

Créer des environnements de vie favorables à la santé

L'état de santé dépend en grande partie des environnements de vie : milieu socio-culturel, pollution, économie, conditions de travail, éducation... L'action de l'État et des collectivités territoriales est fondamentale. Certaines populations (enfants, personnes vulnérables...) font l'objet de programmes spécifiques.

Environnements de vie, territoires et aménagements urbains Vers une gouvernance en faveur de la santé et du bien-être

Concevoir que les « milieux » de vie impactent la santé de l'« Humain », c'est renouer avec les conseils d'Hippocrate¹, qui, 400 ans avant notre ère, préconisait dans *De l'art médical* « [...] qu'avant même de soigner, de considérer d'abord les saisons et l'influence respective que chacune d'elles peut avoir; d'acquérir des notions [...] sur la nature des eaux dont les habitants font usage; d'étudier les divers états du sol; de reconnaître le genre de vie des habitants [...] Ce pourrait être la première définition des "environnements de vie" et de leurs impacts sur la santé physique et mentale entendue dans un concept global de "qualité de vie, bonheur, bien être et satisfaction de la vie" » [10].

Villes, santé et qualité de vie : s'inspirer des leçons de l'histoire

Au début de notre ère, chez les Romains : « [...] Au centre de Rome [...] se trouve la place publique (forum) [...] bordée de halles (basiliques) qui offrent un abri

contre les intempéries [...]. L'idéal de la vie civique comporte un deuxième aspect : l'otium, le loisir [...]. L'après-midi est consacré aux grands loisirs communs des citoyens : le bain et les jeux [...]. Les thermes ne servent pas seulement de bains. Ils constituent de vrais "centres de loisirs". Le simple promeneur trouve dans les jardins des thermes de nouveaux espaces de promenade et de jeu, de rencontre ou de sociabilité. Sur ces parcs ouvrent des bibliothèques, des musées, des salles de conférences » [36]. En France, il faudra attendre le Second Empire pour que ces concepts sur l'aménagement urbain soient remis à l'honneur avec le baron Haussmann (1809-1891), qui a révolutionné l'urbanisme pas seulement en aérant et ventilant Paris, mais en prenant en compte les habitants et l'aménagement de la ville. Il a mis en place des omnibus qui, pour un prix modique, permettaient la traversée de Paris. Il a ainsi facilité les déplacements et permis de relier anciens et nouveaux quartiers tout en mixant habitats et habitants. Il a « fabriqué de la santé », comme le Monsieur Jourdain de Molière, qui faisait de la prose sans le savoir. Dans cetteestruc-

Catherine Cecchi
Responsable pédagogique mastère spécialisé « Architecture, territoires et santé », École nationale supérieure d'architecture de Montpellier-La Réunion, présidente Société régionale de santé publique d'Occitanie, vice-présidente Société française santé environnement, administratrice Société française santé publique

1. *Traité d'Hippocrate des airs, des eaux et des lieux*. Vers 460-370 av. J.-C.



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

turation de la ville se trouvent les bases du concept « environnements de vie ».

Environnements de vie, facteurs favorables ou défavorables à la santé

Les recherches scientifiques montrent que le système de soins participe à environ, et seulement, 15 % de l'état de santé d'une population. 85 % des facteurs qui contribuent à la santé ne dépendent pas des progrès thérapeutiques mais d'autres facteurs. C'est en ce sens que les recommandations d'Hippocrate sur les environnements de vie sont d'une actualité troublante. On peut classer les environnements en quatre grands types : socioculturels (familiaux, affectifs, amicaux, ludiques...), physiques (naturels, aménagements bâti et non-bâti, sanitaires, transports, mobilité, numériques, sportifs, géographiques...) politiques (administratifs, politiques publiques, gouvernance, législation, réglementation...), et économiques (emplois, institutions, parcours professionnels...).

Ils se déclinent tout au cours de la vie, sous de nombreuses formes (figure 1) : environnements de vie de la petite enfance, des adultes, des seniors, des adolescents, des commerçants, des artistes, des actifs, des inactifs, des retraités, mais aussi de loisirs, de travail, d'activité physique, de savoirs, de culture... Ils peuvent être urbains, ruraux, semi-ruraux, montagnards, campagnards, maritimes... et constituent pour chacun, une véritable toile d'araignée qui se construit au niveau individuel et/ou collectif. Lorsque les actions à mener

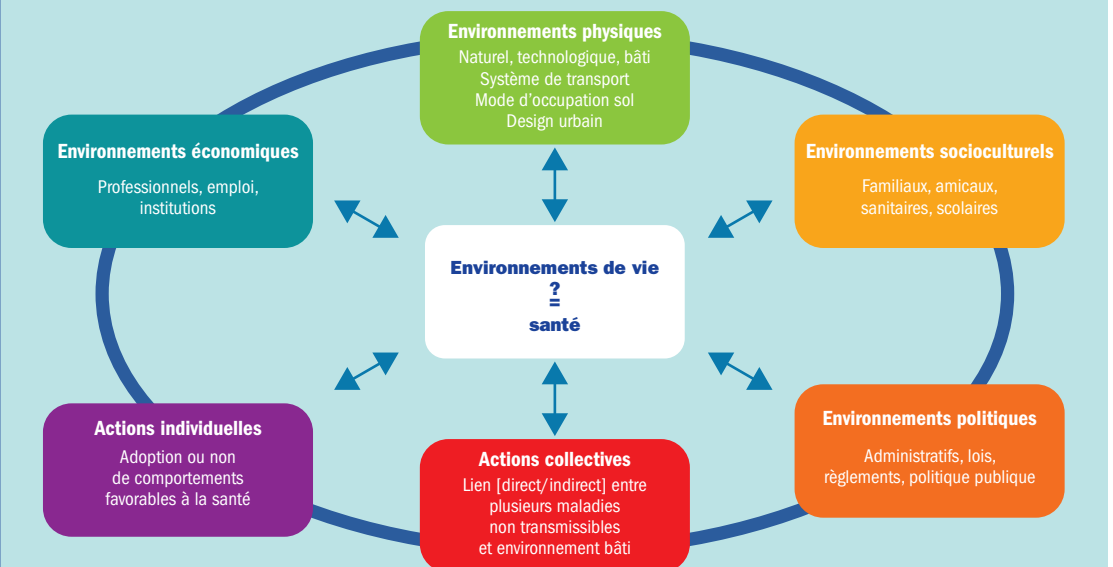
le sont avec des non-professionnels de santé, il nous paraît plus judicieux d'utiliser le terme « environnements de vie » que celui de « déterminants de santé ² » bien que ce soit celui utilisé dans le langage des professionnels. Ce dernier renvoie dans l'inconscient individuel et/ou collectif à une notion de santé « déterminée » et sur laquelle il serait donc plus difficile d'agir. Le concept d'environnements de vie permet à l'imaginaire de mettre plus facilement des mots sur les champs d'action possibles à développer. Les facteurs favorables ou défavorables à la santé complètent ce concept.

Les facteurs favorables existent sous la forme de facteurs producteurs de santé comme la mixité générationnelle, les espaces verts urbains, les outils numériques... et sous la forme de facteurs protecteurs de santé comme l'activité physique, le bien-être, la qualité de vie, une alimentation saine... Il existe d'autres facteurs dits défavorables à la santé, ce sont les facteurs d'agression comme la sédentarité, l'isolement social, le stress, les dérives d'usage des outils numériques,

2. « Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. » Agence de la santé publique du Canada, 2007.

figure 1

Schéma inspiré du Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie dans les municipalités



Sources : Éthique et santé publique, environnements de vie santé architecture. Ensam Montpellier, 2016.

les pollutions, les pesticides... Enfin, un dernier groupe est constitué par les facteurs de réparation comme le soin, la prévention, la compassion, l'empathie, la dépollution... Le diagnostic santé du territoire, de la ville, du quartier..., qui précède les décisions et les différents scénarios proposés pour les actions à mettre en œuvre, doit comptabiliser une supériorité du nombre de facteurs favorables par rapport au nombre de facteurs défavorables. L'action présentant le plus de facteurs favorables est celle qui devrait être retenue. Il est utile, à ce stade, de s'interroger sur la façon d'évaluer ces facteurs et leurs impacts sur la santé mais aussi sur les normes. Vérifier que ces dernières sont adaptées ou comment elles peuvent l'être par rapport aux projets et à leurs contextes (régions, climat et modes de vie). Les besoins sont si différents en montagne et au bord de la mer! Une réglementation mal faite, mal adaptée peut être productrice de stress, de facteurs d'agression et impacter négativement la santé de chacun et/ou de tous (figure 2).

La déclaration d'Adélaïde de l'OMS en 2010 préconise de « mettre la santé dans toutes les politiques ». Cette recommandation, reprise par la Stratégie nationale de santé 2018-2020 dans son Axe 1 (p. 10), qui préconise de « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ». Elle recommande, page 16, de « promouvoir les comportements favorables à la santé, et entre autres de promouvoir une activité physique régulière. Il est aujourd'hui établi que l'activité physique est un facteur de prévention de certaines maladies chroniques. Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :
« – encourager la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie, notamment grâce au développement de l'offre de pratique, à des aménagements de l'espace public favorisant le temps passé dans les espaces de

nature et le développement des mobilités actives, dont la marche et le vélo;

« – lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne (domicile, travail, école...)... ».

Vaincre la sédentarité, lutter contre l'isolement social

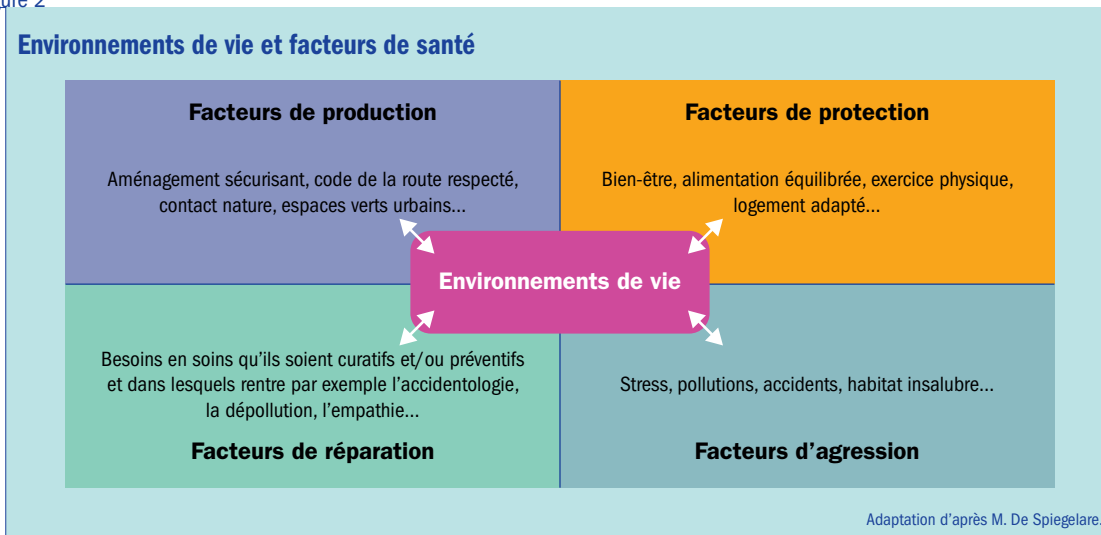
Concevoir la ville idéale a toujours été un objectif des bâtisseurs, la nécessité d'y adjoindre l'hygiène, le bien-être, la qualité de vie a trouvé une réponse différente selon les époques, les modes de vie, les cultures, les lieux. Vaincre la sédentarité, lutter contre l'isolement social et promouvoir l'activité physique peuvent trouver une réponse dans l'appropriation des espaces publics par les habitants. Cela nécessite de mettre en place, à l'échelle la plus fine, une réelle collaboration avec les habitants, basée sur la confiance, et d'intégrer à la réflexion, leurs modes de vie et leurs différentes tranches d'âge. « Pour réussir, la politique de la ville doit se faire avec les habitants »³. L'aménagement de la cité doit permettre à la ville de devenir « responsive » [...] à l'écoute des besoins des citoyens, [...] pour développer des services urbains adaptés »⁴.

