

Hygiène publique, habitat insalubre et promotion de la santé

Du casier sanitaire du XIX^e siècle, destiné à identifier les « maisons insalubres » de Paris, à la loi de 1902, le lien entre habitat, hygiène publique et santé des populations fonda la santé publique en France, et le rôle des acteurs locaux. En quoi, aujourd'hui, rencontrons-nous à nouveau des éléments de cette longue histoire ?

Déploiement, effacement, renouveau d'une approche de la santé par les conditions de vie

Identification de l'insalubrité des quartiers par les cas de tuberculose, création des bureaux municipaux d'hygiène, cités-jardins... : les enjeux d'habitat et d'aménagement s'entremêlent avec ceux de santé publique en France, jusqu'à la lutte contre les bidonvilles des années 70, dans des logiques que sociologues ou historiens ont analysées. S'ensuivra pourtant un relatif effacement de l'agenda politique des questions d'hygiène publique et d'habitat insalubre. L'émergence du saturnisme infantile et la parution du rapport Bouché [11] sur l'habitat dégradé viendront, plus ou moins brutalement, à partir des années 90, remettre ces sujets au cœur des enjeux les plus concrets en santé publique. S'agissant des concepts, la diffusion de la charte d'Ottawa, de la notion de déterminants de santé – au rang desquels logement et habitat –, des travaux suivant la commission Marmot de l'OMS contribuent alors à réinscrire le logement (in) salubre et les conditions d'habitat dans la chaîne de construction des inégalités sociales de santé, replaçant le constat des acteurs de terrain dans un cadre théorique plus général.

Au-delà des frontières nationales, on voit depuis quelques années s'affirmer ou conforter (en Grande-Bretagne [68], Belgique, Canada, aux EU [41]...) des approches intégrées de l'habitat insalubre et de ses impacts sanitaires, alliant compréhension fine des mécanismes sanitaires, sociaux, techniques, urbains, et économiques.

L'habitat insalubre, entre santé urbaine, inégalités sociales et territoires

Objet réglementaire, au mieux politique, la lutte contre l'habitat insalubre et ses conséquences sanitaires pose, bien au-delà, des questions de fond en santé publique. D'une part, on y retrouve intriqués des enjeux environnementaux – bâti, propreté des parties communes, intoxications CO ou plomb – et des enjeux sociaux – l'habitat insalubre accueille les populations défavorisées et constitue, on l'a dit, l'un des modes spécifiques de production d'inégalités. Ces dimensions sont indissociables : ségrégation dans l'accès

au logement, précarité énergétique, statut social ou juridique, pauvreté font jonction entre difficultés du bâti et difficultés des occupants, rendant vaine toute tentative d'appréhension unilatérale du problème. Par ailleurs, l'habitat insalubre est présent sur l'ensemble des territoires [31], sous des formes variables, des concentrations urbaines aux formes spécifiques au milieu rural. Mais il n'est pas présent « par hasard », indépendamment de l'histoire sociale, urbaine, foncière des territoires concernés : les territoires (communes, quartiers...) socialement les plus défavorisés sont ceux qui concentrent l'habitat insalubre ; celui-ci devient ainsi l'une des voies de passage entre inégalités sociales de santé et inégalités territoriales de santé – et, par là même, l'un des rares moyens d'aborder par des leviers d'action territoriaux des inégalités de santé construites selon des logiques sociales. Au surplus, la concentration variable de cet habitat rend sa résorption plus ou moins facile, à la portée des acteurs locaux : aux inégalités sociales, territoriales, peuvent se rajouter des inégalités structurelles dans la capacité à intervenir localement. Ainsi, l'habitat dégradé ou insalubre apparaît comme le point de convergence de préoccupations sanitaires à dimensions environnementale, sociale, et territoriale.

Le rôle du maire : une interpellation forte, des réponses variables

L'intervention des collectivités locales reflète la complexité de ces enjeux. Le plus souvent, c'est la/le maire qui est interpellée/é, tant par les habitants que par les associations. Cette interpellation se fait, de façon générale, explicitement autour des pathologies perçues comme induites par le logement ou la dégradation de l'hygiène, mais aussi autour de la surpopulation [33], facteur de risque sanitaire trop ignoré en France. Les collectivités locales ont développé des stratégies contrastées : de l'accompagnement individuel à l'alliance avec les associations, de l'incitation à la rénovation de l'habitat (Opah) aux politiques coercitives, du coup par coup à la résorption proactive. Cette réponse publique territoriale peut se limiter à la réglementation de la sécurité et des périls (noyau dur des compétences municipales) ou inclure de vraies approches globales de promotion de la santé, en articulation avec les PMI, les centres de lutte antituberculeuse, ou les secteurs psychiatriques. Parfois, l'intervention publique a pu se résumer à une négation du problème, voire à une intervention néo-haussmanienne favorisant la spéculation immobilière et le rejet des populations précaires.

Dr Luc Ginot

Adjoint du directeur de la Santé publique, en charge des missions « Territoires, inégalité sociales, besoins et parcours de santé », ARS Île-de-France

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.



