soutenu et adapté - mais ils ne sont pas pour autant mieux traités dans l'hébergement. On a privilégié jusqu'à présent des solutions tout-en-un (le centre d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS par exemple). Mais on a des difficultés dès qu'il s'agit d'orienter ensuite les personnes vers les dispositifs de droit commun dans la cité.

PE : *Un chez soi d'abord* nous apprend que cela marche quand on propose un logement de qualité. Ce qui est important, c'est que l'environnement, le logement et l'accompagnement soient de qualité. C'est donc forcément prendre le temps de choisir avec la personne.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Agir sur la qualité du logement et sensibiliser aux risques sanitaires liés au logement

L'association APDL du Pays de Martigues propose une démarche complémentaire entre l'intervention sur le bâti et l'appropriation des logements, à travers son projet « *Mieux vivre dans son logement* ». Dans une logique coopérative et solidaire, ce projet permet d'engager une réflexion sur les questions de développement durable et la gestion des relations bailleurs/locataires, et de créer ou consolider de nouveaux liens sociaux entre les habitant·es des grands ensembles.

Ce projet se construit autour de 3 phases : mobilisation des publics en collaboration avec les acteurs et actrices de proximité (centres sociaux, bailleurs et travailleur·ses sociaux·ales) ; mise en place d'ateliers collectifs pédagogiques et éducatifs en direction des habitant·es sur le thème du logement ; auto-réhabilitation accompagnée des logements.

➔ **En savoir plus : [Inspir'action « Mieux vivre dans son logement // APDL du Pays de Martigues »](#)**

Dans l'agglomération de Clermont-Ferrand, l'association CLCV organise des ateliers d'information « *Santé dans le logement* ». Ces ateliers sont construits avec des partenaires divers : collectivités, bailleurs sociaux, associations, ... Différents types d'activités peuvent être proposés : des ateliers d'information sur la qualité de l'air intérieur (produits ménagers naturels, cosmétiques naturels, pesticides domestiques, ...) ; des ateliers d'information sur les nuisibles (punaises de lit, blattes, moustiques tigres, ...) ; des stands d'information lors des dépistages des bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ; des accueils personnalisés lors de permanences.

➔ **En savoir plus : [Inspir'action « Santé dans le logement : information et médiation // Association CLCV 63 »](#)**

Le radon représente la 2^{ème} cause de mortalité par cancer du poumon après le tabac. L'exposition dans les lieux clos, en particulier les logements, est particulièrement importante. Le risque sanitaire dû au radon reste pourtant méconnu de la population.

L'Union régionale de l'association de consommateurs et usagers, « *Consommation Logement et Cadre de Vie* » (CLCV), et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ont mené, en 2018-2019, une action d'information et de sensibilisation aux risques d'exposition au radon



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

dans l'habitat. Les réunions publiques ont permis d'exposer les solutions pour éviter l'accumulation de ce gaz dans les bâtiments et à des volontaires de bénéficier d'une mesure gratuite du radon à leur domicile (à l'aide d'un dosimètre). Il s'agissait aussi d'affiner la cartographie des zones à potentiel radon et les connaissances sur les caractéristiques techniques des habitats les plus touchés.

➔ En savoir plus : [Inspir'action « Information et sensibilisation aux risques d'exposition au radon dans l'habitat // CLCV Auvergne-Rhône-Alpes »](#)

L'air vicié des logements insalubres

Article initialement publié dans le Journal d'ATD Quart Monde, n°509, décembre 2020 – reproduit avec l'aimable autorisation de Delphine Mion

Le réseau Santé d'ATD Quart Monde a mené une enquête sur la qualité de l'air dans les logements insalubres. Cette étude alerte sur l'exposition à la pollution de l'air pour les personnes en situation de précarité.

Lorsque les membres du Laboratoire d'idées Santé d'ATD Quart Monde ont commencé à s'intéresser à la qualité de l'air intérieur, ils n'imaginaient pas que, quelques mois plus tard, tout le monde serait enfermé chez soi en raison du confinement. Leur questionnement est alors devenu d'autant plus un sujet d'actualité. La question de l'exposition aux polluants de l'air intérieur est en effet moins connue que celle de l'air extérieur. Relativement peu d'études ont été réalisées ou rendues publiques sur ce thème et elles comprennent rarement dans leur échantillon des personnes en situation de pauvreté, alors même que ce sont souvent les plus pauvres qui sont les plus exposées.

Pourtant, la démocratisation d'appareils fiables de mesure de qualité de l'air rend bien plus accessible ce genre d'études, notamment par des projets citoyens. Grâce au Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de la ville de Bagnolet, en Seine-Saint-Denis, ATD a pu avoir accès à 17 logements jugés insalubres par leurs occupants. Des mesures de concentration de plusieurs polluants, de température et d'humidité y ont été réalisées.

Cette étude a mis en exergue des niveaux assez alarmants de qualité de l'air intérieur par rapport aux recommandations émises par l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) et l'Organisation mondiale de la santé dans 12 des 17 logements visités. La santé des personnes y est donc potentiellement menacée, d'autant plus que les locataires étaient souvent déjà fragiles, avec notamment des problèmes cardio-respiratoires.

Double peine

Alors que faire ? Les personnes concernées étaient généralement peu au courant des problématiques de qualité de l'air intérieur, quel que soit leur niveau d'éducation ou de



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

revenu. Certains signes étaient visibles, comme des moisissures ou des odeurs désagréables, mais il reste difficile de concevoir cette pollution que l'on ne voit pas directement. Devrait-on alors mettre en place de la sensibilisation ? Ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'on n'est pas tous concernés de la même manière par la multi-exposition à la pollution de l'air et surtout qu'on n'a pas tous les mêmes outils en main pour s'en prémunir. Quand on ne peut pas sortir de chez soi, ou quand on habite dans une cave ou près d'un échangeur routier, c'est compliqué d'ouvrir les fenêtres. C'est donc la double peine de savoir qu'on s'empoisonne en respirant et qu'on ne peut rien y faire.