Par exemple, opter pour une demi-heure de marche quotidienne est préconisé par les professionnels pour éviter les méfaits de la sédentarité, l'apparition de l'obésité (facteurs d'agression). C'est un choix individuel qui pour se concrétiser est grandement conditionné par les environnements de vie, qui eux relèvent souvent du système collectif. Le préfet Haussmann l'avait pressenti dans la restructuration de Paris « en mettant au cœur des aménagements urbains la nature et la végétation et en donnant aux Parisiens à moins de dix minutes de marche de leurs domiciles, un parc ou un square » [13].

3. Dossier de presse, « La nouvelle géographie de la politique de la ville », mardi 17 juin 2014, ville.gouv.fr

4. Susan Crawford, Professeur, Harvard Law School.

figure 2





Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective

Impulser la « marchabilité » en ville, c'est proposer une réappropriation de l'espace public par les habitants mais aussi repenser les rythmes du temps de travail et de vie. Il est nécessaire de faciliter ce choix en proposant des actions où les facteurs favorables producteurs ou protecteurs de santé, retenus dans les projets, l'emportent sur les facteurs défavorables. L'aménagement d'espaces végétalisés comme les squares ou les placettes peut en être une étape. Ces poumons verts dans les quartiers, aident à la production de facteurs favorables à la santé. Les objectifs de chacun des habitants-usagers-citoyens (HUC) peuvent être différents dans l'appropriation et l'usage des espaces publics ou « communs » : donner un but à une promenade, rencontrer d'autres enfants ou parents, discuter tranquillement sur un banc avec une amie, « prendre l'air », favoriser les rencontres inter-générationnelles dans un espace ludique, proposer des activités physiques, transformer les habitants en agriculteurs en créant des potagers urbains... Quel que soit le but, l'aménagement d'espaces végétalisés en proposant la marche, facteur protecteur favorable à la santé, pour accéder à ces îlots de verdure, répond à la préconisation d'adopter de saines habitudes de vie. Ces agencements ne peuvent être pensés sans adjoindre le volet accessibilité, dont la sécurisation est prioritaire. Pour cela, les trottoirs, facteurs de protection, doivent être réservés aux piétons et séparés des voies de passage réservés aux véhicules de tous genres (vélos, scooters, skate-board, trottinettes...), qui sont dans ce cas des facteurs d'agression. Les trottoirs larges doivent être émaillés de bancs permettant des haltes pour les usagers les plus fragiles (seniors, handicapés, femmes enceintes, personnes portant des charges lourdes...).

Ces aménagements urbains prenant en compte la réduction des facteurs d'agression, comme les pollutions visuelles, olfactives, sanitaires, auditives, les risques d'accidents sur la voie publique, les animaux nuisibles... contribuent à améliorer les environnements de vie et impactent globalement sur l'état de santé d'une population. Au niveau individuel ils contribuent à diminuer le risque d'obésité, à vaincre la sédentarité et rompre l'isolement social. Le regard santé, incluant l'analyse des facteurs favorables ou défavorables et leurs impacts, doit être posé en transversalité sur les projets et les actions à déployer dans les politiques d'aménagement des territoires, qu'ils soient urbains ou non. « La qualité de vie des habitants a pris une nouvelle dimension pour l'élaboration des politiques publiques. Elle doit être prise en compte car elle constitue aujourd'hui un facteur essentiel de l'attractivité territoriale. Il est donc devenu nécessaire de mettre en place des indicateurs pour tenter de la mesurer et intégrer... une dimension de "perception des habitants" »⁵.

Les « Millennials », « Milleniums » ou « génération Y », citadins nés entre 1980 et 2000 en Occident, enfants

de la révolution numérique, sont friands de ces modes de vie incluant une appropriation par les habitants de l'espace public. Ils « *conserveront selon le démographe Dowell Myers, tout au long de leur vie, un attrait particulier pour les quartiers denses "walkable", proposant un mélange de commerces et de logements et une connexion efficace au réseau de transport en commun. Ils sont demandeurs d'un espace urbain plus écologique, plus collaboratif et sont désireux de voir les villes s'adapter à leurs besoins et non l'inverse* ». C'est une approche plus holistique, plus « écologique » des modes de vie urbains, en symbiose avec les habitants, qui se profile pour le XXI^e siècle. « *Au-delà de l'urgence climatique, pour les villes, la priorité c'est d'adapter les infrastructures, l'habitat et les transports en fonction de leur évolution socio-démographique* »⁶.

En conclusion, les villes, où résident plus de 70 % de la population mondiale, vont devoir se réinventer, en particulier sur la nature et l'usage des espaces publics ou « communs », véritables jardins des habitats urbains, qui sont par essence des ressources partagées. Pour relever ce défi, il est indispensable de mobiliser tous les acteurs : habitants, élus, citoyens, décideurs publics et privés, architectes, urbanistes, professionnels de santé, chercheurs et experts. Les auteurs du guide *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils* [69] déplorent le cloisonnement des politiques d'urbanisme, de santé et d'environnement. Pour rompre cette sectorisation souvent en tuyaux d'orgue, il est nécessaire de créer des liens entre tous les acteurs, de tuiler leurs compétences pour rendre plus efficaces les solutions retenues à toutes les échelles et de développer les projets en confiance avec les habitants. Si qualité de vie et bien-être sont intégrés aux réflexions et conceptions actuelles de l'évolution de l'urbain, la santé des habitants doit être véritablement mise au cœur des politiques publiques développées par de nombreux acteurs.

Placer « Humain et Santé » au cœur des environnements de vie, permettra d'aboutir au travailler ensemble pour « mettre la santé dans toutes les politiques »⁷. Dans ce cadre, et comme le note Sibylle Vincendon : « *Les élus ont donc bien un pouvoir. Certes, il peut d'abord servir à interdire [...]. Les règles ne manquent pas, loin de là et, preuve que l'inflation dans le domaine ne garantit rien, "tous les règlements n'ont jamais empêché de construire un bâtiment [un quartier, une rénovation, une réhabilitation, un aménagement d'espace urbain] raté"* (Yves Lion – architecte) ». L'application de la déclaration d'Adélaïde de l'OMS ne pourra se concrétiser que si elle est soutenue par les habitants et appuyée par une véritable volonté politique locale, régionale, nationale et même internationale. ➤

5. de Boismenu I. Des indicateurs de bien-être pour révéler les ressources des habitants. *Idées & Territoires*, nov. 2017 : p. 13.

6. Dominique Bureau, délégué général du Conseil économique pour le développement durable (CEDD) et membre du comité scientifique de La Fabrique de la Cité.

7. OMS. Déclaration d'Adélaïde, 2010.

Liens

<https://www.ibicity.fr/la-nouvelle-valeur-des-espaces-publics/>
<https://www.lafabriquedelacite.com/fabrique-de-la-cite/data.nsf/>
https://www.opqtecc.org/missions-programmation-urbaine-integrent-avantage-management_4_1_189.html

Polluants de l'air intérieur, encore de nombreuses zones d'ombre

Nos connaissances dans le domaine de la pollution intérieure sont beaucoup moins précises qu'en ce qui concerne la pollution extérieure.

Cela provient d'au moins à trois raisons. La première tient à ce qu'historiquement, l'origine des polluants était manifestement extérieure, les ambiances intérieures n'étant, *a priori*, contaminées qu'à travers elle. La deuxième est que la pollution intérieure est de nature plus complexe du fait de la diversité des sources, qui varient d'un local à un autre. Un capteur de pollution extérieure situé en zone urbaine représente l'exposition d'un grand nombre de personnes, tandis qu'un logement ou tout autre local constitue un micro-environnement particulier dont l'étude météorologique ne peut être extrapolée aux autres logements du quartier. Enfin, dans la troisième intervient la notion d'espace privatif, qui complique les investigations.

Malgré ces difficultés, cette thématique a connu, au cours des vingt dernières années, un développement rapide, notamment du fait de la création d'organismes institutionnels dédiés : l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) en 1999, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) faisant suite à l'Agence française de sécurité sanitaire (Afsset créée en 2000), Santé publique France succédant, entre autres, à l'Institut de veille sanitaire (InVS) créé en 1998.

Nous nous focaliserons sur les logements mais évoquerons, dans le domaine des établissements recevant du public, le cas des locaux scolaires. Nous laisserons de côté la pollution d'origine professionnelle dont la diversité se prête mal à une présentation synthétique.

Les polluants se divisent, par leur nature, en quatre groupes : polluants chimiques, polluants physiques, polluants microbiologiques et polluants radioactifs.

Polluants chimiques

Ils ont pour origine d'une part l'équipement et l'entretien de la maison, d'autre part l'activité de ses occupants.

En ce qui concerne les polluants émis par l'équipement, on citera le formaldéhyde émis par les mousses urée-formol des cloisons, par les meubles encollés et certaines colles à moquette ou revêtements de sol, dans les mois suivant leur livraison, les retardateurs de flamme contenus dans certains canapés, ou encore le bisphénol A et autres modificateurs endocriniens issus des plastiques.

Les produits d'entretien, qui libèrent des composés organiques volatils (COV), c'est-à-dire en suspension dans l'air à température ambiante, se sont multipliés dans le logement d'aujourd'hui. Ceux qui sont présentés sous forme d'aérosols sont plus facilement aéroportés

et maintenus en suspension dans l'air ambiant. Ils ont attiré l'attention des organismes de protection des consommateurs [1, 21], qui proposent en substitution des produits labellisés peu émetteurs ou des produits traditionnels tels que le vinaigre blanc ou le bicarbonate de soude. Leurs effets sur la santé sont mal connus, pour certains potentiellement mutagènes, reprotoxiques et cancérigènes, en tout cas irritatifs à forte concentration. On en rapproche les encens, parfums d'intérieur et bougies parfumées qui émettent notamment par leur combustion du benzène à haute concentration. À ranger également dans cette catégorie les huiles essentielles qui sont, de façon paradoxale, promues pour leur capacité à purifier l'air... alors qu'y sont ajoutés des produits chimiques qui, bien qu'étant naturels, ont les mêmes effets délétères sur l'organisme humain que les produits synthétiques.

Parmi les polluants chimiques, le monoxyde de carbone ou CO occupe une place particulière. Il est produit lors d'une combustion incomplète et s'accumule si l'air de la pièce n'est pas suffisamment renouvelé, conduisant à une intoxication. On a relevé en France, en 2016-2017, 1 000 cas d'intoxication et 100 décès. La prévention passe par un bon réglage des appareils de combustion, usage limité des chauffages d'appoint et une bonne ventilation des locaux.

Tout différent est le dioxyde de carbone (CO₂), gaz produit notamment par la respiration humaine et témoin du confinement des locaux densément occupés, notamment les locaux scolaires. Ce gaz n'a pas d'effet sur la santé, sauf à très forte concentration, mais sa présence témoigne d'un renouvellement insuffisant de l'air des locaux, ce qui peut conduire à l'accumulation dans ces locaux des polluants générés, notamment en milieu scolaire, par les composés organiques volatils.

Enfin, le tabagisme occupe une place particulière par le nombre extrêmement élevé, proche de 4 000, et la diversité des composés chimiques renfermés dans les cigarettes. Son retentissement sur l'environnement est tel, en matière de COV et de particules, qu'il masque le rôle des autres aérocontaminants.

Polluants particulaires

Ils sont représentés par les particules en suspension, classées en fonction de leur diamètre en particules grossières (plus de 10 micromètres ou μm), particules inhalables (moins de 10 μm), particules fines (moins de 2,5 μm) et particules ultrafines (moins de 0,1 μm). Toutefois, ce mode d'expression des résultats est critiquable car une particule est d'autant plus réactive chimiquement que sa surface de contact avec le milieu

Denis Charpin

Unité de pneumologie, groupe hospitalier de la Timone, Aix-Marseille université, Association pour la prévention de la pollution atmosphérique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



ambiant est plus grande. À poids égal, un grand nombre de particules ultrafines a donc une réactivité chimique supérieure à celle d'un petit nombre de particules de plus grande taille.