Le Code de la santé publique : grandeur et incertitudes

Dans ce contexte, le Code de la santé publique est un texte aux ressources insoupçonnées. Sans juridisme, dégageons-en les lignes de force. La salubrité, et singulièrement celle de l'habitat, est une exigence partagée, dont l'application incombe à l'État et au maire. Cette exigence est fondée sur une responsabilité publique en santé. Elle prévaut – particulièrement dans le cas du saturnisme infantile – sur le droit de propriété, et autorise le préfet ou le maire à procéder d'office à des travaux – souvent légers, parfois bien plus lourds, aux frais du propriétaire. Celui-ci est tenu pour comptable de la santé des occupants des biens qu'il possède. Les textes adjacents décrivent en outre les droits des occupants liés à l'insalubrité du logement. On le voit, la philosophie du CSP n'est pas neutre, et le législateur a acté des principes forts, éthiques, qui impactent bien au-delà de leurs dispositions propres, et ouvrent des voies à la promotion de la santé.

Mais, comme souvent, l'essence des textes est masquée par leur complexité d'écriture. Cette complexité, pourtant loin d'être rédhibitoire pour des acteurs motivés, peut servir de facile prétexte à l'inaction.

Par ailleurs, on note l'émergence, dans la mise en œuvre de la politique publique, d'une forme de fragmentation des acteurs (extension de la notion d'opérateurs : sociaux, techniques, etc., à qui l'action publique est « sous-traitée »), accompagnant la rétraction des effectifs de l'administration. Ces modes opératoires interrogent aussi les démarches en promotion de la santé – qu'ils soient interprétés comme les favorisant (diversification des cultures professionnelles) ou les freinant (perte des savoirs pluriprofessionnels, éparpillement des intervenants...).

Les SCHS, objets hybrides de la santé publique ?

C'est à l'aune de cette complexité qu'il faut examiner les services communaux d'hygiène et de santé, instruments atypiques de l'action publique. On l'oublie trop souvent, il s'agit pourtant de l'outil territorial de santé publique le plus ancien et le plus généralisé en France. Plusieurs rapports de l'Igas [40] en ont analysé points forts et faiblesses. Deux spécificités sont à relever : en termes d'objectifs, il s'agit d'équipes dédiées – dans les textes – à la santé publique, dans une logique définie comme à la fois territoriale et axée sur des déterminants de santé. En termes de moyens, il s'agit de fonctionnaires municipaux, mais exerçant, au moins en partie, des pouvoirs de police de l'État, sous la houlette

d'un directeur remplissant des fonctions d'expertise (rapport et proposition d'arrêté) ailleurs attribuées au directeur de l'ARS. Ainsi, il s'agit clairement de services municipaux chargés d'appliquer la politique de l'État, sous le contrôle du préfet, en substitution partielle de l'ARS, touchant pour cela une dotation *ad hoc*, et dans un champ défini comme sanitaire. Deux cent huit villes (« exerçant effectivement » les missions au moment des premières lois de décentralisation) sont, depuis 1983, dotées de ce service.

Là encore, la réalité est contrastée. Si plusieurs d'entre eux ont évolué vers des services de santé publique intégrés, alliant action sur l'habitat insalubre, le bruit, les pollutions, à la promotion de la santé ou aux vaccinations, si plusieurs ont su faire naître des ateliers santé ville, il est d'autres communes où la santé publique reste confinée à une application stricte de la réglementation. Il en est où les SCHS sont intégrés, voire instrumentalisés dans des services purement urbains ou techniques, aux dépens de leur mission initiale. Il en est enfin trop dont l'activité a purement et simplement été réduite ou supprimée, sans que pour autant les moyens délégués par l'État soient abandonnés.

Si regrettable que soit cette diversité, elle montre que, à partir d'un socle obligatoire de compétences réglementaires, une stratégie pragmatique de promotion de la santé peut se développer ; cette stratégie répond en particulier à des questions complexes (les liens entre l'habitat et la santé psychique, la réponse intégrée aux questions d'asthme sévère, l'empowerment de familles autour de leurs enjeux de santé...).

C'est dans cette logique qu'il faut revisiter les opportunités qu'offre le statut complexe des SCHS : il apparaît alors comme le cadre idéal pour une approche holistique mais opérationnelle des inégalités de santé. Il apparaît aussi, par sa « double tutelle », comme une garantie possible – si mobilisée – de la solidarité nationale représentée par le préfet à l'égard des territoires les plus en difficulté.

Le maire, l'habitat insalubre, le SCHS et les inégalités sociales de santé... : que naissent 208 Ottawa ?

On le voit, la discussion sur le rôle possible des collectivités et de leurs outils en matière d'habitat insalubre et d'hygiène publique dépasse la simple exégèse juridique. Ce débat fait écho aux enjeux sur les déterminants de santé, aux enjeux de la charte d'Ottawa, aux enjeux de la lutte contre les inégalités : à chaque collectivité, à chaque SCHS de s'en emparer ? 🌟