Lutter contre l'habitat insalubre

Cette étude exploratoire alerte donc sur cette question de pollution de l'air intérieur et ouvre des pistes en termes d'évaluation des risques et de travail de prévention dans ce domaine. Les plus pauvres peuvent être des lanceurs d'alerte, on peut donc progresser grâce à eux sur ces questions de santé environnementale. Les membres du Laboratoire d'idées Santé rappellent en outre que « la priorité est de lutter contre la mise en location d'habitats qui ne permettent pas de rester en bonne santé, pas de mettre en cause leurs habitants qui sont très rarement responsables de cette situation ». Ils tiennent également à souligner que « les personnes ne sont pas déplaçables au gré des procédures. Elles préfèrent parfois continuer à vivre dans un logement insalubre, plutôt que de devoir être relogées dans un autre quartier ». L'objectif est désormais de prolonger cette étude en prenant en compte davantage de polluants et sur des durées plus longues chez des ménages en grande pauvreté en poursuivant le partenariat fécond avec la mairie de Bagnolet.

Voir aussi la présentation faite au Congrès de la SFSE, 2020 :
<https://www.youtube.com/watch?v=2-6lzsHpZLM&feature=youtu.be>

Garantir un espace public accessible à tou·tes

Il nous a semblé important, même si cet enjeu apparaît encore peu dans les programmations des dynamiques territoriales de santé, d'interroger la place des femmes dans l'espace public. Que l'on soit perçu comme un homme ou comme une femme change radicalement notre appréhension de la ville et nos déplacements. Comme le rappelle Valérie Rey-Robert dans son ouvrage *Une culture du viol à la française*³³, « *dès la plus petite enfance les femmes occupent moins l'espace public que les garçons, ce qui pourrait jouer sur la peur qu'elles en ont. Les garçons très tôt jouent dehors, dans des espaces publics, alors que les filles sont plus à l'intérieur* ». On l'observe dans les cours des écoles, « *où les garçons occupent la cour tout entière alors que les filles restent dans les coins* » ; ou dans les espaces de loisirs : par exemple, les skate-parks sont occupés à 95% par des garçons.

Dominique Poggi

Sociologue et formatrice. Spécialisée sur les questions d'égalité femmes/hommes, elle a notamment accompagné la mise en place de marches exploratoires.

Site : <https://aplacesegales.wordpress.com/>

Entretien réalisé le 20 octobre 2020

En quoi l'expérience de l'espace public est-elle différente que l'on soit un homme ou une femme ?

Il est maintenant reconnu par beaucoup d'études que les femmes s'auto-limitent dans leurs déplacements et subissent de nombreuses agressions dans l'espace public. Les déplacements des femmes sont contraints par un certain nombre de facteurs.

Des études montrent qu'une femme sur quatre a subi des violences dans les espaces publics³⁴. En particulier dans les transports, les femmes subissent des violences, ont peur,

³³ Valérie Rey-Robert, *Une culture du viol à la française*, éd. Libertalia, 2019

³⁴ INED, *Les violences dans les espaces publics touchent surtout les jeunes femmes des grandes villes*, 2017

(https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27216/550_population.societes.d_ecembre.2017.violences_1.fr.pdf)



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

ont un sentiment d'insécurité, dû à l'éducation, à la culture, mais aussi aux interactions pénibles qu'elles rencontrent, aux questions de réputation (une femme n'a pas à s'habiller de telle manière, à se comporter de telle manière, à se déplacer à telle heure à tel endroit, etc.).

On sait que la plupart des femmes prennent des précautions, ont des stratégies, parce que s'il leur arrive quelque chose, on leur demandera « qu'est-ce que vous faisiez à cette heure-là ? comment vous étiez habillée ? etc. ». Cela commence à être questionné, mais reste fort.

Quel type de difficultés cela engendre-t-il ?

Le fait de ne pas pouvoir circuler à toute heure du jour et de la nuit génère des handicaps de différentes natures.

Le premier handicap, c'est que cela peut bloquer une formation ou un emploi à horaires décalés. Dans les marches exploratoires, les femmes disent « pour rentrer de Paris à tel endroit, plus on avance dans l'heure, plus on est seule comme femme et on est très mal à l'aise ».

Au-delà du travail, cela empêche des activités de loisir, des activités sportives. Il y a beaucoup de femmes qui renoncent à faire du sport, surtout des jeunes filles, parce qu'il y a des transports tard le soir, que c'est mal éclairé, ... elles ont peur, donc elles arrêtent. Cela bloque aussi les activités associatives, les activités citoyennes.

Résultat : il y a une espèce d'enfermement, d'isolement, de repli. Les agressions subies par les femmes dans l'espace public les bloquent, les isolent, les enferment. Ce n'est pas bon pour le bien-être, au sens d'une intégration, d'une insertion, d'une circulation dans les espaces publics et d'un accès à tout ce qui peut générer de la convivialité.

D'ailleurs, se pose aussi la question de l'accès aux lieux de soins. Il n'est pas forcément facile ; d'autant que les femmes ont des pratiques d'auto-limitation. Autant elles vont se déplacer pour les enfants ; autant pour elles-mêmes, si c'est loin, si c'est compliqué, elles peuvent s'empêcher de se rendre dans des lieux.

Au fil du temps, et parce que j'ai travaillé sur l'impact du harcèlement, je me suis aperçue qu'au-delà de ces handicaps sociaux, économiques, citoyens, associatifs, il y a un autre type de problème de santé qui se pose : à travers toutes les techniques de protection que les femmes mettent en place, liées à leur sentiment d'insécurité, elles vivent un stress énorme, une peur. Ce stress peut avoir des effets physiologiques, physiques, psychologiques, mais aussi sur l'immunité.