Dans le logement, les sources de particules sont représentées par l'air extérieur, les appareils de combustion, les activités de cuisine, les cheminées et le tabagisme. Dans les pays en développement, le chauffage et la cuisine des habitations primitives sont assurés par l'utilisation de combustibles tels que les débris végétaux, le charbon de bois et les déjections animales. La combustion est de mauvaise qualité et l'évacuation des fumées ne se fait pas par une cheminée, d'où une exposition massive et prolongée des occupants aux aérocontaminants. Les conséquences sanitaires de cette exposition aux produits de combustion de la biomasse sont majeures : multiplication des pneumonies chez l'enfant, apparition d'asthme, de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), de cancer bronchique et dilatations de bronches [33, 67]. Dans les pays développés, les conséquences sanitaires d'une exposition aux particules de l'air intérieur sont encore mal connues. On a montré qu'elle influence le cours évolutif de l'asthme et de la BPCO.

Polluants microbiologiques

Ils sont représentés par les acariens, les moisissures, les blattes et les animaux de compagnie.

L'établissement d'un lien entre l'exposition à ces polluants microbiologiques et l'impact sanitaire est difficile car on les trouve bien souvent conjointement dans les logements du fait que l'excès d'humidité représente un facteur de risque commun au développement des trois premiers (tableau 1).

Acariens de la poussière de maison

Ils prolifèrent dans un logement bien chauffé, entre 20 et 25 °C, dont l'humidité relative est voisine de 75 à 80 %. On les trouve notamment dans les objets rembourrés et la literie. Ils émettent des particules fécales qui renferment l'essentiel des allergènes et induisent chez les patients allergiques une synthèse

d'immunoglobulines E ou IgE. Chez le patient allergique aux allergènes acariens, l'exposition à ces allergènes a un impact négatif tant au plan clinique, spirométrique que sur celui des besoins médicamenteux. Pour autant, les études d'éviction (prévention secondaire) se révèlent décevantes [17, 35, 45] et les sociétés savantes ne recommandent plus la mise en œuvre des mesures d'éviction physique et/ou chimiques classiques. Ce résultat décevant peut tenir à plusieurs facteurs : des procédures d'éviction pas assez efficaces pour abaisser substantiellement les taux allergéniques, la présence d'autres aérocontaminants mal pris en compte dans l'éviction, ou une hétérogénéité génétique parmi les patients sensibilisés à ces allergènes. Des personnels spécialisés, les conseillers habitat-santé ou conseillers en environnement intérieur, disponibles dans certaines régions et mobilisés à la demande du médecin, réalisent un audit environnemental du logement et doivent aider les propriétaires à corriger des défauts du bâtiment, bien souvent à l'origine de l'excès d'humidité.

Un débat existe aujourd'hui quant à l'intérêt de mesures d'éviction des acariens à mettre en place avant la naissance d'un bébé, quand les parents sont allergiques (prévention primaire). Les études réalisées dans ce domaine ne sont pas probantes.

Moisissures intérieures

On les trouve dans 15 % à 20 % des logements en France mais 5 % en renferment plus de 1 m².

Les zones géographiques les plus concernées sont les régions humides à climat doux car un air chaud contient davantage de vapeur d'eau qu'un air plus frais.

Le mode d'action des moisissures sur l'homme n'est pas univoque : à côté du mécanisme allergique lié à la présence d'allergène sur les spores et le mycélium, on a identifié un mécanisme irritatif lié à la présence dans la paroi fongique de substances pro-inflammatoires et aussi un mécanisme toxique en relation avec la production, par le métabolisme de certaines moisissures hydrophiles, de mycotoxines. Encore davantage que dans le cas des allergènes acariens, la présence de moisissures relève le plus souvent d'un défaut du bâti.

tableau 1

L'excès d'humidité favorise la production d'aérocontaminants de natures diverses

Humidité = expositions multiples

Moisissures

- spores et antigènes fongiques
- glucanes
- composés organiques volatils microbiens
- mycotoxines

Bactéries

- Gram - : endotoxines
- Gram + : peptidoglycane

Composés organiques volatils

Allergènes

- acariens

L'impact sanitaire lié à l'exposition aux moisissures du logement a donné lieu à de nombreuses études épidémiologiques transversales et longitudinales sous la forme de suivi de cohortes. Leurs résultats ont été synthétisés dans plusieurs méta-analyses publiées successivement au cours des années 2000 [24, 56, 85]. Ces méta-analyses (tableau 2) elles-mêmes ont amené les institutions à publier des rapports qui ont vocation à être pris en compte par les décideurs (tableau 3).

Les procédés de décontamination doivent être rigoureux pour ne pas propager dans le logement les moisissures

et les substances qui les accompagnent et pour ne pas exposer les personnes qui décontaminent (tableau 4). Le financement des travaux de réhabilitation peut bénéficier d'aides publiques.

Blattes ou cafards

On les trouve dans les immeubles mal entretenus, surtout si de la nourriture traîne dans la cuisine et si le logement est humide. La carapace de l'animal renferme des allergènes qui induisent de la rhinite ou de l'asthme allergique. La prise en charge comporte, outre des

tableau 2

Méta-analyse concernant l'association entre présence de moisissures dans le logement et différents indicateurs de santé respiratoire

	Population	Nombre d'études réalisées	Risque relatif [intervalle de confiance à 95 %]
Symptôme ORL	Tous	13	1,70 [1,44 ; 2,00]
Toux	Tous	18	1,67 [1,49 ; 1,86]
	Adultes	6	1,52 [1,18 ; 1,96]
	Enfants	12	1,75 [1,56 ; 1,96]
Sifflements	Tous	22	1,50 [1,38 ; 1,64]
	Adultes	5	1,39 [1,04 ; 1,85]
	Enfants	17	1,53 [1,39 ; 1,68]
Asthme actif	Tous	10	1,56 [1,30 ; 1,86]
Asthme dans la vie	Tous	8	1,37 [1,23 ; 1,53]
Apparition d'un asthme	Tous	4	1,34 [0,86 ; 2,10]

La 4^e colonne indique le risque relatif (et son intervalle de confiance à 95 %) d'être atteint de tel ou tel symptôme ou maladie si l'on occupe un logement contaminé par les moisissures par rapport à une personne occupant un logement non contaminé.

Source : Fisk, Indoor Air 2007 [24].

tableau 3

Présence de moisissures et survenue d'effets sur la santé

- Développement d'asthme (enfant)
- Exacerbation des symptômes de l'asthme (enfant)
- Incidence augmentée de l'asthme dans les bâtiments ayant connu des dégâts des eaux (adultes sur le lieu de travail)
- Rhinite allergique
- Altération de la fonction cognitive chez l'enfant pour des expositions sur plus de deux ans dès la naissance
- Pas de conclusion sur le syndrome du bâtiment malsain

Source : Moisissure dans le bâti, Anses, juin 2016.

tableau 4

Évaluation de la contamination fongique : observation de l'étendue des surfaces moisissures cumulées dans les pièces d'habitation (hors cave, grenier, garage...)

< 0,2 m ² (équivalent à 3 feuilles A4)	0,2-3 m ²	> 3 m ²
Niveau faible de contamination	Niveau moyen de contamination	Niveau élevé de contamination
Nettoyage par le particulier sauf pour les personnes atteintes de pathologies respiratoires chroniques et immunodéprimées	Nécessite une intervention de remédiation, de préférence par un professionnel du bâtiment	Nécessite une intervention de remédiation, par un professionnel labélisé

Source : Moisissure dans le bâti, ANSES, juin 2016.



médicaments antiallergiques et/ou antiasthmatiques, l'éviction des blattes, qui passe par des mesures de décontamination, à la fois et en même temps dans les parties communes des immeubles et dans les différents appartements.

Animaux de compagnie

On dénombre en France 11 millions de chats et 9 millions de chiens. Les premiers sont plus allergisants. Ils peuvent provoquer chez le sujet allergique de l'asthme et de la rhinite. Il n'y a pas de mesure environnementale efficace qui peut permettre à une personne allergique à l'animal de le tolérer s'il reste au domicile. Les petits rongeurs tels que rat, souris, gerbille, cobaye, etc. sont aujourd'hui très populaires mais peuvent induire une réaction allergique après quelques semaines seulement de contact.

La question de savoir si la présence d'un animal au domicile de bébé peut induire, ou au contraire limiter, le risque de voir se développer une allergie n'est aujourd'hui pas tranchée. D'une manière plus générale, particulièrement dans le domaine de l'allergie alimentaire, le paradigme actuel est celui de l'induction d'une tolérance par un contact précoce (« fenêtré d'exposition ») avec l'allergène plutôt que l'éviction, dont on a vu les limites.

Polluants radioactifs

Le radon est un radioélément provenant de la dégradation de l'uranium présent dans l'écorce terrestre, tout particulièrement dans les sols granitiques et volcaniques. De ce fait, on le trouve en France en Bretagne, dans le Massif central, les Alpes et les Pyrénées et le massif

de l'Esterel. Il peut s'infiltrer dans les logements, sous forme gazeuse, par l'intermédiaire de pores et fissures dans le sol ou par l'intermédiaire des eaux souterraines, et contaminer le logement.

L'impact sanitaire est constitué essentiellement par le risque de cancer du poumon. Dans les zones géographiques concernées, on estime que 20 % des cancers du poumon relèvent de ce facteur de risque [2].

Le dépistage est facile, par l'intermédiaire d'un dosimètre commandé sur un site, laissé en place dans le logement pendant deux mois puis renvoyé à une société qui effectue le dosage. Le particulier peut, pour faire cette évaluation, se procurer le dosimètre auprès d'une des trois sociétés (Algade, Pe@ri et Radonova) ou faire venir à son domicile un organisme agréé (dont la liste se trouve sur le site de l'Autorité nationale de sûreté nucléaire) qui effectue le dosage. Son prix est de l'ordre de 25 euros.

S'il y a présence de radon, il faut procéder à des travaux d'étanchéification du sol de la maison.

Conclusion

Les connaissances concernant les polluants de l'air intérieur ont explosé au cours des vingt dernières années mais il reste encore de nombreuses zones d'ombre, en particulier l'action conjuguée des différents polluants (« effet cocktail »), la caractérisation des particules et leur effet spécifique en fonction de la composition chimique, le développement d'indicateurs biologiques d'exposition, les interactions entre génétique et environnement, et le vaste domaine de la gestion technique et sociétale de l'habitat insalubre. ➤

Le stress, les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail

Des concepts au cœur de la prévention et de la promotion de la santé

Edith Salès-Wuillemin
Professeure de psychologie sociale et du travail, université Bourgogne Franche-Comté, Laboratoire Psy-DREPI, psychologie : dynamiques relationnelles et processus identitaires, Groupe Qualtra : qualité de vie au travail : recherche, diagnostic, formation

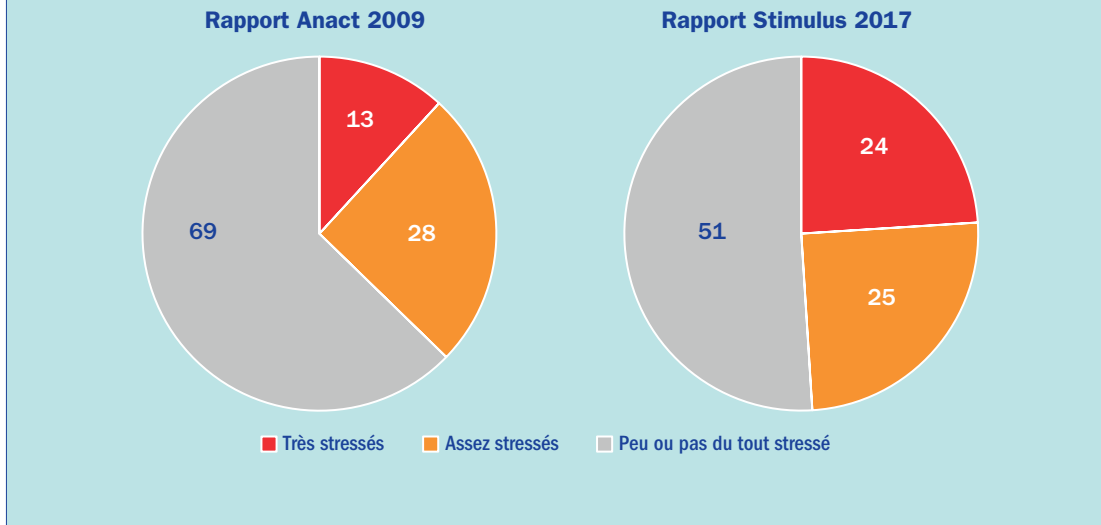
Lorsque le travail est source de souffrances physiques (par exemple troubles musculo squelettiques ou TMS), de difficultés cognitives (fatigue intellectuelle...), de troubles affectifs (irritabilité...) et comportementaux (hyperactivité...), il se retrouve au cœur de la santé publique, de la prévention du stress et des risques psychosociaux (RPS). La comparaison entre deux enquêtes menées en France (figure 1) la première pour l'Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) en 2009 [58]; la deuxième en 2017 par Stimulus, observatoire de la santé psychologique [82] – montre l'ampleur du problème. Apparaissent une nette augmentation du nombre de salariés se déclarant

très stressés (1/10 en 2009 contre 1/4 en 2017) et une diminution de ceux qui se disent peu ou pas stressés (6/10 en 2009 contre 1/2 en 2017).