Il y a aussi la question du refoulement : beaucoup de femmes n'osent pas répondre, mettre des limites. Elles intérieurisent l'impact de cette blessure que représente une agression, le fait d'être regardée (toutes parlent du regard qu'on porte sur elles). C'est une contraction de la personne, et cette contraction n'est pas bonne pour la santé et le bien-être. « Est-ce que je vais répondre ? Si je ne réponds pas, je vais garder en moi cette colère, ce sentiment d'injustice ; si je réponds, je risque l'escalade. »



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Le fait de ne pas se sentir chez soi dans la ville et sentir qu'on peut être traitée en objet ou accusée d'une mauvaise réputation, cela renvoie à quelque chose qui attaque l'estime de soi, l'image de soi. « Je suis un objet, ça ne me plaît pas. Je me sens salie, ça me diminue, mon image de moi n'est pas bonne parce que je n'ai pas réussi à répondre et que je pense que peut-être c'est de ma faute. »

Troisième point néfaste de ces contraintes et difficultés à être dans l'espace public : quand je suis dans la rue en train de faire attention à quelle rue je prends, à l'éclairage, à la vitesse de ma marche, c'est une captation de l'attention et cela vole du temps de cerveau. Les neurosciences montrent que quand on est en mouvement, on a une capacité d'idéation plus grande. Quand on marche, on peut avoir des projets ; il y a un temps de créativité, d'innovation. C'est lié d'ailleurs à la détente. Cela, c'est impossible pour les femmes. Cette charge émotionnelle que les femmes vivent, qui vient s'ajouter à la charge mentale, bride les possibilités de s'inscrire dans un projet par exemple.

Que peuvent faire les pouvoirs publics pour garantir un droit à la ville aux femmes ?

Il faut apprendre à porter des lunettes genrées, et regarder toute intervention publique à travers ce prisme, se poser la question systématiquement : « comment cela impacte-t-il la place des femmes dans l'espace public ? ». C'est tout un travail de déconstruction d'un certain nombre de perceptions, de positionnements qui sont ancrés chez beaucoup de professionnels, pas tous. Cela demande une évolution des représentations réciproques, entre les expertes du quotidien et les professionnel·les. Quelque fois, les habitantes pensent qu'une mairie a tout pouvoir ; c'est important d'expliquer que non, on ne peut pas tout. Les habitantes doivent comprendre que les professionnel·les et les pouvoirs publics n'ont pas tous les pouvoirs ; et les professionnel·les et les décideur·seus que les femmes ont des savoirs. Il faut croiser les savoirs. De la pyramide, on passe au cercle, à la concertation créatrice. Pour ça, on a besoin de l'expertise des personnes : c'est important d'écouter les jeunes filles par exemple.

Les budgets genrés sont un outil très intéressant ! On s'est aperçu à Bordeaux que l'argent qu'on mettait dans les budgets loisirs-sports bénéficiait pour deux tiers aux garçons. Chaque fois qu'on construit un city-stade, un skate-park, on investit dans des espaces qui ne bénéficient généralement pas, ou extrêmement peu, aux filles.

Les marches exploratoires, notamment de nuit, sont aussi une piste très enrichissante. Elles ont un impact au niveau de l'émancipation. C'est important que les femmes comprennent qu'elles n'ont pas que des devoirs, elles ont des droits, toutes sortes de droits. C'est du déconditionnement durable, pas forcément en une ou deux séances, mais c'est en rappelant les fondamentaux du droit à la ville, de l'égalité femmes/hommes que les choses peuvent avancer. Les marches exploratoires donnent du grain à moudre. Mais ce ne sont pas des études mesurant l'impact des contraintes et violences subies dans les espaces publics.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Autre point important : il ne suffit pas d'aménager, il faut accompagner la réappropriation. Il faut accompagner pour redonner le droit, la légitimité des filles à être dans ces espaces.

Il y a encore beaucoup de freins intérieurisés et d'invisibilité. Si on ne s'est pas intéressé à la question, on ne le voit pas : il y a bien des femmes dehors la journée, il n'y a pas beaucoup d'agressions déclarées la nuit. Il y a une invisibilité dans les données statistiques. Je pense que le fait que les femmes puissent partager leurs expériences, à travers des ateliers sur ces questions, peut faire bouger les choses. Tout cela est en train d'évoluer, mais il y a encore du chemin.

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Que retenez-vous précisément des expériences de marches exploratoires ?

Une clé, c'est la question de la légitimité. Être légitime à occuper l'espace public, et pas seulement pour les activités contraintes, mais pour le plaisir, pour le loisir, pour l'épanouissement personnel. C'est un vrai problème. Pour les jeunes filles par exemple, j'ai piloté une recherche-action « Pour qu'activité de loisir rime avec égalité » : une femme à la Préfecture de Paris avait observé qu'il n'y avait que 30% de filles qui bénéficiaient des opérations Ville Vie Vacances. Une des clés pour que les jeunes filles puissent profiter des opérations VVV, c'est qu'elles se sentent le droit à avoir du temps pour elles. La question de l'espace est intrinsèquement liée à celle du droit à avoir du temps pour soi. Le travail d'accompagnement et de partage d'expériences fait remonter, voire apparaître, le niveau de légitimité. Le travail qu'on peut faire pour générer une analyse collective, un partage d'expériences, c'est très fructueux.

Références pour aller plus loin :

- Dominique Poggi, « Regard sur les marches exploratoires de femmes », 2019 :
<https://aplacesegales.files.wordpress.com/2019/10/regardmex.pdf>
- Mairie de Paris, Guide référentiel « Genre et espace public », 2021 :
<https://www.paris.fr/pages/un-nouveau-guide-pour-mieux-integrer-le-genre-dans-l-espace-public-17624>

Adopter une approche globale et intégrée

Dans le cadre du Plan régional santé environnement (PRSE 3) d'Occitanie, la direction territoriale sud-ouest du Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) a élaboré, avec la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), des outils de sensibilisation à destination des élus et des technicien·nes des collectivités, afin de promouvoir la santé environnementale dans les projets d'aménagement et la planification urbaine. Un kit pédagogique comprend :

- Un diaporama qui présente le contexte, développe les dix thématiques de santé-environnement retenues et décline les outils présentés dans le kit de sensibilisation ;
- Des fiches pédagogiques synthétiques pour les élus et plus développées pour les technicien·nes, dans lesquelles les enjeux de santé, des chiffres-clefs, les principaux leviers d'urbanisme et d'aménagement ainsi que des retours d'expérience sont présentés sur dix thématiques de santé-environnement ;
- Un reportage avec témoignage de trois élus sur des expériences réussies ;



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

- L'organisation d'une balade urbaine sensible pour prendre en compte concrètement des problématiques de santé-environnement lors d'un parcours avec points d'arrêt ;
- Une banque d'expériences réussies en Occitanie couvrant les dix thématiques retenues ;
- Un jeu de plateau afin « *d'acculturer* » les technicien·nes de la santé et de l'aménagement en appréhendant les leviers d'aménagement proposés dans les fiches autour d'un projet fictif ;
- Une application qui permet de mettre en avant, de manière simplifiée, les liens avec les déterminants de santé (les thématiques retenues), les leviers d'aménagement possibles et les principales pathologies évitées.

Les dix déterminants de santé abordés sont : l'alimentation, la mobilité, le maillage territorial, les formes urbaines et les espaces publics, la sécurité, la qualité de l'air, le bruit, la nature en ville, les déchets, l'habitat.

➔ **En savoir plus : [Inspir'action « Un kit pédagogique pour sensibiliser à la santé environnementale dans les projets d'aménagement // CEREMA Sud-ouest »](#)**

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

PARTIE 3. Pistes de réflexion

Synthèse

La pandémie de Covid-19 et les mesures de confinement nous ont donné une illustration des liens entre l'habiter (notre lieu de vie – appartement ou maison, avec un espace vert privé ou non, avec ou sans intimité, en bon ou mauvais état ; et son environnement – l'accès à des espaces verts, les espaces publics, etc.) et notre bien-être physique et mental. Les centres de ressources politique de la ville d'Île-de-France soulignent ainsi que « *non seulement le confinement a été un révélateur des inégalités structurelles liées à l'habitat, mais il les a renforcées* »³⁵.

Plus globalement, le contexte de crise climatique et le vieillissement de la population bouleversent d'ores et déjà nos modes de vie et interpellent fortement nos manières d'habiter (densification, mobilité, isolement social, ...). Le vieillissement de la population remet sur le devant de la scène des questionnements sur l'accessibilité et l'inclusion déjà soulevés par les situations de handicap et d'isolement. Tout comme l'évolution des mobilités appelle à repenser nos déplacements, nos habitats, nos façons de travailler, nos loisirs, ... et la place de chacun·e dans l'espace public.

Nous invitons dans ce Dossier à dépasser une approche strictement technique du logement en tant que bâti, pour la compléter d'une approche « sensible » des usages des habitant·es. En ce sens, les réflexions se font alors plus globales et transversales ; elles interrogent l'environnement, les conditions de vie, l'accès aux services publics, l'espace public, ... tout autant que la place des habitant·es dans l'élaboration des projets.

Cela impose de dépasser les formations et les habitudes de travail sectorielles : architectes, urbanistes et aménageurs doivent travailler

³⁵ http://cosoter-ressources.info/doc_num_data.php?explnum_id=6145



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

étroitement avec les acteur·rices de la promotion de la santé. L'expérience et la parole des habitant·es doivent aussi être pleinement prises en compte.

Nombreux·ses sont les professionnel·les à en avoir conscience. Les institutions avancent aussi de plus en plus dans cette direction, à l'image du récent guide de l'ANRU³⁶ ou des recommandations du HCSP pour un habitat favorable à la santé³⁷. Néanmoins, ces intentions manquent encore d'un portage fort et collectif et d'opérationnalité, comme le montrent les actions repérées dans ce Dossier.

D'autres approches inspirantes chez les architectes et les ergothérapeutes

De nombreux et nombreuses acteur·rices interviennent sur le logement ou le cadre de vie. Certain·es s'attachent à rendre concrète une approche « sensible » tenant compte des vécus, besoins et envies des habitant·es.

Voici un rapide coup d'œil sur les réflexions d'architectes-urbanistes et d'ergothérapeutes, professionnel·les avec lesquels travailler pour intégrer la promotion de la santé dans l'habitat.

L'architecte-urbaniste Patrick Bouchain propose une manière de faire « en marchant », proche des envies et besoins des habitant·es :

« L'architecture actuelle définit quantitativement quels sont les besoins pour qu'une architecture fonctionne, et on demande à un architecte de traduire en forme cette quantité. Alors que moi, c'est en marchant, en faisant, en regardant, en corrigeant sans cesse que je fais une architecture. »³⁸

³⁶ ANRU, *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé*, 2021 (<https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/sante-et-bien-etre-quartiers.pdf>)

³⁷ Haut conseil de la santé publique, *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019 (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>)

³⁸ « Patrick Bouchain, architecte : construire la ville avec ses habitants », LeMonde.fr, vidéo 5min, 2016 (<https://www.dailymotion.com/video/x5tcs28>)

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

A Boulogne-sur-Mer, il a travaillé avec les habitant·es de 60 maisons locatives pour les rénover et ainsi les rendre plus « habitables », favorisant la rénovation à la destruction du bâti :

« Pour certaines, c'était mettre des fenêtres, pour d'autres c'était une toiture qui fuit, pour d'autres c'était casser une cloison pour agrandir une pièce et mettre sa maison aux normes handicapées [...]. Chaque maison a été un cas particulier qui tenait compte de la population qui était dedans. »

En effet, il est souvent reproché aux architectes et urbanistes de concevoir les espaces, sans bien en anticiper les usages et l'évolution.