Dans une démarche de prévention de la santé au travail, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Anact préconisent de mesurer l'impact des conditions de travail (réorganisation des structures de travail, rationalisation des coûts...) sur la santé physique et mentale des individus. Des outils d'autodiagnostic et un accompagnement sont proposés. Plus récemment, une ouverture sur la qualité de vie au travail (QVT) oriente la démarche vers une politique de promotion de la santé au travail [48, 49, 59].

figure 1

Le stress ressenti par les salariés, comparaison des rapports Anact (2009) et Stimulus (2017) (en pourcentage)



La démarche de prévention du stress et des risques psychosociaux

Cette démarche permet d'anticiper et prévenir l'apparition du stress et des risques psychosociaux (prévention primaire), de modifier l'organisation de travail lorsqu'ils sont détectés (prévention secondaire) et d'accompagner les individus et les organisations de travail, lorsque les risques psychosociaux sont installés (prévention tertiaire).

Le plan d'action est mis en place par l'organisation de travail à l'issue d'une démarche en sept étapes :

1. constitution d'un comité de pilotage (direction ou comité de direction, médecin du travail, CHSCT, représentants du personnel...);
2. précision du cadre législatif de l'intervention et relevé des indicateurs-objectifs du tableau de bord des risques (absentéisme, *turnover*, accidents du travail...);
3. mise en place du diagnostic (de préférence par des consultants externes) dans une cohérence conceptuelle et méthodologique;
4. analyse des résultats du diagnostic;
5. proposition d'un plan d'actions à la direction;
6. mise en place d'un plan de communication en direction des salariés;
7. mise en place du plan d'actions.

Le cadre législatif : les risques psychosociaux et le stress

Les risques psychosociaux englobent « le stress, les violences, le harcèlement et les addictions ». L'accord national interprofessionnel (Ani) est signé par des représentants des employeurs, comme le Mouvement des entreprises de France (Medef), et des syndicats représentant les salariés, comme la Confédération française démocratique du travail (CFDT). Il inclut, en 2008, la notion de stress au

travail ; le harcèlement et les violences au travail seront introduits en 2010. Parallèlement, le Code du travail fait obligation à l'employeur « de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (art. L. 4121-1 à 5). Le décret 2001-1016 du 5 novembre 2001 porte sur la création par l'employeur d'un document unique d'évaluation des risques psychosociaux (ou DUER), relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs prévue dans l'article L. 230-2 du Code du travail. Le document unique intègre désormais les risques physiques et psychosociaux.

Le cadre conceptuel : les résultats de la recherche scientifique sur le stress

Selye [74] définit le stress comme une réaction physiologique, notamment hormonale (cortisol, adrénaline), à des stressseurs externes (comme réaliser un travail dans un délai particulièrement raccourci), ayant des effets immédiats (accélération du rythme cardiaque, élévation de la tension artérielle...) et à long terme (accident cardiovasculaire...). D'autres modèles se centrent sur les facteurs psychologiques. Dans le modèle de Karazek [39], le stress résulte d'un déséquilibre entre les exigences de la tâche ou *Job Demand* (par exemple devoir travailler vite) et l'autonomie-contrôle de l'individu ou *Job Control* (organiser son travail à sa manière). La charge mentale (*Job Strain*), et donc le stress ressenti, augmente lorsque l'écart entre ces deux variables ne peut plus être compensé, lorsque les contraintes sont fortes et que l'individu a une faible latitude. Dans le modèle de Siegrist [75], l'individu ressent du stress lorsque l'effort à fournir (pression temporelle, interrup-

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



tions dans la tâche) est plus important que les récompenses reçues (perspectives d'évolution de carrière). Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) [43] est plus large, il décrit le stress comme une réaction adaptative consécutive à une évaluation (*appraisal*) que l'individu fait de la situation source de stress (changement de logiciel dans une organisation de travail) et des ressources dont il dispose : psychologiques (par exemple sentiment de pouvoir gérer la situation) et matérielles (par exemple avoir suivi une formation avant la mise en place du logiciel). Lorsque les ressources sont jugées insuffisantes pour faire face à la situation, il y a déséquilibre : le bien-être est mis en danger, l'individu éprouve du stress. Le stress en soi n'est pas nécessairement négatif, il permet à l'individu de faire rapidement face aux situations en mobilisant ses ressources. Par contre, un stress qui s'installe épuise psychologiquement et physiquement l'individu.

Les outils de mesure du stress

Plusieurs échelles ont prouvé leur validité, elles se différencient par la longueur (nombre d'items inclus) et les dimensions (thématiques prises en compte). Les plus utilisées sont celles de Karazek (*Job Content Questionnaire*) en vingt-six items qui mesurent la demande psychologique (par exemple mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense), la latitude décisionnelle (par exemple mon travail me demande d'être créatif), le soutien social (par exemple les collègues avec qui je travaille sont amicaux) et la reconnaissance au travail (par exemple vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant). L'échelle de Siegrist (effort-récompense), dans sa version courte en vingt-trois items, évalue l'effort (par exemple je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail), la récompense (par exemple je reçois le respect que je mérite de la part de mes supérieurs) et le surinvestissement (par exemple le travail me trotte encore dans la tête lorsque je vais au lit). L'échelle de Cohen (*Perceived Stress Scale*), en quatorze items, s'appuie sur le modèle de Lazarus et Folkman. Elle mesure : la perception de débordement ou détresse perçue (par exemple sentiment de difficultés à contrôler les choses importantes dans sa vie) et l'efficacité personnelle ou capacité à faire face (par exemple sentiment de ne pas pouvoir assumer toutes les choses à faire). L'utilisation de ces échelles permet la mesure du stress ressenti et de la croiser avec des facteurs organisationnels ou personnels.

Les recherches sur les déterminants du stress

Sept facteurs de stress organisationnel sont reconnus : conditions de travail (par exemple tâche exigeant des ressources psychologiques importantes) ; gestion du temps de travail (par exemple flexibilité horaire, empan horaire et imprévisibilité conséquents) ; rôles organisationnels (par exemple sentiment d'ambiguïté de rôle ou de conflit de rôle) ; relations de travail (par exemple sentiment de ne pas être soutenu par ses collègues

ou sa hiérarchie) ; évolution dans l'emploi (par exemple sentiment d'insécurité dans l'emploi) ; structure et climat organisationnels (par exemple restructurations ou délocalisations) ; articulation vie privée et vie professionnelle (par exemple absence de cloisonnement entre la sphère personnelle et la sphère de travail). Trois principaux facteurs de vulnérabilité psychologiques individuels sont confirmés : la personnalité (par exemple avoir un caractère consciencieux ou ressentir plus facilement des émotions négatives) ; l'estime de soi (sentiment d'avoir peu de valeur) et le sentiment de contrôle (avoir le sentiment de ne pas maîtriser la tâche) [7, 19].

Démarche de promotion de la santé : la qualité de vie au travail

La promotion de la santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1986, comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». La mise en œuvre d'une démarche visant la qualité de vie au travail nécessite donc une compréhension des phénomènes, une anticipation et une co-construction avec les acteurs de l'organisation de travail.

Le plan d'action, mis en place par l'organisation de travail, se fait en cinq étapes. Il implique une réflexion en amont, *par anticipation* et non *en réaction* à une situation critique :

1. création de groupes de réflexion impliquant la perception et l'action de différents partenaires (salariés, dirigeants, partenaires sociaux, État et collectivités...) pour anticiper les besoins organisationnels, sociaux et personnels en relation avec les valeurs positives du travail. Cette partie de la démarche s'appuie sur l'engagement (*commitment*) des individus ;
2. analyse de la situation, reposant sur un croisement des données concernant les conditions physiques et psychologiques du travail relevant de l'état de bien-être de l'individu ;
3. mise en place d'un plan de formation et d'accompagnement des individus à toutes les strates de la hiérarchie visant l'autonomisation (*empowerment*) des personnes ;
4. établissement du plan de communication fluidifiant la communication horizontale et montante ;
5. évaluation régulière de la satisfaction des individus sur les différentes dimensions visées.

Pour ce faire, il est nécessaire de s'appuyer sur le cadre législatif et les données de la recherche.

Le cadre législatif : la qualité de vie au travail

En 2013, l'Ani fixe le caractère subjectif et multidimensionnel de la qualité de vie au travail, « sentiment de bien-être au travail [...] qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur [...], une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ». Dans cette lignée, l'article 33 de la loi n° 2014-288 du

5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, prévoit la possibilité d'un accord entre l'employeur et les organisations syndicales de salariés visant « *le regroupement dans une négociation unique dite de "qualité de vie au travail" de tout ou partie des négociations obligatoires prévues aux articles L. 2242-5, L. 2242-8 du Code du travail* ».

Le rapport Lachmann, Larose et Pénicaut portant sur le bien-être et l'efficacité au travail en 2010, avance une série de dix propositions destinées à l'amélioration de la « santé psychique au travail ». Ce rapport ouvre un nouveau champ de réflexion et d'action en précisant que les questions relatives aux conditions de travail débordent largement le champ de la prévention des risques psychosociaux : on passe de la notion de *prévention* à celle de *promotion* de la santé [3].

Le cadre conceptuel : les résultats de la recherche scientifique sur la qualité de vie au travail

Le concept de qualité de vie au travail (*Quality of Work Life*) a eu du mal à émerger en raison d'une absence de consensus sur les définitions. Il s'est maintenant stabilisé grâce aux liens établis avec le concept de qualité de vie utilisé en santé publique, à la montée en puissance de la psychologie positive et à la mise en place d'outils de mesure validés [54, 84].

En santé publique, la qualité de vie du patient renvoie au bien-être et à la satisfaction. Elle repose sur plusieurs dimensions comme l'état de santé, l'environnement social, les croyances psychologiques et spirituelles ainsi que le niveau socio-économique. La psychologie positive suppose de s'intéresser aux facteurs qui améliorent la santé ou la qualité de vie des individus, plutôt qu'à ceux qui la détériorent. « *La santé positive annonce une longévité accrue [...] et un pronostic plus favorable en cas de maladie* » [73]. La définition de la qualité de vie au travail, proposée par Lawler [42] reprise par Sirgy [79], renvoie à la *satisfaction des besoins* de l'individu résultant de la *participation à l'organisation de travail*. Plusieurs dimensions du travail sont alors explorées, on les retrouve dans les échelles de mesure.