« Un urbanisme de l'habiter ne peut s'envisager : ni en termes de planification urbaine, modèle des années 1960, où les pouvoirs publics et les maîtres d'œuvre affirmaient apprendre aux habitants à habiter ; ni sous la forme d'une simple exhortation rhétorique appelant à 'la participation des habitants', par bonne conscience et/ou par démagogie. »³⁹

Anne-Marie Fixot, professeure de géographie, introduit la notion de maîtrise d'usage, pour compléter la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre :

« D'un côté, la notion de maîtrise d'usage nous rend réceptifs et attentifs, en tant qu'êtres humains, à nos 'arts de faire' spatiaux, à nos façons d'habiter et de cohabiter ;

De l'autre, elle repose sur l'idée que le monde de la technique, en architecture ou en aménagement, n'est pas externe au monde social, bien au contraire ! Sa reconnaissance permet ainsi de limiter les dérives technocratiques si propices aux élucubrations technologiques imposées sans souci de leurs effets concrets au quotidien sur le monde, la nature et les hommes ;

Enfin, elle pose la question des catégories des personnes physiquement présentes dans les réunions de discussion d'un projet d'urbanisme : comment faire émerger l'expérience et la parole de tous les habitants ? Comment rendre chacun visible et estimable aux yeux de tous ? Comment les citoyens les plus pauvres, et souvent exclus, peuvent-ils contribuer aux débats publics sur l'urbanisme local sans être enfermés ni dans les projets exclusivement liés à leur quartier, ni dans

³⁹ Anne-Marie Fixot, « Vers une ville convivialiste. Introduction de la maîtrise d'usage », *Revue du MAUSS* n°43, 2014 (<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2014-1-page-154.htm?contenu=article>)



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

l’alternative de ‘se taire’ ou ‘d’être parlés’ par d’autres qu’eux-mêmes ? Autant de questions difficiles qu’indispensables à affronter ;

En outre, la participation active, sans discrimination, des citoyens-maîtres d’usage, à l’élaboration de projets collectifs, leur offre la possibilité effective de rendre à ‘l’esprit de la démocratie’ tout ce qu’elle a contribué déjà à leur donner, sans que chacun en ait toujours une claire conscience. »⁴⁰

A l’occasion d’une rencontre organisée avec le CNFPT⁴¹, nous avons rencontré des ergothérapeutes et réfléchi ensemble aux collaborations possibles avec les dynamiques territoriales de santé. Les missions et compétences des un·es et des autres apparaissent très complémentaires.

Par la suite dans le cadre d’une séance de travail, des étudiant·es de l’École d’ergothérapie de Toulouse ont identifié, à partir de l’exemple de la réhabilitation d’un groupe scolaire menée dans le cadre d’un projet de renouvellement urbain, les compétences qu’ils et elles pourraient apporter :

- Sur l’accessibilité des bâtiments (aussi bien pour les personnes en situation de handicap moteur, cognitif ou sensoriel) ;
- Sur l’aménagement d’espaces sensoriels ;
- Sur le choix de mobilier adapté, favorisant les apprentissages et la qualité des postes de travail ;
- Sur l’évaluation des besoins.

Enfin, les étudiant·es ont souligné l’importance d’impliquer l’ergothérapeute en amont du projet et de pérenniser son rôle tout au long du projet, plutôt que le solliciter uniquement à un instant T sur des problèmes strictement techniques.

Sabrina Maurel-Techene & Aude Carrière

⁴⁰ *idem*

⁴¹ Pour en savoir plus, voir le replay du webinaire « Comment nos manières d’habiter impactent-elles notre santé ? », organisé par le CNFPT et Fabrique Territoires Santé, le 29 septembre 2020 : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/replay-fabrique-webinaire-comment-nos-manieres-dhabiter-impactent-elles-notre-sante/>



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Aude Carrière est ergothérapeute en exercice libéral ; Sabrina Maurel-Techene est également ergothérapeute et cadre de santé au CHU de Toulouse.

Entretien réalisé le 21 octobre 2020

Pouvez-vous nous présenter l'ergothérapie et le métier d'ergothérapeute ?

L'ergothérapie est née au cours de la seconde guerre mondiale et s'adressait d'abord aux blessés de guerre. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle adopte une approche sociale centrée sur la personne et ses occupations (d'où le terme anglais « *occupational therapy* »).

L'ergothérapeute (« *occupational therapist* ») est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. La profession est réglementée par le Code de la Santé Publique (L4331-1 et R4331-1) et nécessite une formation de trois ans fixée par les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur.

L'accessibilité dans le logement est un des enjeux majeurs sur lesquels nous travaillons, mais ce n'est pas le seul. Nous tenons compte aussi du travail et de l'environnement (vie sociale, activités de loisirs, ...). Notre mission est d'accompagner les personnes pour qu'elles puissent accomplir les activités (les occupations) qui ont du sens pour elles.

L'ergothérapeute examine non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais il se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent votre capacité d'agir.

Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, l'ergothérapeute conçoit les milieux de vie de manière à respecter sa sécurité, l'accessibilité et l'adaptation à ses besoins. Il préconise les aides techniques et les assistances technologiques, les aides humaines, les aides animalières et les modifications matérielles.

Dans quel cadre intervenez-vous ?

Les ergothérapeutes peuvent exercer en libéral ou comme salarié-es d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'une maison départementale des personnes handicapées (MDPH), d'une association, ... Le médecin ou la médecin, qu'il ou elle soit généraliste, pédiatre ou gériatre, est le prescripteur clé des actes de rééducation. Le plus souvent, on pense à nous pour la dimension « accessibilité ».



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

L'enjeu est de permettre une cohérence entre l'habitat et le projet d'habitation. Nous nous concentrons sur l'occupation et l'usage, c'est-à-dire la congruence entre l'usager en situation de handicap, l'espace (privé ou public) et l'usage qui va en être fait. Cet équilibre est fragile ; il repose notamment sur la capacité des acteur·rices à collaborer, et ainsi dépasser la seule application des normes d'accessibilité.

Mais l'ergothérapeute peut aussi être intégré·e dans la gestion de projets communautaires, dans une dynamique de prévention en santé publique. Depuis peu, les ergothérapeutes (notamment en France grâce aux projets portés par le Réseau de Développement Durable en Ergothérapie) interrogent leur pratique pour que celle-ci soit durable et respectueuse de l'environnement. Des valeurs fortes de justice environnementale intergénérationnelle émergent au cœur de l'exercice professionnel.

Travaillez-vous avec les communes et les urbanistes ? Participez-vous à la définition et la réalisation de projets urbains et d'aménagement ?

Les ergothérapeutes sont encore mal identifié·es et peu sollicité·es par les collectivités locales. Les villes, les quartiers, les habitats ne sont pas pensés pour les personnes en situation de handicap ; et, plus généralement, quand on conçoit les environnements, on réfléchit très peu au sens que les gens vont mettre derrière tel espace ou telle structure. On crée alors des environnements décalés, des lieux qui ne sont pas accessibles, mais aussi pas agréables, et que leurs usagers ne peuvent pas exploiter comme ils le voudraient.

Dans certains territoires, des partenariats entre architectes, artisan·es et ergothérapeutes fonctionnent bien ; mais c'est encore émergent. Lucie Ménard, dans son travail récent sur le sujet, a montré qu'il existe une forte corrélation entre les besoins des urbanistes et les compétences des ergothérapeutes⁴².

Des collaborations naissent : certains centres communaux d'action sociale (CCAS) emploient des ergothérapeutes ; des ergothérapeutes élu·es dans leurs communes apportent leur expertise au sein des projets communaux (conseil en accessibilité, porte-parole des personnes en situation de handicap, coordination de projets de santé) ; des partenariats et évènements sont initiés par les communes pour des projets de cohésion sociale ou de partage solidaire (journées de la sécurité routière, journées de l'autisme, ...).

Quels types de compétences pouvez-vous apporter aux collectivités ?

Nous adoptons une vision systémique : comprendre comment les personnes vivent, quels usages ils font des espaces. Il faut bien avoir en tête que les ergothérapeutes sont en mesure de se positionner sur des demandes qui concernent une population. Ils ont la

⁴² Lucie Ménard, « L'urbanisme, un nouveau champ d'action de l'ergothérapeute ? », *ergOthérapie* n°78

AU-DELÀ DES MURS

capacité d'analyser et décrypter le fonctionnement d'une communauté (freins, interactions avec l'environnement, ...).

Quelques exemples de compétences que peuvent apporter les ergothérapeutes : prévoir un cheminement sécurisé entre les lieux de vie et les zones de commerces ; prévoir l'accessibilité et le revêtement du sol en anticipant les types de dégradations ; prévoir différents types d'éclairage de jour et de nuit ; prévoir des zones de repos pour toutes et tous ; prévoir de la végétation comme repère odorifique ou comme ressource alternative ; ...

Ces idées et méthodes portées par les champs de l'architecture-urbanisme et de l'ergothérapie montrent comment les connaissances techniques peuvent être mises au service d'un projet global et des personnes, et ne sont pas une fin en soi.

Vers un droit à habiter ?

Ces réflexions en termes d'habiter traversent aussi les mouvements sociaux. Des mobilisations citoyennes interpellent les pouvoirs publics sous cet angle. Au-delà de l'accès au logement, elles interrogent plus largement le droit à habiter et le droit à la ville.

Comment les professionnel·les et les élu·es entendent-ils ces demandes ? Quelle place ont les habitant·es dans les projets concernant l'habitat et plus largement le droit à la ville ? Quelle place ont-ils dans les processus de construction des projets ? Comment dépasser les modalités insatisfaisantes de concertation ?⁴³

⁴³ Voir notamment le webinaire organisé par Fabrique Territoires Santé en avril 2021 « Les habitant·es et leur santé dans les projets de transformations urbaines : comment faire le lien ? » (<https://www.fabrique-territoires-sante.org/replay-fabrique-les-habitantes-et-leur-sante-dans-les-projets-de/>)

Annie Pourre

Militante de l'association Droit au logement

L'association Droit au logement (DAL) a été créée en 1990, par des familles mal-logées ou sans-logis et des militants associatifs de quartier, dans le 20^{ème} arrondissement de Paris.

Site : <https://www.droitaulogement.org/>

Entretien réalisé le 3 juillet 2020

Comment la lutte pour l'accès à un logement s'articule-t-elle avec le droit à la ville ?

Pour nous, droit au logement et droit à la ville sont intimement liés. Le droit à la ville est inclusif : il pose des questions d'accès aux services, y compris l'occupation des espaces publics (j'entends les espaces communs partagés, place, square, parc, etc.)

L'action du DAL est originale dans ses modes d'action et dans son analyse. On mène régulièrement des occupations et des réquisitions d'immeubles vides, afin de rendre visible le phénomène du mal-logement (plus de 3 millions de logements sont vacants en France) et surtout obtenir le relogement de familles.

Les plans locaux d'urbanisme (PLU) conçoivent des réponses : comment immobiliser une partie du parc (voyez le phénomène Airbnb), pour construire quoi et comment. Mais se pose-t-on la question de ce qui est nécessaire pour les habitant·es ? Alors que 600 000 demandeur·ses d'un logement social restent en attente...

Et, au DAL, on ne parle pas seulement des habitant·es de la ville ; le droit à la ville, c'est aussi pour celles et ceux qui y travaillent, qui y circulent, y compris de manière provisoire.

Le droit au logement opposable (DALO) existe depuis 2007, différents dispositifs, comme Le logement d'abord, facilitent l'accès au logement. Est-ce que ces politiques publiques ont permis de faire avancer le droit au logement ?

Dans les dispositifs d'accès au logement, il y a des contraintes de suivi social ou d'adaptation ; ce qui veut dire que les personnes ne sont pas considérées dans la normalité de leur demande de logement.

Nous, on est pour l'accessibilité du droit au logement : il ne devrait pas y avoir de conditionnement à l'accès au logement. Mais il n'y a pas de réponse globale, alors les pouvoirs publics stratifient et de fait catégorisent les populations de manière assez maladroite.

La lecture du DAL est simple : des populations en relégation, pour des raisons économiques, n'ont pas accès au logement, même social. Or les pouvoirs publics inventent des catégories de population, auxquelles seront associées des dispositifs : logements passerelles, Logement d'abord, Quelle forme de ghettoïsation cela produit-il ?