Les outils de mesure de la qualité de vie au travail

Les échelles de qualité de vie au travail mesurent la satisfaction de l'individu, mais diffèrent sur les dimensions prises en compte au niveau des conditions de travail ou des besoins individuels [84]. Deux échelles illustrent ces dimensions. La *Work-Related Quality of Life Scale (WRQoL)*, de Van Laar et collaborateurs, structurée en vingt-trois items et six dimensions, porte sur la *satisfaction concernant l'organisation de travail* : la carrière, le stress, les conditions de travail, le contrôle des tâches, l'équilibre vie professionnelle, vie personnelle, le bien-être général. L'échelle de Sirgy et collaborateurs, structurée en seize items et sept dimensions, porte sur la *satisfaction des besoins individuels* : santé et sécurité, économiques et familiaux, sociaux, reconnaissance d'autrui, réalisation de soi, connaissances et créativité.

Les recherches sur les déterminants de la qualité de vie au travail

Les recherches empiriques sur la qualité de vie au travail sont encore peu nombreuses. Elles montrent :

6. une corrélation forte et positive entre la qualité de vie au travail et les concepts de bien-être et de satisfaction au travail ;
7. l'impact de la qualité de vie au travail sur les indicateurs du tableau de bord des risques psychosociaux. Ainsi, un bon niveau de qualité de vie au travail augmente la sécurité au travail, la performance et réduit l'absentéisme, la fréquence des retards et le *turnover* ;
8. les individus ayant un haut niveau de qualité de vie au travail s'identifient davantage à l'organisation de travail et ont un meilleur niveau d'engagement organisationnel [7, 19] ;
9. enfin, nous avons pu montrer [71] que l'écart perçu par l'individu entre la qualité de vie au travail, idéale et effective, est fortement corrélé à la satisfaction au travail.

Conclusion

Dans l'analyse des conditions de travail, faire référence au stress et aux risques psychosociaux traduit une démarche de prévention. Par contre, parler de qualité de vie au travail suppose de s'inscrire dans une visée de promotion de la santé au travail.

Ce renversement de paradigme peut paraître difficile et incertain, mais il est indispensable quand on cherche à créer un environnement physique et psychologique favorable, en privilégiant la cohérence et la continuité, qui passe par une co-construction collective et qui engage l'ensemble des acteurs de l'entreprise pour atteindre le bien-être et la satisfaction des individus, pour que le travail ne soit pas une souffrance mais créateur de valeurs individuelles et sociales ainsi qu'un vecteur de développement de l'individu. ➤



Le rôle des enseignants pour la promotion de la santé à l'école

Brigitte Moltrecht
Médecin conseillère technique auprès de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
Marie-Pierre Coffineau
Enseignante

Le concept de promotion de la santé est affirmé à Ottawa en 1986¹, la santé devient alors une ressource à développer tout au long de la vie, en tenant compte des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques.

La promotion de la santé à l'école et ses acteurs

Le Code de l'Éducation dans son article L. 541-1 établit l'importance de la promotion de la santé à l'école et pointe le rôle premier des médecins et infirmiers de l'Éducation nationale. Le parcours éducatif de santé pour tous les élèves, défini dans la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016, élargit la mobilisation à l'ensemble de la communauté éducative : directeurs d'école, chefs d'établissement et adjoints, enseignants, personnels

1. <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

sociaux et de santé, psychologues de l'Éducation nationale, conseillers principaux d'éducation, parents, élèves et associations partenaires.

Le parcours éducatif de santé (PES) est structuré autour de trois axes :

- l'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;
- la prévention des difficultés, troubles, pathologies ;
- la protection par un environnement favorable à la santé et au bien-être (figure 1).

Comment décliner les différents axes de cette promotion de la santé à l'école ?

L'implication des familles, des élèves et des personnels est essentielle à l'école. La co-éducation permet à l'enfant de ne pas être en conflit de loyauté vis-à-vis des différents adultes significatifs pour lui. Elle est

figure 1

Distinction entre prévention, éducation pour la santé, protection et promotion de la santé



Source : déclinaison de la Charte d'Ottawa par Brigitte Moltrecht.

favorisée par les espaces parents, les représentations de délégués dans les instances de pilotage comme le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)², les outils du type « mallette des parents », les échanges organisés ou fortuits avec l'équipe éducative, et bien sûr une réelle confiance réciproque.

Souvent l'école cherche d'abord à développer les aptitudes individuelles des élèves. Il s'agit alors de prendre en compte l'individu-élève et ses caractéristiques propres, ses difficultés comme ses capacités, ses stratégies et ses modalités d'apprentissage, ses expériences singulières, et de développer ses compétences notamment psycho-sociales. Pour cela, il faut d'abord lui permettre de se sentir en sécurité physique et psychique, en lui offrant un cadre stable et un climat serein, en permettant un équilibre entre l'individuel et le collectif, en lui montrant un modèle auquel il aura envie de s'identifier.

Le climat scolaire, selon Michel Janosz³, se décline en cinq composantes et concerne toute la communauté scolaire :

- le climat de sécurité, qui est un préalable nécessaire mais pas suffisant ;

2. <http://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-sa-composition-ses-missions.html>

3. http://gres-umontreal.ca/download/Rapport_validation_QES-secondaire.pdf

- le climat relationnel ou social, entre adultes, entre adultes et jeunes, entre jeunes ;

- le climat éducatif ou la valeur accordée à l'éducation, et l'engagement de l'école dans la réussite de ses élèves ;

- le climat de justice avec l'existence de règles justes, légitimes, équitables et appliquées de façon cohérente par les professionnels ;

- le climat d'appartenance ou l'importance accordée à l'institution comme lieu de vie, l'adhésion à ses normes et à ses valeurs, qui est la résultante des autres.

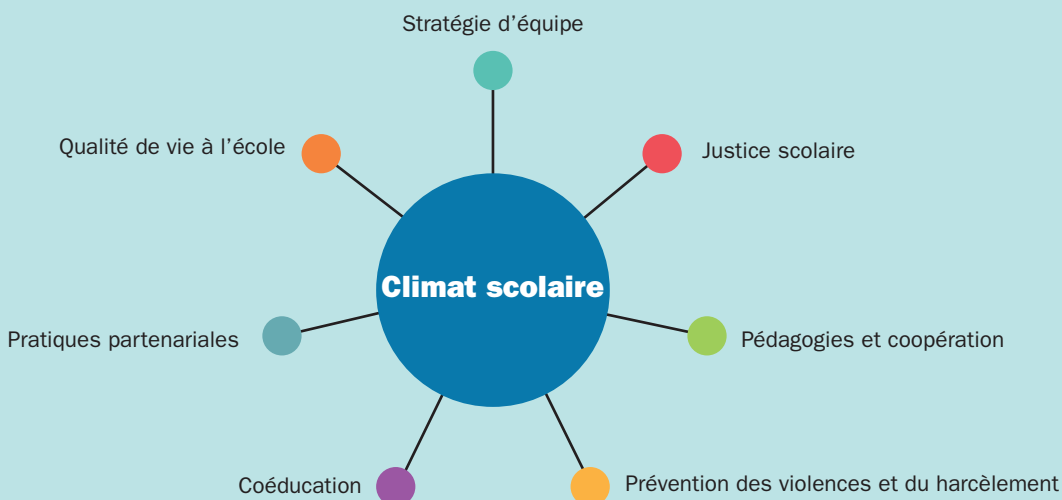
Pour le ministère de l'Éducation nationale⁴, le climat scolaire concerne toute la communauté éducative : élèves, personnels, parents. C'est une responsabilité collective, c'est la construction du bien-vivre et du bien-être pour les élèves et le personnel de l'école. Le défi est pour ce faire d'implanter des pratiques dans le quotidien. Les leviers d'action décrits figure 2 sont tous à prendre en considération car interdépendants.

L'enfant est considéré dans son contexte scolaire, en prenant en compte l'interaction entre ses particularités et son environnement. Il est donc important d'articuler les actions à visée individuelle et celles à visée collective, de penser l'environnement pour mieux répondre aux besoins individuels (figure 3).

4. <http://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/comprendre.html>

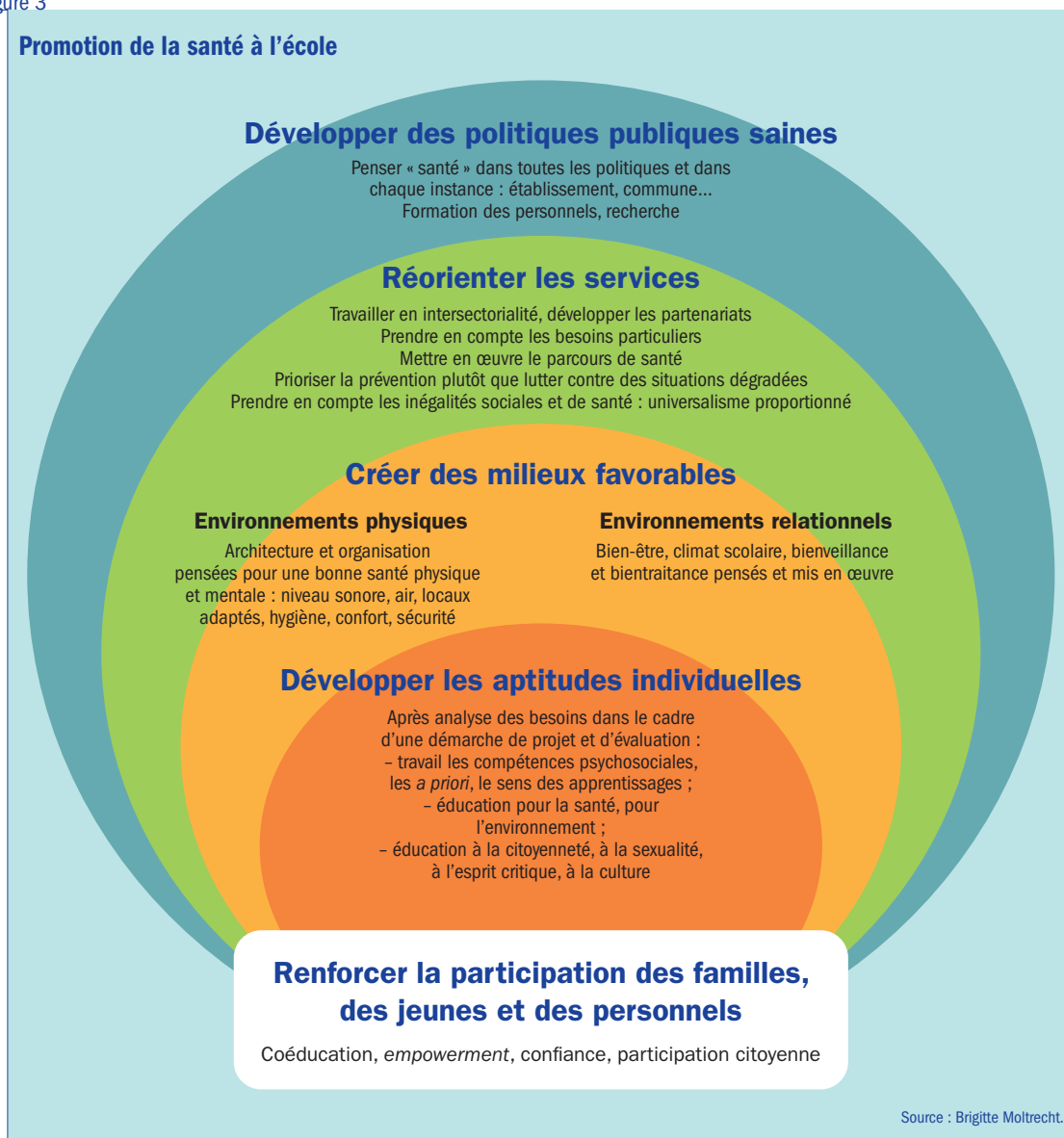
figure 2

Agir sur le climat scolaire, c'est agir sur l'ensemble de l'organisation de l'école, en portant des actions sur sept facteurs



Source : d'après <http://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/comprendre.html>

figure 3



La promotion de la santé propose une vision positive de la santé, de sa construction tout au long de la vie, de la considérer comme une ressource à développer. Elle est plus attractive pour des enfants et des adolescents qu'une approche par la seule prévention de risques potentiels. Il est par exemple préférable pour les élèves d'aborder la santé par l'activité physique et une alimentation équilibrée plutôt que par la prévention de l'obésité, ou encore l'éducation à la sexualité plutôt que l'entrée par la prévention des risques qui peuvent y être liés, comme les infections sexuellement transmissibles, même s'ils seront bien sûr évoqués. Les enseignants sont familiers avec cette approche positive du fait de leur métier centré sur la construction des apprentissages.

Les interventions de promotion de la santé, dont la prévention, les plus efficaces en contexte scolaire sont planifiées, globales et concertées (figure 2).

Les pratiques des enseignants en lien avec le parcours éducatif de santé

Les enseignants sont des acteurs incontournables de la promotion de la santé à l'école, notamment du fait de leur contact quotidien avec leurs élèves. Ils peuvent agir de plusieurs manières et sur plusieurs déterminants. Leurs leviers principaux consistent à :

- effectuer des liens entre les éléments des programmes, les compétences du socle et la santé au sens large, dès la préparation des séquences : une séquence sur l'alimentation et la digestion permettra à

chaque élève d'analyser la composition de son dernier plateau au self; les enseignements d'éducation physique et sportive en primaire feront l'articulation avec une réflexion sur l'activité physique en général dans et hors de l'école;

- mettre en place des actions spécifiques liées au projet d'école ou d'établissement avec la participation des élèves au sein des conseils de délégués, notamment sur le climat scolaire ou en évitant des injonctions paradoxales de type « *il faut se laver les dents après les repas* » mais sans possibilité de le faire à l'école;
- porter une attention particulière à l'élève, par exemple ne pas donner l'injonction « *fais du sport, c'est bien* », mais plutôt accompagner, valoriser et soutenir l'effort en demandant régulièrement à un élève des nouvelles de son dernier match, de l'entraînement, ou en l'incitant à y retourner s'il semble vouloir laisser tomber son activité;
- se savoir une référence en tant qu'enseignant, par ses propres attitudes et sa posture, être conscient que, même sans intention, elles agissent sur la santé des élèves. Pour que l'enfant et l'adolescent puissent développer et s'approprier les aptitudes ou les comportements attendus, il est important qu'ils voient les adultes les mettre en œuvre. En effet, les jeunes ne se construisent pas seulement avec des connaissances ou des conseils, mais regardent beaucoup ce que les adultes sont et font;
- être le garant d'une sécurité physique et psychique pour les élèves et alerter en cas de besoin, être vigilant, protéger l'enfant de maltraitances éventuelles;
- effectuer les demandes nécessaires aux différents partenaires de la communauté éducative : au psychologue, au médecin de l'Éducation nationale ou autres, si un élève est en retrait, ne fait plus ses devoirs ou dort en classe, s'il ne mange pas le midi; ou encore à la mairie si les sanitaires ne sont pas suffisamment entretenus ou que des réparations sont nécessaires, afin que des relais de soins ou que les conditions d'une bonne santé puissent se mettre en place.

Exemple d'une école parisienne de quinze classes en réseau d'éducation prioritaire

Lorsque l'Inspection de l'Éducation nationale nous a demandé de construire les trois parcours (citoyen, de santé, et d'éducation artistique et culturelle) pour préparer le projet d'école, les premières réflexions des cinq enseignants ayant choisi le parcours éducatif de santé (PES) ont porté sur les vaccinations, sur le rôle de prévention du médecin scolaire (visites, projets d'accueil individualisés...), et sur les élèves en situation de handicap déjà pris en compte et dont le versant médical ne nous appartient pas vraiment.

En deuxième lieu, reprenant certaines activités menées les années précédentes dans les classes, sont arrivées les notions de « *bien manger et de bien dormir* », mais avec le sentiment qu'elles n'avaient apparemment pas eu de réel impact sur la vie extra-scolaire des enfants, comme en témoignent quelques remarques du type

« *nous ne sommes pas maîtres de ce qui se passe à la maison* ».

Ensuite, l'hygiène au sein de l'école fut questionnée, pour constater que le minimum requis, papier toilette et savon, n'était toujours pas disponible de façon satisfaisante pour les élèves malgré des demandes régulières à la mairie et lors du conseil d'école.

Au terme de cette première liste d'éléments nous paraissant peu mobilisateurs, certains enseignants de l'équipe ont mis en avant les éléments des programmes plus spécifiquement liés à la santé, comme l'étude du corps humain et la reproduction. Puis, en termes de prévention, est arrivée l'idée du harcèlement et de ses multiples canaux, même si pour certains ce rôle de prévention doit être tenu par les parents, premiers éducateurs, relançant ce débat sur ce qui nous revient à nous, professionnels, et ce qui incombe aux parents.

Cette première discussion a permis de poser la première pierre d'une culture de la santé telle qu'envisagée au début de cet article. Habituellement, à ne voir que l'élève face à nous, cela protège de l'enfant qui nous interpelle. Nous ne sommes pas leurs parents, mais nous sommes parmi leurs autres adultes référents. Nous sommes des regards, multiples, posés sur eux, à même d'observer, mais qui parfois manquent de vigilance pour déceler ce que l'enfant ne réussit pas à dire. Pour autant « *établir un climat favorisant les apprentissages* » constitue une compétence de l'enseignant.

L'étape suivante a été de poser un premier diagnostic au sein de notre école. Je prendrai l'exemple des conflits « remontant » de la cour de récréation. Lors de ce travail sur le parcours éducatif de santé, il a été décidé de mettre ce sujet à l'ordre du jour d'un conseil de délégués. Une mise en place concertée et rapide a permis qu'en trois semaines, trois réunions du conseil et plusieurs allers-retours des délégués avec les classes aboutissent à une transformation de la cour de récréation, une réorganisation de l'espace et l'établissement d'un cadre précis de son usage. Les élèves ont réalisé que l'occupation de plus de la moitié de la cour pour l'activité foot, dont bénéficiaient 18 % des élèves (principalement des garçons de CM1 et CM2), n'était pas équitable. Pour leur part, les adultes estimaient qu'elle n'était pas vraiment régulée tout en disant « *il faut bien qu'ils se défoulent!* ». Les délégués ont donc demandé à l'ensemble des élèves d'exprimer leurs besoins. La cour dispose maintenant de quatre espaces : un quart pour un terrain de foot sur lequel les élèves ont tous le droit de jouer à tour de rôle sur inscription hebdomadaire, dont quelques filles maintenant, et avec des « butts de foot » demandés depuis longtemps par les élèves; un quart pour un terrain d'autres jeux de balles type « tomate » ou balle américaine; un tiers de la cour pour des jeux de type corde à sauter ou élastique maintenant mixtes; et le sixième restant pour un espace calme de lecture ou jeux de cartes sous la verrière.

Six semaines après la mise en place de cette action, garçons et filles jouent ensemble, avec également moins



de domination liée à l'âge ; jamais la récréation n'a été aussi calme, pas un seul conflit n'a été constaté par les enseignants, pour le mieux-être de tous. Le respect des règles instituées constitue aujourd'hui un indicateur de réussite de la transformation de la cour. Un sentiment de justice, de reconnaissance de chacun et la régulation par les adultes permettent plus de confiance des élèves, notamment des délégués, envers les adultes.

Lors d'un second temps de travail sur le parcours éducatif de santé, il nous faudra mener une réflexion élargie à tous les adultes de l'école si l'on veut faire croître les premières graines de cette culture de la santé à l'école. Cela nécessitera un « déplacement » de la part des enseignants, une ouverture qui ne peut s'effectuer en un jour.

Le cheminement et la formation

Il est assez étonnant de constater que le cheminement de ces enseignants qui n'avaient pas bénéficié de formation spécifique à ce sujet, lorsqu'ils réfléchissent à la santé à l'école, correspond à celui, historique, des

concepts de santé. Ils sont partis d'une approche biomédicale centrée sur la maladie et ses aménagements possibles, pour aller vers les dépistages, puis l'hygiène, les habitudes de vie et finalement aboutir à l'importance de l'environnement, du cadre et de l'organisation.

La formation constitue un outil majeur pour ce « déplacement » dans la vision du métier d'enseignant, pour qu'ils s'autorisent à penser la santé de leurs élèves. Cette approche, loin de prendre la place des parents dans l'éducation et la construction de la santé des enfants, la valorise et montre qu'elle en est aussi complémentaire qu'indispensable. La formation initiale en écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) ainsi que la formation continue, notamment grâce à des outils, comme le parcours M@gistère⁵, permettent d'espérer une appropriation et une mise en œuvre généralisées de la promotion de la santé à l'école par tous ses acteurs. ➤

5. <http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html#lien5>

Promouvoir la santé à la Justice ? Un défi, une alliance, une chance

**Françoise
Marchand-Buttin**
Médecin
de santé publique,
sous-direction
des missions,
Direction de la
protection judiciaire
de la jeunesse (DPJJ)

Améliorer la santé des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), plus vulnérables que leurs pairs, apparaît d'abord comme une question de santé publique. Si la prise en charge judiciaire comporte un risque de ruptures supplémentaires sur des parcours souvent chaotiques, elle constitue aussi une formidable opportunité d'accès à des jeunes marqués déjà par les inégalités sociales de santé. Souvent en difficultés scolaires quand ils n'ont pas décroché, baignés dans un environnement en général peu favorable au bien-être, l'accompagnement éducatif est aussi une chance pour leur santé.

L'expérience de la « PJJ promotrice de santé » : un défi

Cependant, investir la santé comme un enjeu par une institution non sanitaire se présente d'abord comme un défi, d'autant plus si cette institution n'est pas seulement éducative et sociale mais avant tout judiciaire.

La DPJJ, direction chargée de la Justice des mineurs, prend en charge des jeunes ayant commis au moins un acte de délinquance. Le juge pour enfants peut ordonner mesures ou sanctions éducatives et sanctions pénales. Mais qu'ils fassent l'objet d'un simple rappel à la loi, d'une mesure de réparation, de stages de sensibilisation, de placement ou exceptionnellement d'incarcération, les

jeunes sont toujours suivis par une équipe éducative de la PJJ. Ainsi s'incarne l'un des principes fondateurs de l'ordonnance de 1945¹ relative à l'enfance délinquante, qui fonde ses missions : la primauté de l'éducation sur la répression.

C'est précisément dans cette ouverture, placée dès l'origine au cœur de la Justice des mineurs, que viennent se nicher la possibilité et la pertinence de promouvoir la santé.

La vision commune d'une santé centrée sur la maladie et les soins, à laquelle la PJJ n'échappe pas, est le premier obstacle. Si la santé n'appartient qu'aux soignants, elle est « hors mission ». Comment s'y sentir légitime en tant qu'éducateur ou directeur de service ? Comment en tisser le lien avec la prise en charge ?

Bien sûr, elle s'impose parfois lorsque l'état de santé du jeune accueilli fait écran à toute action éducative. La demande vis-à-vis du secteur du soin, notamment psychiatrique, se fait alors dans l'urgence parce que la rapidité de la réponse des soignants paraît conditionner la prise en charge par la PJJ.

La promotion de la santé nous permet de répondre à ce défi. Elle offre une voie pour sortir de ces impasses qui laissent les professionnels démunis et rendent difficiles

1. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945.

les partenariats et les prises en charge conjointes. Elle révèle aussi l'intérêt de la prise en compte de la santé et du mieux-être pour la réussite éducative, l'insertion et la prévention de la récidive, qui constituent ensemble, sans équivoque possible, la mission première de la PJJ.

La santé y est conçue comme une ressource pour la vie et non uniquement la réponse à la maladie. Elle est un chemin bruyant d'échanges, de rencontres soignantes et soutenantes, d'étapes constructives tolérant les retours en arrière, qui permet d'exercer ses choix et d'avancer accompagné, vers le meilleur état de soi-même. On est loin du synthétique « *silence des organes* » et proche de la définition proposée par Christophe Dejourné : « *La santé pour chaque femme et chaque homme, c'est avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychologique et social* ».

Appuyée sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, l'OMS, depuis la Charte d'Ottawa, nous propose de penser l'amélioration de la santé comme un enjeu non seulement individuel mais collectif, selon cinq axes stratégiques. La PJJ se les approprie depuis 2013 : politique positive, environnements favorables, participation du public, développement des aptitudes individuelles, optimisation du recours aux soins et à la prévention [5].

Une alliance

Cette alliance entre l'« éducatif judiciaire » et la santé passe par une mobilisation institutionnelle large, reposant sur quatre dimensions.

Plaidoyer/valeurs

La démarche de plaidoyer en promotion de la santé vise à construire dès cette étape le socle d'une fondation commune à l'image du projet à déployer. Comme le disait Jacques Fortin : « *Promouvoir la santé d'une population n'est pas appliquer un programme rationnel, "clés en main" [...]. c'est communiquer pour concevoir ensemble [...].* » Ainsi, le plaidoyer tient compte de l'institution elle-même, de ses références, valeurs, langage, attentes.

À la DPJJ, le plaidoyer s'est appuyé sur les points de convergence. Les valeurs qui fondent ses missions et celles énoncées par la charte d'Ottawa sont proches : justice, bien commun, respect de la personne, éducativité, engagement, responsabilité sociale... Elles ont été adoptées indépendamment mais dans le même contexte d'évolutions sociales (ordonnance de 1945 et définition de la santé bien-être de l'OMS en 1946, Charte d'Ottawa en 1986, décret transformant l'éducation surveillée en PJJ en 1990 et marquant ainsi l'évolution des modes de prises en charge...). Ces valeurs ont produit des pratiques et des actions qui ont elles-mêmes des points communs, qui peuvent faire dire : « *À la DPJJ, on fait de la promotion de la santé sans le savoir* ». Et en effet, toute action éducative bien menée permet de s'inscrire facilement dans l'axe de développement des aptitudes individuelles ; les préoccupations sanitaires ou les conduites à risque des jeunes poussent les

équipes à travailler l'accès aux structures de soins ou de prévention ; de même, un projet de service de qualité prendra en compte l'environnement d'accueil du jeune ; enfin, les outils utilisés ont des points communs (médiations culturelles ou sportifs, approche systémique). Identifier les convergences évite une santé « hors mission » et balise les enrichissements possibles.

Le plaidoyer n'est jamais fini, en raison du *turn-over* des professionnels, mais aussi car son déploiement se poursuit à des niveaux plus fins grâce aux acteurs eux-mêmes, s'acculturant au fil du temps et se nourrissant des exemples qui marchent.

Portage/Participation

Le portage de la PJJ promotrice de santé a visé la constitution d'un environnement institutionnel favorable, et pas seulement la valorisation d'initiatives de terrain innovantes. Sans soutien politique marqué, nombre d'actions remarquables mais « personnes-dépendantes » s'étiolent par épuisement ou *turn-over*. La prise en compte doit devenir une responsabilité assumée par toute l'institution, de l'unité éducative jusqu'à l'administration centrale, y compris les services des moyens et des ressources humaines, avec l'appui notamment de conseillers techniques en promotion de la santé placés en directions interrégionales (DIR) et territoriales (DT).

L'instauration de journées de travail annuelles PJJ promotrice de santé a lancé en 2013 cette dynamique d'élaboration commune. Des représentants de tous les types de professionnels de la PJJ – santé, éducatifs, encadrants – ont pointé en ateliers ce qui relevait déjà de la promotion de la santé dans leur expérience. Des objectifs collectifs adaptés à la mission et l'organisation de la PJJ ont été définis et rassemblés dans un cadrage opérationnel sous les cinq axes de la promotion de la santé. Ce cadrage national a été diffusé par la direction à toutes les DIR, en leur laissant la latitude de le décliner en fonction des particularités de leurs territoires².

Ainsi, certaines DIR ont lancé un diagnostic santé interrégional, d'autres un accompagnement rapproché de quelques unités éducatives, un travail sur les représentations de la santé ou encore une approche thématique (addictions, santé mentale...).

À l'occasion d'une enquête auprès des directions territoriales³, l'apport du cadrage national pour revisiter ou relancer la prise en compte de la santé sur leur territoire a été relevé. Une enquête d'évaluation menée en 2015 montrait également l'effet mobilisateur du portage. L'enjeu est désormais la mutualisation des pratiques de terrain promotrices de santé qui fait depuis deux ans, l'objet des ateliers des journées annuelles PJJ promotrice de santé (PJJPS).

2. Document technique de cadrage opérationnel, et note d'accompagnement, DPJJ, 27 décembre 2013.

3. Euillet S. et al. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Accès aux soins et sens du soin, Défenseur des droits, 2016.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective

Partenariats/Ressources externes

La capacité de la PJJ à nouer des partenariats utiles à la prise en charge s'exerce depuis longtemps pour la scolarisation, l'insertion, la citoyenneté, la culture ou le sport, mais aussi pour la prise en charge des addictions ou pour les actions de prévention, et vient servir la promotion de la santé à tous les niveaux. Trois partenariats nationaux sont particulièrement structurants pour la PJJ promotrice de santé.

- Dès le lancement des orientations PJJ promotrice de santé, une convention a été signée en mars 2013, avec la Fédération nationale de prévention et promotion de la santé (Fnps), qui, soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a pu accompagner par son réseau d'instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) le déploiement de la démarche. Onze binômes, composés de représentants de la PJJ et d'une Ireps de chaque interrégion, se sont mis en place dans chaque DIR pour apporter théorie, méthodologie de projets d'intervention et d'évaluation en promotion de la santé. Cet accompagnement sur mesure a généré ou soutenu des formes d'engagement très différentes. Les trois regroupements nationaux annuels des binômes visent la mutualisation des expériences, des partages d'outils, une formation-action avec apports théoriques adaptés et un enrichissement direct du portage national fondé sur les expériences dans les territoires.

- La Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives (Mildeca) soutient l'intérêt d'un travail institutionnel de fond et d'une approche globale pour prévenir ou limiter les conduites addictives. Le Fonds de concours « drogues », notamment, a permis de financer des projets présentés par les DIR répondant non seulement aux critères de la Mildeca, mais aussi aux exigences d'une approche de promotion de la santé. Cette convergence a donné une cohérence nationale sur laquelle les territoires ont pu s'appuyer pour proposer des projets de plus en plus pertinents au fil des ans.

- Depuis 2016, la Direction générale de la santé s'est engagée très fortement pour soutenir la PJJ promotrice de santé. La convention cadre de partenariat en santé publique, signée le 25 avril 2017, cible particulièrement la nécessité d'un engagement mutuel ARS/PJJ au bénéfice des jeunes pris en charge par la PJJ. Fin 2017, sur les dix-sept ARS, neuf avaient déjà une convention signée avec la PJJ ou en cours d'élaboration.

Ce soutien a permis également de lancer une étude de faisabilité en 2018, par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, en vue de renouveler une enquête nationale sur la santé des jeunes pris en charge par la PJJ, la dernière datant de 2005 [15].

Communication/Formation

En interne, la communication, fortement liée au plaidoyer, s'est appuyée sur les cinq axes de la promotion de la santé comme un leitmotiv. Le nom donné au « projet » devenu « démarche » PJJ promotrice de santé a permis

de rendre lisible l'intention et d'en faire résonner le vocabulaire. Un logo et une plaquette de présentation permettent son repérage visuel. Les temps de portage sont aussi des temps forts de communication (journées PJJ promotrice de santé, comité de pilotage national...). La difficulté, néanmoins, est de maintenir le niveau de communication suffisant pour une appropriation large sans trop lasser. En effet, le temps de l'expérimentation et de la perception des effets à tous les niveaux est beaucoup plus lent que celui de la communication, et ce décalage peut décrédibiliser la démarche.

La communication externe – groupes de travail, colloques, articles... – fait partager l'engagement de la DPJJ. Cette reconnaissance des partenaires peut agir en feed-back positif pour conforter son engagement de l'extérieur.

La stratégie de formation prend le relais de la communication. La DPJJ dispose d'une école nationale, qui forme ses éducateurs et directeurs de service mais aussi l'ensemble des professionnels en formation continue. Elle dispose de pôles territoriaux de formation, qui, avec les DIR, construisent un programme adapté, intégrant de plus en plus les outils et thématiques de la promotion de la santé.

Une chance

En conclusion, même si la PJJ promotrice de santé, qui a six ans d'âge, doit encore se déployer⁴ pour qu'une diffusion des pratiques au plus près des jeunes soit généralisée et même s'il persiste des facteurs de fragilité (charges de travail, *turn-over* important, statut des professionnels de santé à la PJJ...), certains éléments, issus de travaux de recherche ou d'évaluation et de l'accompagnement rapproché, indiquent que la promotion de la santé dans une institution non sanitaire est une chance collective.

- Pour les jeunes, puisqu'elle vient soutenir l'approche éducative et la promotion du pouvoir d'agir, en rappelant que la santé-bien-être est une responsabilité collective. Ainsi, être accueilli dans une unité qui a pensé son projet pour améliorer le bien-être par l'environnement physique, la cohérence des adultes, l'accueil et l'écoute, les activités et la vie quotidienne qui renforcent les compétences psychosociales, la prévention et l'accès soins, est une chance.

- Pour les professionnels, car elle intègre leur santé-bien-être comme condition pour la prise en charge et le bien-être des jeunes. Ils doivent être formés, soutenus, accompagnés dans leurs pratiques. Les professionnels qui s'approprient la promotion de la santé y trouvent une cohérence pour la prise en charge, et leur engagement peut être valorisé par l'institution.

- Pour la direction, car porter une vigilance particulière à la santé et au bien-être est une manière décalée de repenser et d'enrichir l'action éducative, le management,

4. DPJJ. Note PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021, 1^{er} février 2017.

la transversalité des partenariats. La PJJ promotrice de santé a permis de valoriser la place de la DPJJ comme un acteur de la santé publique dans les régions, au sein des instances ARS, comme dans les instances de santé publique nationales.

- Pour la santé publique, puisqu'il paraît possible d'intégrer la promotion de la santé à la culture et aux pratiques d'une institution non sanitaire et ainsi d'agir au plus près des jeunes qui cumulent des facteurs de vulnérabilités familiales, sociales, scolaires et de santé. En repérant leurs problèmes de santé, en les

prévenant parfois, en contribuant à des prises en charge conjointes, il est possible d'utiliser à meilleur escient les ressources du système de soins et d'agir pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Les professionnels de santé, souvent infirmiers ou professionnels de santé publique, sont un maillon essentiel de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Leurs possibilités de formation et la fluidité de leur parcours professionnel d'une institution à l'autre (hôpital, Éducation nationale, secteur social ou judiciaire...) devraient être néanmoins repensées. ➤

La santé des personnes sans-abri de longue durée : le programme « Un chez-soi d'abord »

La recherche interventionnelle peut-elle répondre à la fois à des enjeux d'efficacité et d'un meilleur respect des droits humains ? Le programme « Un chez-soi d'abord » est un cas exemplaire dans le champ du handicap psychosocial.

Une réponse sociale inefficace et violente vis-à-vis des personnes en situation de handicap psychosocial

En France, comme dans de nombreux pays, la charge globale attribuée à la santé mentale est très élevée et augmente chaque année. Une personne en situation de handicap psychosocial a 25 ans d'espérance de vie en moins que la population générale, et cet écart n'a pas diminué au cours des vingt dernières années malgré un investissement humain et financier important. Nous avons le deuxième plus haut budget européen par habitant consacré à la santé mentale, avec 22 milliards d'euros annuels et près de 10 milliards uniquement en hospitalisation. Malgré cela, en 2015, près de 45 000 personnes en situation de handicap psychosocial vivaient dans la rue et 25 000 en prison, et les indicateurs nationaux de santé mentale ne montrent pas d'amélioration significative. De plus, les mesures légales d'enfermements et de coercition psychiatrique augmentent considérablement, touchant 90 000 personnes en 2015, soit une augmentation de 15 % depuis la réforme juridique de 2011, et les droits de l'homme sont encore violés de façon répétée.

De l'hécatombe des fous dans les asiles français entre 1939 et 1945, qualifiée d'extermination douce, en passant par les programmes de stérilisation des pays scandinaves jusque dans les années 1990, pour finir par les maltraitements et abus coercitifs reconnus dans plusieurs hôpitaux psychiatriques français, force est de constater que les démocraties modernes ont du mal à accueillir la diversité de leur population. Cette différence chez certains d'entre nous, à la fois gé-

ographique, environnementale, contextuelle et sociale, est source de comportements atypiques et excentriques, parfois désordonnés. La réponse sociale à ces différences oscille entre d'une part, une politique d'aide et de soutien des États providences, et, d'autre part, la contrainte, l'enfermement et autre politique de contrôle des États totalitaires. Notre histoire récente semble rattacher les racines de cette réponse sociale, pour le moins discordante avec le projet démocratique, à deux fausses évidences : le concept de dangerosité et le concept de nécessité médicale de « réparer un trouble ».

Pourtant, nous assistons aujourd'hui à une véritable prise de conscience, d'une partie de la société française, de la maltraitance et des abus de pouvoir du système psychiatrique. La rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées vient de publier un prérapport, fin 2017, suite à sa visite en France¹, assez critique. La ministre des Solidarités et de la Santé s'est prononcée sur la psychiatrie en début d'année 2018 et souhaite que les soins sous contrainte diminuent et que les bonnes pratiques se généralisent, *via* entre autres des projets de recherche plus nombreux en santé mentale. Mais ces projets de recherche peuvent-ils répondre à ce double enjeu d'améliorer l'efficacité et les droits humains ? C'est ce que nous allons essayer de montrer au travers de l'histoire du programme « Housing First » et de son implantation en France.

L'implantation excentrique d'une nouvelle politique publique : le cas du « Housing First » en France

C'est à New York, en 1991, qu'un modèle d'intervention a été créé pour tenter de répondre aux problèmes de

1. Observations préliminaires de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar, au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017.

<http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>

Pascale Estecahandy
Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (Dihal)
Thomas Bosetti
Médecins du monde
Vincent Girard
ARS PACA, laboratoire de santé publique EA3279 Aix-Marseille université



personnes sans-abri vivant avec un trouble psychiatrique sévère. Ce que demandent ces personnes en priorité, c'est d'avoir un logement comme tout le monde. Et c'est ce que ce programme offre. Mais le plus important est que c'est la personne qui choisit où et comment elle veut vivre chez elle. Il n'y a aucune obligation d'accepter des soins en échange et/ou d'arrêter la consommation de drogues illicites et/ou d'alcool. La personne est soutenue par une équipe coordonnée par un travailleur social et intègre des travailleurs pairs². Le psychiatre n'est plus le chef. Cette intervention se focalise non sur la réduction des symptômes psychiatriques mais sur les besoins de la personne au quotidien. Le logement fonctionne d'abord parce que l'intervention est centrée sur tous les aspects de sa vie et respecte sa stratégie, car elle sait plus que quiconque ce dont elle a besoin et quelles sont ses priorités.

Ce nouveau modèle sera évalué de façon répétée par des recherches rigoureuses produisant des données prouvant son efficacité et son efficacité. Le modèle «Housing First» se disséminera à travers tout le territoire américain en quelques années, avec en fer de lance l'utilisation des essais randomisés, qui en fera un modèle d'*evidence-based policy* aux États-Unis puis au Canada, qui a développé en 2009, un essai randomisé multi-site de grande ampleur³. En Europe, c'est curieusement en France, pays peu habitué à l'*evidence-based policy*, qu'une expérimentation multisite randomisée de taille relativement importante, s'inspirant de l'étude canadienne, débute en 2011. En effet, la mise en œuvre de nouvelles pratiques localement situées pose la question de leur diffusion dans d'autres contextes; ce qui marche «ici» ne marche pas forcément «là-bas».

Si l'on cherche des explications à cette implantation en France du côté du contexte social et politique, on repère l'émergence d'un mouvement social national en 2006, où l'organisation Médecins du Monde met des tentes à disposition de personnes sans-abri. L'année suivante de nouvelles tentes sont installées par le collectif Les Enfants de Don Quichotte, visant à donner

2. Personnes anciennement sans-abri et/ou souffrant de pathologies mentales.

3. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/chez-soi>

une visibilité au sans-abrisme dans l'espace public et médiatique. Ce mouvement social, sans précédent, pousse le gouvernement à faire voter en mars 2007 une loi⁴ faisant du logement un droit universel et opposable pour tous les citoyens français.

La même année, à Marseille, ville de France parmi les plus pauvres, le collectif Logement-Santé opte pour la désobéissance civile et ouvre un squat pour des personnes sans-abri de longue durée et vivant avec des troubles psychiatriques sévères, offrant une alternative aux foyers pour personnes sans domicile, comme à l'hôpital psychiatrique. Devenant un lieu de vie et de soins, le squat est dit «thérapeutique»; il est légalisé par la municipalité après dix-huit mois d'occupation, juste après des élections locales. En octobre 2008, lors d'un congrès national, l'équipe communique sur les effets positifs de l'accès au logement sur la réduction des inégalités de santé. Un conseiller de la ministre de la Santé y découvre cette expérience et la convainc d'aller visiter le squat. De cette visite débouche la commande d'un rapport national sur la santé des personnes sans chez-soi, qui sera remis en janvier 2010. Ce rapport souligne que la plupart des dispositifs proposés pour sortir de la rue ont une philosophie de type «traitement d'abord» et exigent l'abstinence de consommation de produits, excluant de fait les personnes les plus malades. Suivant une recommandation forte du rapport, la ministre chargée de la santé et le secrétaire d'État au logement décident de lancer une expérimentation de type «Housing First» ciblant précisément les personnes sans chez-soi de longue durée, ayant des troubles psychiatriques sévères. Son financement sera assuré par la Sécurité sociale pour le volet accompagnement, l'État pour le volet logement et la Direction générale de la santé avec des cofinancements pour le volet recherche. Cette expérimentation, coordonnée par la Dihal, débute en août 2011. Cet essai randomisé et multisite (Marseille, Lille, Paris, Toulouse) avait pour objectif de convaincre les décideurs politiques que loger des personnes sans-abri de longue durée avec des troubles psychiatriques sévères était non seulement

4. <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/le-droit-au-logement-opposable-dalo>

L'expérimentation «Un chez soi d'abord» : quelques chiffres

- 700 personnes incluses dans quatre villes
- 70 % ont un diagnostic de schizophrénie et 30 % de bipolarité
- Temps moyen de vie passé sans chez soi avant inclusion : 8,3 ans
- 86 % des personnes ont déjà eu une activité professionnelle rémunérée
- Temps moyen pour accéder au logement : 28 jours
- Modèle d'accompagnement : ACT (Assertive Community Treatment) orienté autour du rétablissement
- Coût annuel individuel du programme (logement et accompagnement) : 14 000 euros
- Coût évité par personne par an : environ 30 % à deux ans

faisable, mais économiquement rentable par rapport aux offres habituelles. Cette recherche interventionnelle⁵ devait aussi décrire comment l'intervention marche et qu'est-ce qui marche. Un volet qualitatif sociopolitique a donc été ajouté à l'essai randomisé.

Un essaimage rapide et un changement de paradigme dans le champ de la lutte contre le sans-abrisme

Les premiers résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord », après deux ans de suivi des 700 participants, montrent une diminution significative des symptômes ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et du rétablissement dans le groupe expérimental, comparé au groupe témoin. Sur la même période, la totalité des coûts du programme (logement et accompagnement) a été compensée par les coûts évités de recours aux séjours hospitaliers, aux structures d'hébergement pour personnes sans-abri et aux services judiciaires (comparution et incarcération). Plus précisément, 70 % de ces coûts évités sont liés à une diminution des hospitalisations dans le groupe expérimental et 30 % à une diminution du recours aux structures d'hébergement.

Ces résultats positifs⁶ amènent à la pérennisation du programme via le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », qui l'inscrit dans la catégorie des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 9^e § du Code de l'action sociale et des familles. Ce décret est novateur sur plusieurs points : premièrement en affirmant l'inconditionnalité de l'accès au logement, il pose le logement comme base à l'amélioration de l'état de santé ; deuxièmement en ne posant pas de limites de temps à l'accompagnement et en demandant une gestion par un groupement social et médico-social (GCSMS) pluridisciplinaire, il vise la notion de parcours de santé et le décloisonnement médico-social ; troisièmement en validant l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles, il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale. Il marque aussi la création d'une nouvelle politique publique pour des publics jusque-là invisibles et pour lesquels l'expérimentation a permis d'intégrer les inégalités sociales devant l'expérience de la maladie. Le déploiement du dispositif est prévu sur quatre ans, avec un objectif de création de vingt sites d'ici à 2023, soit 2 000 places.

Mais plus largement, la dissémination des enseignements du modèle est en cours, en particulier dans le cadre de la politique du logement et de l'hébergement des publics sans domicile, où le programme a apporté des arguments pour le lancement par le président de la République du plan quinquennal « Pour le logement d'abord »⁷ en septembre 2017. C'est un véritable chan-

gement structurel de la politique de l'accompagnement des personnes sans domicile : l'hébergement n'est plus un passage obligé pour tester une « capacité à habiter », mais toute personne se voit proposer un logement sans autres critères que ceux du droit commun. Logement et accompagnement ne sont pas conditionnés l'un à l'autre et l'accompagnement est flexible, modulable et pluridisciplinaire si besoin. Ce plan, qui prévoit aussi la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la diminution des expulsions locatives, vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile.

L'effet collatéral positif dans le champ de la santé mentale : un changement de paradigme appelé « rétablissement »⁸

De plus, la puissance publique a souhaité inscrire les soins orientés vers le rétablissement dans le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Le point 2 de l'article R. 3224-6-1 précise que les projets territoriaux doivent contribuer au « développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire ».

Parallèlement au « Un chez soi d'abord » plusieurs initiatives se sont développées dans le sens de cette recommandation. À Marseille, le dispositif Working First 13⁹ propose, en partenariat avec plusieurs entreprises, un accompagnement vers et dans l'emploi en milieu ordinaire ; le CoFor¹⁰ propose, en partenariat avec un centre de formation d'éducateurs, des formations au rétablissement ; le lieu de répit porté par l'association JUST¹¹ propose un lieu d'accueil de crise par un collectif de pairs et de personnes concernées par les pratiques orientées vers le rétablissement ; l'association Padup¹² propose une aide à la défense des droits et se mobilise avec d'autres contre l'enfermement abusif ; le programme AilSi (Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif) est en cours de montage, en partenariat avec les services judiciaires, pour lutter contre la désocialisation des patients les plus pauvres suite au passage en détention. Ces nombreuses initiatives, souvent en lien avec de bonnes pratiques basées sur les faits, se développent et répondent aux nouveaux enjeux démocratiques et respectueux des droits pour toutes et tous. Se pose aujourd'hui la question de leur diffusion sur le territoire. ➤

8. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n65-66-apprendre-le-retablissement-2077.html>

9. <http://www.workingfirst13.fr/>

10. <http://www.coforetablissement.fr/>

11. <https://commedesfous.com/lieu-de-repit/>

12. <http://padupp13ldr.over-blog.com/>

5. Laboratoire de santé publique EA3279, Aix-Marseille université.

6. <https://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal>

7. <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>