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Il est inconcevable aujourd’hui de considérer que construire un habitat implique seulement la question du confort et de son accessibilité financière. Il faut aussi tenir compte de l’environnement de l’habitat. Il faut concevoir la ville de manière globale, de façon à ce qu’elle réponde aux intérêts et au bien-être de l’ensemble des populations concernées (les habitant·es, mais aussi celles et ceux qui circulent sur le territoire). Je ne crois pas que cette réflexion politique collective soit aujourd’hui portée, ou très peu. Chacun y va de ses propositions pour répondre à une catégorisation de problèmes.

Quels liens faites-vous entre la difficulté à accéder à un logement et la santé, le bien-être des personnes mal-logées ?

Vous êtes étudiant·e, vous allez dans un foyer étudiant ; vous êtes jeune travailleur·euse, vous allez dans un foyer de jeunes travailleurs ; vous êtes mère isolée, vous allez dans un foyer de mères isolées ; vous êtes sans domicile, vous allez dans un foyer de sans-domiciles ; vous êtes âgé·e, vous allez dans une résidence pour personnes âgées. Catégoriser les gens comme ça, c’est ce qui déconstruit la société, la perception du vivre-ensemble. Cela a forcément des impacts sur la santé mentale des personnes. Comment vit-on mentalement le fait d’une mise à l’écart ou d’une stigmatisation de sa situation, visible par le logement ? Quel impact sur leur santé ? Sur leur intimité ?

Proposer du logement passerelle, cela veut dire qu’on considère que des gens peuvent – pendant une période – ne pas avoir d’égalité d’accès à l’habitat. Cela a des impacts en termes de santé psychologique sur les familles : errance provoquée, incertitude permanente d’accès à l’habitat normal et sécurisé, ... Les familles sont en permanence dans une incertitude qui provoque des angoisses. Les personnes qui vivent en hôtel ou subissent la loi des marchands de sommeil ont une extrême fragilité psychologique. La peur de la non-stabilité de la structure de la famille est extrêmement violente. Pour celles et ceux qui vivent dans les taudis, on est face à de la sur-occupation, de l’insalubrité permanente, de la plombémie....

Cela crée des dégâts psychologiques épouvantables et notamment chez les enfants, le sentiment très fort de vivre une injustice. Ce sont des enfants qui ont peur, qui ont honte, qui ne peuvent pas inviter leurs copains et copines chez eux.

Ce qu’on voit au DAL, ce sont des questions sociales concrètes. Par exemple, sur les travailleur·euses saisonnier·ères : ils et elles sont plus d’un million en France. On sait qu’ils et elles vivent dans des conditions d’habitat épouvantables, souvent en caravane, afin de leur permettre la mobilité. Ce sont des « invisibles », exclu·es des réponses à la question de l’habitat et de leur intégration dans la ville. Je n’ai jamais vu une commune ou une intercommunalité mobiliser un terrain public pour faire un village des travailleur·euses saisonnier·ères, en créant de l’habitat réversible, éphémère, qui n’a pas d’empreinte sur le sol. Pourtant, ce n’est pas impensable, il y a des solutions techniques qui rendraient confortable et décente la situation de ces salarié·es qui circulent.

Comment pose-t-on la question de l’invisibilité de ces habitant·es, autrement que par des réponses techniques et normées ? Penser l’habitat, c’est avoir une réflexion profonde sur la question de la circulation des habitant·es.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Il y a plein d'invisibles, on les connaît. Un autre exemple : les foyers de travailleurs migrants. Ils sont très souvent situés au bord de l'autoroute, d'une gare routière, ... là où le foncier ne coûte pas cher. Cela nous dit quelle place on leur donne dans la ville.

Au DAL, ce qui nous inquiète, c'est que pour toutes ces populations invisibles, le débat n'a jamais été public et ne porte pas sur l'impact sur la santé.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Vous évoquez des réponses strictement techniques face à des problèmes sociaux complexes. Comment dépasser cela ?

Ce qui est intéressant, c'est d'arriver à créer une dynamique intellectuelle qui pose les questions avec un point de vue général et qui interroge la fabrique de la ville et l'habitat en prenant en compte l'ensemble des choses ; et non pas en catégorisant les choses.

En France, on est le pays des normes, à tel point qu'il y a de moins en moins de possibilités de penser de manière prospective la ville ou l'habitat. Parce que les normes s'y opposent. La catégorisation fabrique des clivages, y compris des clivages sociaux, et des réponses clivantes. Il y a encore peu de propositions globales. On dit qu'on a besoin de services publics, de vert, de parcs, d'espaces de respiration, mais ce n'est pas une réponse suffisante ; c'est une réponse ponctuelle.

Il faut considérer que la personne est au centre, on ne peut penser ni la ville, ni l'habitat sans penser la personne. On ne peut pas avoir des réponses qui mettent en cause l'autonomie et la liberté de la personne. Ce n'est pas une question de résolution économique du manque de logement.

On parle des habitant·es par catégorie ; on ne pose pas la question 'comment habiter la ville ?', 'comment habiter ensemble ?', 'comment habiter l'espace public ?'.



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

bibliographie

Inspir'actions de Fabrique Territoires Santé

« Mieux vivre dans son logement / APDL du Pays de Martigues » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/mieux-vivre-dans-son-logement/>

« Le SARIL : un habitat accompagné pour personnes en situation de handicap / APAJH 38 » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/3953-2/>

« Information et sensibilisation aux risques d'exposition au radon dans l'habitat / Association CLCV Auvergne-Rhône-Alpes » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/information-et-sensibilisation-aux-risques-dexposition-au-radon-dans-lhabitat/>

« Santé dans le logement : information et médiation / Association CLCV 63 » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/sante-dans-le-logement-information-et-mediation/>

« Un kit pédagogique pour sensibiliser à la santé environnementale dans les projets d'aménagement / CEREMA Sud-ouest » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/un-kit-pedagogique-pour-sensibiliser-a-la-sante-environnementale-dans-les-projets-damenagement/>

« Histoire d'un partenariat entre un conseil local de santé mentale et un bailleur social / Communauté d'agglomération du Centre littoral & Société d'économie mixte de Saint-Martin » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/histoire-dun-partenariat-entre-un-conseil-local-de-sante-mentale-et-un-bailleur-social/>

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

« Un travail partenarial autour du syndrome de Diogène / Conseil local de santé mentale de Lens-Hénin » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/un-travail-partenarial-autour-du-syndrome-de-diogene/>

« Accès et maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique / Conseil local de santé mentale de Lille » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/acces-et-maintien-dans-le-logement-des-personnes-en-souffrance-psychique/>

« Un lieu d'accueil et d'écoute dans le cadre du renouvellement urbain / Ville de Lyon » (2021)

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/un-lieu-daccueil-et-decoute-dans-le-cadre-du-renouvellement-urbain/>

articles, revues & ouvrages

Sophie Albuquerque, « La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations », *ergOthérapie* n°73

Martin Boichard, « *Une villa à Hollywood* : écouter le rêve d'un logement idéal pour soutenir l'espoir d'une vie meilleure », *Rhizome* n°79, 2021

http://www.ch-levinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/OS - Rhizome 79.pdf

Loïc Chauveau, « France : 20 000 décès par an à cause de la pollution intérieure », *Sciences et avenir*, 2014

https://www.sciencesetavenir.fr/sante/france-20-000-deces-par-an-a-cause-de-la-pollution-interieure_19070

Anne-Marie Fixot, « Vers une ville convivialiste. Introduction de la maîtrise d'usage », *Revue du MAUSS* n°43, 2014

<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2014-1-page-154.htm?contenu=article>

Howard Frumkin, « Covid-19, the built environment and health », *Environmental health perspectives* vol.129 n°7, 2021

<https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/EHP8888>

Albert Lévy, « Vers un nouvel hygiénisme ? », *BelvedeR* n°6, 2019

<https://www.revue-belveder.org/wp-content/uploads/PDF/N6/BelvedeRn06.pdf>



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

Lucie Ménard, « L'urbanisme, un nouveau champ d'action de l'ergothérapeute ? », *ergOthérapie* n°78

Thierry Paquot, « Les lieux contribuent indéniablement à faire de nous ce que nous sommes », *Libération*, 4 juillet 2021

Valérie Rey-Robert, *Une culture du viol à la française*, éd. Libertalia, 2019



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

avis, rapports & études

ATD Quart-Monde, *Un toit, ma santé et moi*, 2020

https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-15_Rapport-Un-toit-ma-sante-et-moi-final.pdf

Haut conseil de la santé publique, *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé*, 2019

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>

INED, *Les violences dans les espaces publics touchent surtout les jeunes femmes des grandes villes*, 2017

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27216/550_population.societes.de_cembre.2017.violences_1.fr.pdf

Institut national de santé publique du Québec, *Mon habitat : plus qu'un simple toit. Projet d'enquête Santé et Habitat*, 2018

https://www.precarite-energie.org/IMG/pdf/rapport_projet_enquete_sante_habitat.pdf

IReSP, *Les inégalités sociales au temps du Covid-19*, 2020

https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web.pdf

LaFédé, *Paroles d'habitantes et d'habitants sur la santé. Participation à l'élaboration du PRS2*, 2019 <http://www.lafede-mediation.org/mediation/paroles-dhabitantes-et-dhabitants-sur-la-sante-participation-a-lelaboration-du-prs2/>

Observatoire du Samu social de Paris, *Rapport d'enquête ENFAMS – Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France*, 2018

https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf

Observatoire régional de santé Île-de-France, *Interventions sur le logement et impacts sanitaires*, 2017

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1497/rapport_interventions_logement_juin_2017_Web.pdf

Organisation mondiale de la santé, *Housing and health guidelines*, 2018

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>



Organisation mondiale de la santé, *Pollution de l'air à l'intérieur des habitations et santé*, 2019

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>

DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS



DOSSIER RESSOURCES

AU-DELÀ DES MURS

documents ressources

Institut Paris Région, « La planification régionale face aux enjeux de santé environnementale », Note rapide, n°877, 2020

https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/000pack2/Etude_2461/NR_877_web.pdf

Institut Paris Région, « Santé et urbanisme, approche historique », 2020

<https://www.institutparisregion.fr/amenagement-et-territoires/sante-et-urbanisme-approche-historique/>

Réseau français des villes-santé OMS, *Pour un habitat favorable à la santé. Les contributions des villes*, 2011 (https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_habitat_sante-1.pdf)

outils & guides

ANRU, *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé*, 2021

<https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/sante-et-bien-etre-quartiers.pdf>

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, *Insalubrité morbide. Quand l'insalubrité menace la santé*, 2011

https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Sante_Publique/Environnement/Insalubrite_morbide/PUB_2018-01-22_Quand_1_insalubrite_menace_la_sante.pdf

EHESP, a-urba, *Guide ISADORA – Accompagnement à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement urbain*, 2020

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>

podcasts & vidéos

« Patrick Bouchain, architecte : construire la ville avec ses habitants », LeMonde.fr, vidéo 5min, 2016

<https://www.dailymotion.com/video/x5tcs28>

« Que veut dire habiter un lieu ? », France Inter, 48min, 2020

<https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-03-juin-2020>



Fabrique Territoires Santé, nouveau nom de la Plateforme nationale de ressources ASV, s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CSL, CLSM,...) 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. La capitalisation, l'information et la veille documentaire, l'organisation de rencontres et de temps de qualification des acteurs sont les outils qui lui permettent de mener à bien ses missions. Fabrique Territoires Santé est une association loi 1901, financée principalement par Santé publique France, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) et la Direction générale de la santé.

Dossiers Ressources

Depuis 2014, Fabrique Territoires Santé capitalise les dynamiques territoriales, outils, méthodes et actions développés localement pour réduire les inégalités de santé. La capitalisation vise à valoriser les acquis des expériences locales, les diffuser et identifier des bonnes pratiques.

Après une capitalisation consacrée aux Ateliers santé ville, les *Dossiers Ressources* proposent une approche par thématique.

Les *Dossiers Ressources* présentent un état des lieux du sujet et diverses actions locales inspirantes.

Réalisés avec



AGENCE
NATIONALE
DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES

