

Livre Blanc

**L'apport du logement social
dans l'amélioration
des conditions de vie et de santé**

**LES ENTREPRISES
SOCIALES POUR L'HABITAT**

14, rue Lord Byron 75008 Paris - 01 40 75 68 40 - esh@esh-fr.org
association membre de l'Union nationale Hlm - www.esh.fr

esh les
entreprises
sociales
pour
l'habitat

Sommaire

Présentation des entreprises sociales pour l'habitat	5
Résumé	6
A. Positionnement	6
B. Propositions	7
1) Mettre en lumière l'action sanitaire des HLM	7
2) Renforcer les collaborations territoriales	8
3) Adapter le cadre réglementaire HLM	8
4) Penser ensemble le parcours résidentiel et le parcours de santé	8
Introduction	9
Chapitre I. La plus-value sanitaire de l'action des bailleurs sociaux	12
A. L'adaptation de l'offre locative aux évolutions sociétales sanitaires	12
1) L'accompagnement du vieillissement par l'habitat	12
2) Le développement d'une offre locative aux normes d'accessibilité	19
3) La gestion partagée des troubles du comportement (santé mentale)	20
4) L'intégration croissante du parcours de soins aux solutions résidentielles	22
B. L'intégration des questions sanitaires dans la conception du cadre de vie	25
1) L'implication des bailleurs sociaux dans les projets territoriaux de santé	25
2) Les réflexions sur l'environnement des immeubles locatifs	27
3) L'information des locataires sur le bon usage de leur logement et leur environnement direct	27
4) L'intégration des enjeux sanitaires dans l'entretien du patrimoine	28
Chapitre II. L'habitat social comme levier de régulation des dépenses de santé	31
A. Conforter l'action des bailleurs sociaux dans le champ de la santé	31
1) La réduction des inégalités sociales de santé	31
2) Le désengorgement des structures d'hébergement	34
3) La prévention des risques et réduction des coûts sanitaires	35
B. Amplifier la capacité d'action des bailleurs sociaux dans le champ de la santé	37
1) Cibler les programmes de rénovation dans les déserts médicaux	37
2) Concevoir une offre de logements adaptés pour des personnes en pré ou post hospitalisation dans le cadre du parcours de soins	39
3) Élargir la mission des bailleurs à la prise en charge d'une partie du 5 ^e risque	41

Annexe A. Méthodologie du livre blanc.	42
Annexe B. Le logement comme « déterminant de santé »	
cartographie des risques sanitaires liés au logement	43
A. Les risques liés à la conception et à la construction du logement	43
B. Les risques liés à l'aménagement et à l'équipement du logement	44
C. Les risques liés à l'utilisation et à la maintenance du logement	45
D. Les risques liés à l'environnement du logement	47
Annexe C. Le logement social et la gestion des risques sanitaires	48
A. Une gestion des risques sanitaires fondée sur des principes partagés	48
1) L'influence historique du mouvement hygiéniste	48
2) L'influence nouvelle de la philosophie du care	50
B. Une gestion des risques sanitaires orientée par le droit de la construction	51
1) Le droit de la construction et la qualité de l'air dans les logements	51
2) Le droit de la construction et l'accessibilité des logements	52
3) Le droit de la construction de l'amiante dans les logements	53
C. Une gestion des risques sanitaires renouvelée par le droit des locataires	54
1) Les droits sanitaires des locataires renforcés	54
2) Les droits sanitaires et le dynamisme du tissu associatif	56
Annexe D. L'implication croissante des institutions sanitaires dans le logement	57
A. Le gouvernement et les institutions sanitaires nationales	57
1) Développement de politiques nationales interministérielles	57
2) Transversalité et contractualisation des politiques publiques	59
B. Les collectivités locales et les institutions sanitaires territoriales	60
1) Les ARS et la régionalisation des politiques publiques de santé	60
2) La ville comme levier d'action locale	61
C. Les institutions sanitaires de la société civile	61
1) Le secteur mutualiste	61
2) Les associations et organisations non gouvernementales (ONG)	62
Bibliographie	63

Présentation

des entreprises sociales pour l'habitat

La Fédération des esh est l'une des cinq fédérations membres de l'Union sociale pour l'habitat (USH), organisation représentant les organismes HLM auprès des pouvoirs publics. Les 732 organismes HLM sont en effet regroupés au sein de 5 fédérations suivant leur statut juridique :

- La Fédération nationale des Offices Publics de l'Habitat ;
- La Fédération des Entreprises sociales pour l'habitat ;
- La Fédération des sociétés coopératives d'HLM ;
- L'Union d'économie sociale pour l'accèsion à la propriété (UES-AP-Procivis) ;
- La Fédération nationale des Associations régionales d'organismes d'habitat social (FNAR).

La Fédération des esh est l'organisation professionnelle nationale qui regroupe l'ensemble des sociétés anonymes d'habitations à loyer modéré, également appelées entreprises sociales pour l'habitat (ESH). Les principales missions de la fédération sont :

- représenter les ESH auprès des pouvoirs publics, acteurs locaux et des partenaires privés afin de faire connaître leur action, d'améliorer leur cadre d'intervention et d'anticiper l'évolution de leur environnement ;
- renforcer la performance des ESH : la Fédération développe un ensemble de services et d'outils utiles à ses adhérents et visant à renforcer leur performance : analyse financière et comptable, outil de benchmarking et de prévision financière, pilotage de la branche professionnelle, appui en matière de ressources humaines, conseil juridique et accompagnement de l'innovation.

La Fédération des esh s'est dotée de plusieurs commissions permanentes ayant pour charge d'assurer un travail de veille et de proposition relatif à certaines thématiques. En ce sens, la commission sociale, qui a animé les travaux préparatoires de ce livre blanc, se saisit de sujets relatifs à la précarité et aux attributions, à la qualité de service, aux politiques de peuplement, de mobilité et de mixité sociale, de proximité, de tranquillité résidentielle et de sécurité. En 2020, la commission sociale a pu compter sur la participation d'une trentaine d'organismes.

A. Positionnement

Le livre blanc de la Fédération des esh a vocation à porter, auprès des bailleurs sociaux comme des pouvoirs publics, la plus-value sanitaire des entreprises sociales pour l'habitat dans l'amélioration des conditions de vie des habitants et leur rôle dans la régulation des dépenses de santé.

Leur action participe effectivement, au-delà du volet social, à l'amélioration de l'état de santé de leurs résidents, notamment par la prévention. Si les bailleurs sociaux s'engagent à adapter leur offre locative aux besoins des populations, et à accompagner notamment les plus fragiles (personnes âgées, handicapées, atteintes de troubles de santé mentale), ils contribuent également à construire un véritable cadre de vie en sensibilisant les locataires sur leur logement et leur environnement, en intégrant les enjeux sanitaires dans l'entretien du patrimoine et en participant aux projets territoriaux en santé. Cette action trouve ses racines dans les origines du mouvement Hlm, en particulier dans le mouvement hygiéniste, mais aussi, plus récemment, dans la philosophie du *care*.

Au-delà de la prévention et du bien-être des habitants, le logement social apparaît également comme un vecteur de régulation économique pour le système de santé. Les bailleurs sociaux permettent ainsi de :

- mieux prendre en compte les dépenses de santé des locataires dans le reste-à-vivre pouvant impacter l'accès aux soins pour des raisons financières ;
- apporter des solutions de support pour lutter contre l'engorgement des structures d'hébergement d'urgence entraînant un surcoût non négligeable pour l'État ;
- faire un travail de prévention et agir sur certains risques sanitaires pouvant entraîner des frais ou hospitalisations pour les locataires.

Afin de renforcer les actions déjà mises en œuvre sur le terrain, le livre blanc a par ailleurs identifié 3 axes de réflexion sanitaire auxquels les bailleurs sociaux, en tant qu'opérateurs immobiliers au service de l'aménagement du territoire, pourraient activement contribuer :

- le portage et la rénovation de structures d'exercices coordonnées, comme les maisons de santé pluridisciplinaires, pour améliorer l'accès aux soins, notamment dans des déserts médicaux ;
- la gestion d'hébergements temporaires à proximité de structures hospitalières pour désengorger les hôpitaux, éviter des nuits d'hôpital coûteuses et assurer une transition dans le parcours de santé que ce soit dans le cadre d'une entrée à l'hôpital, d'une hospitalisation à domicile (HAD) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

- la prise en charge partielle du 5^e risque couvrant les risques de la vie liés à la dépendance notamment du fait de l'avancée en âge, de la perte d'autonomie ou du handicap.

Face à l'engorgement des structures hospitalières, le report croissant du soin de l'hôpital vers le domicile (virage de l'ambulatoire, développement des soins de suite et de réadaptation, suivi des maladies chroniques) doit conduire à reconsidérer les dépenses des bailleurs sociaux dans le champ sanitaire, non pas comme des coûts de gestion supplémentaires, mais comme des investissements nécessaires au service de la nation. Accroître les possibilités d'un tel report de l'hôpital vers le logement, en améliorant les modalités d'un maintien ou d'un retour au domicile, permet d'envisager une meilleure allocation des financements : à titre de comparaison, une journée coûte entre 1 000 et 1 500 € à l'hôpital contre 12 € en Hlm ; les frais d'hébergement reviennent à 253 € par jour en unité de soin de suite contre 236 € par mois en foyer d'accueil médicalisé. Par leur engagement dans le champ sanitaire, les bailleurs sociaux confirment de surcroît leur modèle généraliste par la gestion d'un risque sanitaire qui pèse sur l'ensemble des groupes sociaux.

B. Propositions

La gestion du risque sanitaire constitue l'un des volets de l'action des bailleurs sociaux. Elle est cependant mal connue et peu valorisée. L'ensemble des informations recueillies lors de l'élaboration de ce document a permis de mettre en exergue le nombre et la diversité des actions menées en ce sens par des bailleurs sociaux sur le territoire national.

Afin de mettre en lumière les projets innovants et d'appuyer le déploiement de bonnes pratiques visant à améliorer les conditions d'habitat, la Fédération des esh a dressé 16 propositions autour de 4 enjeux.

1) Mettre en lumière l'action sanitaire des HLM

1. Formaliser les engagements des acteurs du logement social en matière sanitaire par la mise en place de chartes et cahiers des charges *ad hoc* avec les prestataires (matériaux de construction, produits d'entretien, nuisances sonores, domotique, etc.).
2. Coconstruire un volet santé au label professionnel Quali'HLM (logement plus sain, plus écologique, plus ergonomique, etc.).
3. Accréditer la formation des personnels à la détection des personnes à risque de dépendance et à risque de troubles du comportement.
4. Concevoir des actions de formation des habitants en matière d'utilisation du logement et rendre les formations destinées aux locataires éligibles au compte personnel de formation.

2) Renforcer les collaborations territoriales

5. Développer des conférences de territoires des acteurs de la prévention sanitaire en lien avec les ARS.
6. Plus spécifiquement, établir un plan d'action « résorption des déserts médicaux » en lien avec les ARS pour accroître l'attractivité de certains quartiers (faciliter l'installation de cabinets médicaux ou de maison de santé, en lien avec le développement de la télémédecine).
7. Accroître la participation des bailleurs sociaux aux politiques locales de santé, notamment au travers des contrats locaux de santé.
8. Structurer davantage la pluridisciplinarité sur les problématiques de santé mentale et mettre en place une médiation (hôpital, secteur social, médico-social, association, etc.).
9. Créer davantage de liens entre les opérateurs HLM et les CHU et les CHS pour fluidifier le parcours de santé.

3) Adapter le cadre réglementaire HLM

10. Pour l'obligation de surveillance prévue à l'article R. 127-2 du CCR, élargir le ratio aux personnels médico-sociaux, afin de rendre compte des efforts des bailleurs en matière de proximité médico-sociale.
11. Permettre aux bailleurs de mutualiser la prise en charge de certains services liés à la santé (dépenses d'hygiène et de prévention) au titre des charges re-facturables.
12. Inclure dans le mandat de service d'intérêt économique général (SIEG) du logement social un volet relatif à la prévention sanitaire à raison de la production et de la gestion de résidences agréées/labellisées en vue du maintien à domicile, voire de l'hospitalisation à domicile en vue de faire face aux maladies chroniques, ces engagements pouvant être formalisés dans le cadre des CUS.

4) Penser ensemble le parcours résidentiel et le parcours de santé

13. Vaincre l'isolement en concevant des espaces de vie communs dans les résidences et une animation en lien avec les collectivités locales (CCAS) et la mutualité.
14. Accélérer la production de logements adaptables pour accroître la résilience du logement à l'évolution des conditions de vie (grossesse, handicap, maladies chroniques, etc.).
15. Définir un nouveau produit de résidence-foyer susceptible d'offrir une solution locative transitoire entre le soin et le logement en sortie d'hospitalisation, dans le cadre d'une activité de soins de suite et de réadaptation par exemple.
16. Massifier l'accompagnement à domicile des personnes en perte d'autonomie en prévoyant un bail dérogatoire pour loger de manière temporaire les aidants.

Introduction

En France, la dépense courante de santé est supérieure de + 1 point à la moyenne des pays de l'UE-15, s'élevant à près de 203,5 milliards d'euros¹. La dynamique de cette dépense est corrélée à certains facteurs liés au lieu et au milieu de vie de la personne qui vont bien au-delà des accidents domestiques (chutes, intoxications, etc.). Parmi ces facteurs, on peut notamment citer la faiblesse de l'investissement dans les actions de prévention individuelle ou collective (hygiène du milieu, accompagnement de l'autonomie, prévention des maladies infectieuses, etc.) et surtout l'inflation des frais d'hospitalisation en raison du développement encore limité de l'ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile.

La maîtrise de la dépense courante de santé passe ainsi par le développement de bâtiments à faibles impacts sanitaires. En effet, en tant que « déterminant de santé »², le logement constitue une ressource qui peut être positive ou négative pour la santé de l'habitant.

Les opérateurs de logement social ont historiquement exercé une responsabilité sociétale dans la gestion des risques sanitaires en massifiant la production de logements sains afin d'en permettre l'accès à des personnes qui n'en auraient pas les moyens dans des conditions de marché libre. Ils ont ainsi contribué à la démocratisation des installations et équipements d'hygiène dans le logement, à la lutte contre les épidémies, à la résorption de l'insalubrité, etc. Conscient de cette responsabilité, les opérateurs Hlm trouvent aujourd'hui encore, dans le cadre de leur mission économique d'intérêt général, des réponses adaptées aux enjeux sanitaires d'actualité en contribuant à l'amélioration des conditions d'habitat de la population.

L'habitat représente en effet « une partie de l'environnement définie par un ensemble de facteurs physiques, et dans laquelle vit un individu ou une population ».³ En France, ce terme est de plus en plus utilisé notamment pour aborder l'impact de l'environne-

¹ DREES, Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2019

² Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

³ Définition du Larousse.

ment et du logement sur la santé. La notion d'« *habitat favorable à la santé* » a effectivement émergé depuis quelques années et fait l'objet de nombreuses publications. Par exemple, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié en 2019 un état des lieux des connaissances et recommandations pour un habitat sain.

L'articulation de ces facteurs que sont l'habitat et la santé au sein des politiques publiques reste pour l'heure marginale et repose davantage sur des critères d'urgence au travers de la gestion des immeubles ou logements insalubres, indignes ou en état de péril. Afin de mesurer davantage la plus-value sanitaire délivrée par les opérateurs de logement social, la santé mériterait d'être pleinement prise en compte dans les politiques publiques de l'habitat, tant nationales que territoriales ; de même que l'habitat dans les politiques publiques de santé.

Au sein des institutions dites sanitaires, la préoccupation principale repose légitimement sur le parcours de soins. Pourtant, le parcours de santé, au travers de déterminants comme l'habitat, représente un enjeu tout aussi majeur pour aboutir à l'amélioration de la santé d'une personne. En effet, près de 80 % de notre état de santé serait lié directement à notre environnement physique et social, à nos habitudes et conditions de vie⁴.

Les défis croissants du vieillissement démographique, de la précarité, de l'environnement ou encore des affections de longue durée, interrogent tous les acteurs de l'habitat comme de la santé, lesquels doivent faire montre de transversalité. D'un côté, les acteurs de santé font face à la pluralité des dimensions de la santé, intégrant progressivement les dimensions hors du soin à leur programme ou politique de santé, même si cette intégration reste pour l'heure souvent restreinte aux champs de l'insalubrité et des problématiques de vieillissement et handicap. De l'autre, les acteurs du logement s'interrogent sur la manière d'accompagner ces évolutions sociétales et sanitaires, en particulier face à l'engorgement des structures hospitalières et des structures d'hébergement.

Ces interrogations se heurtent cependant à des modèles d'évaluation et de benchmarking qui ne permettent pas de rendre compte de la plus-value sanitaire apportée par les bailleurs sociaux, tant sur le plan de la prévention que du transfert de charge de l'hôpital vers le domicile. En effet, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité des bailleurs sociaux, les autorités de contrôle s'appuient exclusivement sur des critères propres au monde du logement (nombre de logements et foyers gérés, le nombre de logements et foyers vacants, la part du parc en QPV, la part du parc individuel, l'âge moyen du parc, etc.). Sur la base de tels ratios, il est non seulement impossible de rendre compte de la plus-value sanitaire de l'action des bailleurs sociaux, mais surtout, un tel engagement paraît réproché. Loger une personne en perte d'autonomie ou présentant des troubles du comportement requiert cependant

⁴ ARS Pays de la Loire, « Ensemble, promouvoir la santé en Pays de la Loire », mai 2019.

d'aller au-delà d'une simple gestion locative. Il en va de même quand il s'agit d'assurer un haut niveau d'hygiène dans les résidences ou de sensibiliser les résidents à la bonne utilisation du logement. Enfin, comment ne pas évoquer la tendance à transférer le soin de l'hôpital vers le domicile en matière d'ambulatoire, de soins de suite et de réadaptation ou de maladies chroniques ? Le bailleur est ainsi amené à rendre un panel élargi de services traditionnellement exclu des charges locatives.

Enfin, les travaux menés dans le cadre de ce livre blanc ont été percutés par l'actualité et la stratégie du confinement dans la lutte contre l'épidémie de Covid 19. L'obligation faite à tous les ménages de rester à leur domicile et le recours massif au télétravail ont mis en lumière l'importance du levier que constituent les immeubles d'habitation dans le déploiement de politiques sanitaires massives. À la date de rédaction de ce livre blanc, toutes les leçons de cette crise ne sont pas encore tirées, notamment pour ce qui concerne les enjeux liés à la conception des immeubles (circulation dans les communs, résilience au bruit, etc.), à l'entretien et la maintenance des immeubles (plans de continuation de l'activité), aux mesures d'hygiène mises en œuvre dans les espaces collectifs (poignées de porte, rampes, boutons et surfaces contaminantes diverses), ainsi qu'à la gestion des situations de suroccupation.

Il est ainsi proposé de rendre compte de la plus-value sanitaire des opérateurs de logement social (Chapitre 1) avant d'explorer le levier potentiel que représente l'habitat social pour la régulation des dépenses de santé (Chapitre 2).

Valérie Fournier,
Présidente de la Fédération des esh

Chapitre I. La plus-value sanitaire de l'action des bailleurs sociaux

Le logement social, au même titre que le logement ordinaire, constitue un déterminant de santé. Ce déterminant est d'autant plus sensible que les ménages logés sont modestes. Avec plus de 4 millions de logements sociaux, soit environ une habitation sur six⁵, le parc social contribue de manière massive à la gestion des risques sanitaires en offrant à la location des logements répondant à des standards qualitatifs élevés et plus spacieux, et ce, alors que 85 % des ménages logés dans le parc social ont un niveau de vie inférieur au niveau de vie médian des occupants du secteur libre⁶. Par exemple, le parc social délivre des logements dont la surface moyenne est supérieure de 2,5m² à celle des logements du parc privé, cette différence atteignant 10,7m² en de région parisienne⁷. En tout, ce sont près de 20 Md€ par an qui sont réinvestis dans le parc social, soit en construction, soit en rénovation.

Les interventions des bailleurs sociaux en matière sanitaire sont nombreuses. Elles trouvent leur fondement autant dans un engagement historique que par nécessité de faire face à aux évolutions sociétales. Les bailleurs sociaux concourent ainsi de manière active à la gestion des risques sanitaires en adaptant leur parc de logements aux évolutions sociétales (A) ainsi qu'en assumant une mission environnementale en tant qu'acteurs de l'aménagement du territoire (B).

A. L'adaptation de l'offre locative aux évolutions sociétales sanitaires

Le marché du logement, en particulier du logement locatif, se caractérise par un important déséquilibre entre l'offre et la demande, cette dernière dépendant largement des évolutions sociétales (métropolisation, décohabitation, etc.). Certaines de ces tendances sont néanmoins directement liées aux enjeux sanitaires que le pays traverse et auxquels il doit s'adapter. Les bailleurs sociaux sont pleinement impliqués dans cette transformation. Parmi ces tendances, on peut notamment citer l'adaptation nécessaire de l'habitat au vieillissement (1), l'intégration croissante du parcours de soin aux solutions résidentielles (2) ainsi que la prise en charge partagée des troubles du comportement (3).

1. L'accompagnement du vieillissement par l'habitat

Le défi du vieillissement de la population pose d'importants enjeux sanitaires. Les bailleurs sociaux y sont particulièrement confrontés. Par exemple, en 2014, à l'échelle des 2,3 millions de logements sociaux des ESH⁸, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient

⁵ INSEE, Enquête nationale logement.

⁶ INSEE PREMIERES n° 1715, « 11 millions de personnes sont locataires d'un logement social », 24 oct. 2018.

⁷ Insee-Analyses n° 10, « Habiter en HLM : quels avantages, quelles différences? », juill. 2013.

⁸ RPLS au 1er janv. 2017.

28,2 % des locataires en titre et un peu plus de 10 % des personnes logées (enfants et personnes à charge comprises).

Pour les organismes de logement social, cette évolution sociétale pose un triple enjeu :

- répondre au souhait croissant des populations vieillissantes de maintenir de bonnes conditions d'habitat dans leur lieu de vie, que ce soit à domicile ou en résidence spécialisée ;
- prévenir les chutes et les hospitalisations en traitant de l'aménagement du logement ;
- réduire l'isolement en maintenant un lien social (conception de résidences intergénérationnelles).

Pour répondre à ces enjeux, l'action des bailleurs sociaux se décline de différentes manières, par la montée en gamme du parc existant à travers les démarches de labellisation (a), par la diversification de l'offre de logements (b), par le portage immobilier d'EHPAD (c), ainsi que par la valorisation des démarches innovantes (d) et le développement de l'habitat inclusif (e).

a) Généralisation de la labellisation des bailleurs sociaux

Pour faire face à la prise en charge du vieillissement à travers leur parc existant, les bailleurs sociaux font évoluer leurs modèles opérationnels. Afin de matérialiser cette adaptation et d'accompagner les organismes dans le changement, le secteur professionnel s'est engagé dans une démarche de labellisation généralisée. Trois principaux labels accompagnent cette démarche :

- *Label Habitat Senior Services (HSS)*, développé en 2005 par Delphis avec le soutien financier de la CNSA et des ministères de la Santé et du Logement, sur la base d'une enquête de besoins approfondie réalisée auprès de ménages de personnes âgées. Ce label « regroupe une quarantaine de bailleurs sociaux travaillant à la fois sur l'adaptation du patrimoine et sur l'apport de services à la personne » (Francis Deplace, Delphis). Près de 4000 logements HSS sont en service aujourd'hui, satisfaisant les locataires en termes de conditions d'habitation adaptées et d'environnement de vie ;
- *Label Cap'Autonomie*, développé par Delphis et Immobilière Atlantic Aménagement pour apporter des solutions concrètes sur le volet Habitat, promouvoir l'autonomie des locataires en situation de handicap et leur garantir un habitat inclusif de qualité ;
- *Label Haute Santé Sécurité (HS2)*, développé par Apave certification et destiné à favoriser le maintien à domicile des personnes fragilisées ou leur accueil dans des logements neufs ou rénovés intégrant ce référentiel, via notamment l'évaluation de la qualité du logement, le matériel proposé, la sécurité des locaux ou la proximité des services.

Au-delà du maintien à domicile, il pourrait aussi être envisagé de construire un volet sanitaire global dans le cadre de la démarche de labellisation professionnelle Quali'HLM.

b) Diversification de l'offre de logements

L'adaptation de l'habitat au vieillissement suppose aussi une diversification de l'offre à travers la production d'une offre neuve adaptée. Le déploiement de cette démarche de transformation est plus ou moins rapide, selon le profil des organismes (nombre de logements, implantations, etc.) et l'intensité de la demande, qui varie notamment d'une région à l'autre. La diversification des produits locatifs est un enjeu désormais pleinement partagé par le secteur. « *Pour répondre aux besoins de la population, il faut à la fois des logements génériques et des logements spécialisés* » (Jacques Wolfrom, Arcade-VVV).

En premier lieu, la diversification de l'offre de logement passe par l'adaptation des logements génériques tant sur le neuf que sur l'ancien.

- Concrètement, les logements neufs intègrent un certain nombre de normes destinées à favoriser l'accessibilité du logement, par la construction de logements évolutifs ainsi que par le déploiement de solutions domotiques ;
- L'effort d'adaptation porte aussi sur les logements anciens. Les bailleurs sont engagés dans la mise en place d'aménagements dédiés pour faciliter le quotidien des locataires. Ils peuvent également proposer des adaptations individuelles à la demande de ces derniers, avec l'intervention d'ergothérapeutes (douche aménagée, toilettes adaptées, barre d'appui, etc.).

Il est évidemment nécessaire d'accélérer la production de logements adaptables pour accroître la résilience du logement à l'évolution des conditions de vie (grossesse, handicap, maladies chroniques, etc.).

L'effort d'adaptation des bailleurs sociaux passe aussi par le développement d'une offre spécifique, notamment dans le cadre de partenariats avec les collectivités locales, les CCAS ou la mutualité. Cette offre de logements spécifiques prend notamment les formes suivantes :

- *des résidences autonomie*, des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construits à proximité des commerces, des transports et des services dont le coût du logement est modéré⁹ ;
- *des résidences intergénérationnelles*, un ensemble de logements conçu pour accueillir différentes générations (étudiants, familles, personnes âgées) vivant dans une même résidence, généralement à l'initiative des bailleurs sociaux et en partenariat avec des associations ou des investisseurs privés.

⁹ Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches

La Cité Jardins

Implantée en Haute Garonne, la Cité Jardins a réalisé un foyer d'hébergement et de services pour personnes adultes handicapées (AGAPEI) : ce programme comprend 20 logements de type T1, des espaces communs, des zones d'activités et des bureaux de l'administration. Plus spécifiquement, la Cité Jardins a accompagné ce programme en réalisant des logements permettant l'accueil des personnels et/ou des familles des résidents du foyer, à travers une convention de mise à disposition prioritaire de 12 logements.

Alors que l'isolement est un facteur de risque croissant dans un contexte de vieillissement de la population, il est aussi nécessaire de concevoir des espaces de vie communs dans les résidences ainsi qu'une animation en lien avec les collectivités locales (CCAS) ou la mutualité. Dans les résidences d'ores et déjà dotées d'espace de convivialité, les obligations de police sanitaire ont toutefois obligé les bailleurs à faire procéder à la fermeture desdits espaces pendant la durée du confinement.

Logévie

L'organisation territoriale du groupe Action Logement reflète cette diversification de l'offre par la constitution de filiales de logements spécifiques dans chaque région. Par exemple, en Nouvelle-Aquitaine, la société Logévie intervient, depuis 2005, à la fois dans la résidence intergénérationnelle, la résidence autonomie et l'Ehpad.

La société a ainsi livré 28 résidences autonomie destinées à des personnes de plus de 60 ans : il s'agit d'une offre d'habitat individuel à loyer avantageux, assorti d'espaces de convivialité avec des animations et des services proposés par le CCAS de la commune d'implantation. Ces résidences sécurisées offrent des logements adaptés au vieillissement (volets motorisés, prise de courant en hauteur, douche italienne avec barre d'appui, etc.). Les résidences sont le plus souvent intergénérationnelles et situées à proximité des commerces et transports.

c) Portage immobilier des EHPAD

Les bailleurs sociaux interviennent de manière récurrente dans des projets de construction d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), quoiqu'ils en assurent rarement la gérance. L'offre en EHPAD est un enjeu majeur pour notre société, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Par leur expertise foncière et leur proximité avec les collectivités locales, et surtout par leur objet social non lucratif, l'implication des bailleurs so-

ciaux est considérée comme un levier pour développer une offre bon marché. Il est vrai que sur ce plan les bailleurs font cependant montre de prudence, compte tenu des nombreuses difficultés rencontrées par les gestionnaires. Au-delà du portage foncier, les aspects santé et vieillissement restent encore des nouveautés pour les bailleurs sociaux, en même temps que les réglementations et les financements du logement social ne facilitent pas les projets.

Le Foyer Stéphonais

Le Foyer Stéphonais a réalisé un EHPAD à Saint-Etienne-Du-Rouvray en qualité de maître d'ouvrage, en partenariat avec la Mutuelle du Bien Vieillir. Conçu dans le cadre d'un appel à projets financé par de l'agence régionale de santé (ARS), le projet était associé à la mise en place d'une « plateforme de répit » pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou de sclérose en plaques. Ainsi, outre l'équipe pluridisciplinaire accompagnant les résidents, la plateforme associée permet la mise à disposition d'un psychologue et d'assistantes de soins en gériatrie pour intervenir à domicile une demi-journée par semaine, pour un reste à charge de 12 euros.

EXEMPLE

Le secteur de la santé et celui du logement possédant un cadre législatif très strict, les possibilités de construction de projets liant ces deux domaines restent relativement sous-développées. L'intervention traditionnelle des bailleurs sociaux dans le portage d'EHPAD permet néanmoins aux bailleurs de se positionner sur des offres nouvelles.

SA Les Foyers

Implantée en Bretagne, la SA Les Foyers est propriétaire à Porspoder d'un EHPAD construit en 1983 et confronté à des enjeux de rénovation lourde. En lien avec l'ARS Bretagne et le Conseil départemental du Finistère, la société a conçu un projet de rénovation associé à la construction de six pavillons sur le terrain de la résidence. Ces pavillons ont permis de loger les résidents de l'EHPAD durant les travaux engagés depuis 2017. À l'issue des travaux, ces pavillons viendront étayer l'offre de logement pour seniors en tant que résidence autonomie complémentaire à l'EHPAD.

EXEMPLE

Le panorama de l'action des bailleurs sociaux serait incomplet si la situation particulière des territoires ultramarins n'était pas évoquée. Dans ces territoires, le vieillissement de la population est important. Les organismes Hlm qui y sont implantés participent activement à la production d'une offre adaptée en diversifiant leur patrimoine à destination des seniors en lien avec les collectivités locales. À ce titre, leur implication dans les projets d'EHPAD est très significative.

La Société Martiniquaise d'HLM

Aux Antilles, les bailleurs sociaux logent près du quart de la population, exposant particulièrement les organismes Hlm locaux aux risques sociétaux : les 60 ans et plus représentent 15 % de la population, mais plus de 20 % des locataires Hlm. Ainsi, la Société Martiniquaise d'Hlm s'est engagée dans la production de résidences Silver depuis 2010 et porte aujourd'hui 7 EPHAD dans le département.

d) Mise en valeur des démarches innovantes

Le mouvement Hlm joue un rôle important pour valoriser les bonnes pratiques et les démarches innovantes en matière d'adaptation du logement à la problématique du vieillissement de la population. À ce titre, un prix « *HLM : partenaires des personnes âgées* » a été mis en place dès 2014 à l'initiative du ministère des Affaires sociales, de l'USH, de la Caisse des Dépôts, de l'Assurance retraite (Cnav, Carsat, CSG, CGSS), de la Sécurité sociale pour les indépendants, et de la Mutualité sociale agricole (MSA). Ce prix récompense les actions des organismes HLM dans plusieurs catégories : « habitats adaptés aux besoins liés au vieillissement », « le numérique, la domotique et l'habitat connecté » et « lien social et repérage des fragilités ».

Ont notamment été primés :

- Présence Habitat (ESH du groupe Batigère) pour son dispositif « Zac by Vivoka » : un outil domotique à commande vocale et holographique pour une commande globale de la connectique et domotique au sein du logement senior ;
- Neolia (ESH du groupe Action Logement) pour son dispositif de prévention des situations d'isolement et de maintien à domicile : « Eclat » (engagement commun pour le logement et l'autonomie sur le territoire) est un dispositif déployé sur six départements, avec la Cnav et l'association Soliha (Solidaire pour l'habitat). Il s'agit d'un dispositif de repérage et de prévention du risque d'isolement de la personne âgée ;
- Le Foyer Rémois pour le Clos des Carrelles à Mardeuil (51) : il s'agit d'un programme mixte composé de vingt logements destinés à des personnes âgées, six logements familiaux et une salle commune dont l'animation est assurée grâce à l'engagement financier de la commune en partenariat avec des commerçants locaux ;
- La Société martiniquaise d'Hlm pour la mise en place d'un espace d'informations dédié aux retraités ;
- Pluralis pour la conception d'une résidence Bois d'Artas à Grenoble dont les logements, équipés pour les personnes âgées, ont été testés et adaptés en lien avec des ergothérapeutes tout en tenant compte des avis des futurs locataires, une charte d'attribution ayant été mise en place avec tous les réservataires des logements pour destiner ceux qui ont été adaptés à un public âgé. De plus, l'espace Conviviâges au rez-de-chaussée, cédé à la Ville de Grenoble, offre un lieu de proxi-

mité, d'accueil et d'informations favorisant l'engagement citoyen et bénévole des âgés.

L'innovation va cependant bien au delà des prix et concerne l'ensemble des acteurs de l'habitat. On peut par exemple citer le programme « Territoire Inclusif et Innovant sur le Handicap » mené par Lorient Agglomération qui rassemble une très grande diversité d'acteurs issus de la santé, du logement, de la technologie, etc.

e) Développement de l'habitat inclusif

Enfin, les bailleurs sociaux contribuent activement au développement de l'habitat inclusif. Pour rappel, en juin 2017, l'État a initié une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif en vue de lever les freins à la conception d'une formule d'habitat associant un projet urbain et social et des services partagés adaptés aux besoins et aux attentes des personnes âgées ou en situation de handicap. En octobre 2019, en lien avec la concertation citoyenne sur le grand âge et l'autonomie, le gouvernement a alors mis place un plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge et a débloqué à cette occasion une enveloppe de près de 15 millions d'euros pour le développement de projets d'habitat inclusif sous l'égide de la CNSA, la DGCS et la DHUP. Ce type d'habitat, qui s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale, constitue une réponse complémentaire au logement ordinaire et une alternative à l'hébergement en institution pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

Espacil Habitat

La société Espacil Habitat propose dans sa résidence Jean Cavallès, située dans le quartier de La Courrouze à Rennes, un projet d'habitat inclusif : il s'agit d'un appartement en colocation dédié aux personnes porteuses de trisomie 21 et à leurs accompagnants. Le logement de 200 m² est divisé en espaces partagés et en six studios indépendants, dont trois sont destinés aux personnes souffrant de ce handicap et trois autres à leurs accompagnants. Les locataires peuvent bénéficier de l'APL colocation, selon leurs revenus, pour un loyer moyen de 450 euros pour un locataire et son accompagnant.

EXEMPLE

À la différence des EHPAD, les bailleurs sociaux sont appelés à piloter intégralement la gestion des programmes d'habitat inclusif. Ces projets permettent de proposer une alternative à l'offre de logements en institutions médico-sociales et à la cohabitation avec les proches, au profit d'un habitat indépendant en autonomie encadrée, tout en favorisant l'insertion dans la vie de l'immeuble et du quartier. Si ce modèle apparaît relativement nouveau, certaines expérimentations permettent néanmoins d'avoir un peu recul.

SA HLM de Coutances

La SA d'Hlm de Coutances propose le dispositif « Familles Gouvernantes », réservant 8 places à des adultes handicapés psychiques, bénéficiant d'une mesure de protection ou non, sous le régime de la collocation dans trois maisons mitoyennes qu'ils financent sur leurs ressources propres. Les chambres sont privatives, les autres pièces sont collectives. Une auxiliaire de vie sociale (gouvernante) supervise chaque jour, la gestion des courses, l'entretien de la maison et du linge, la confection des repas, et veille au respect de l'hygiène. Les bénéficiaires du programme sont des personnes ne pouvant vivre seules de façon autonome et ne relevant plus d'une hospitalisation. Le programme est issu d'un partenariat entre le Conseil Départemental, Fondation Bon Sauveur de la Manche, ADESSA Domicile Manche et la SA HLM Coutances-Granville.

La montée en puissance de l'activité des bailleurs sociaux dans le champ de la santé s'illustre par le rapport confié par le Premier ministre à M. Denis Piveteau et M. Jacques Wolfrom pour dynamiser la production de projets d'habitat inclusif.

2. Le développement d'une offre locative aux normes d'accessibilité

Pour le mouvement HLM, les enjeux relatifs à l'accessibilité du bâtiment concernent en premier lieu la production de logements neufs ainsi que les programmes de rénovation lourde. À ce titre, les Esh investissent près de 10 milliards d'euros par an dans la mise à niveau du parc locatif.

La question de l'accessibilité implique plus spécifiquement un véritable travail en matière de conception de l'habitat et de mobilisation de l'offre locative de sorte à accueillir toutes les personnes dont la mobilité est réduite : femmes enceintes ou avec jeunes enfants, personnes âgées, etc. Ces enjeux recouvrent aussi les questions de sécurité, liées à l'évacuation du bâtiment, en prévoyant par exemple des systèmes visuels et sonores appropriés pour les personnes malvoyantes ou malentendantes. Enfin, la question de l'accessibilité pose la question de l'allocation effective des logements à des locataires en situation de besoin, non seulement au moment de l'attribution, mais aussi dans le temps, dès lors que la composition des ménages évolue.

Organismes Hlm de la région Hauts-de-France

Au-delà des obligations réglementaires, le mouvement Hlm a pris plusieurs initiatives visant à produire une offre adaptée. Par exemple, un « observatoire territorial accessibilité » a été développé en interbailleurs par Lille Métropole Habitat, Habitat Hauts-de-France, Parténord, Clésence, OPAL, Notre

Logis, Pas-de-Calais habitat, avec le soutien de la CGLLS. Cette initiative vise à recenser l'offre de logements sociaux répondant aux normes d'accessibilité de sorte à pouvoir répondre de manière appropriée à des demandes spécifiques, mais aussi d'orienter adéquatement la production d'une offre nouvelle.

3. La gestion partagée des troubles du comportement (santé mentale)

Au-delà des personnes âgées ou en situation de handicap, la problématique de la gestion des populations atteintes de troubles psychiques constitue un enjeu à part entière. Les bailleurs sociaux estiment à 3 % la part de personnes du parc social ayant un problème lié à la psychiatrie, l'alcool ou la drogue, au point de remettre en cause la capacité de la personne à vivre de manière autonome dans son logement et d'impacter la tranquillité d'un immeuble. La gestion des troubles du comportement constitue un véritable savoir-faire, mais les pratiques diffèrent selon les bailleurs, compte tenu des ressources humaines et financières des organismes, ainsi que de la coopération avec les autres acteurs spécialisés du territoire, en particulier les CHS.

Pour faire face aux difficultés induites par les troubles du comportement, les bailleurs sociaux mettent en place des formations spécifiques pour leurs personnels de proximité et/ou nouent des partenariats avec des centres hospitaliers pour coordonner la prise en charge des personnes les plus fragiles. Il pourrait en outre être envisagé, en lien avec les CHS, d'accréditer la formation des personnels en matière de détection des personnes à risque de dépendance ou de troubles du comportement, et de médiation en situations complexes.

Le Foyer Stéphanois

Le Foyer Stéphanois délivre une formation de 3 jours avec un psychiatre sur la gestion des conflits et une formation de 2 jours avec l'hôpital psychiatrique de Saint-Étienne-du-Rouvray pour la sensibilisation du personnel aux maladies mentales.

Les liens avec les institutions spécialisées couvrent aussi l'accès et le maintien dans le logement. Ces enjeux se posent très en amont, dès le stade de l'attribution du logement, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'autonomie de la personne. Ils supposent une collaboration vraiment étroite entre bailleurs et CHS.

La Cité Jardins et Patrimoine SA Languedocienne

La coopération entre le CHS Gérard Marchant et les bailleurs sociaux de l'agglomération toulousaine est illustrative. D'un côté, La Cité Jardins et le CHS Gérard Marchant de Toulouse ont conclu un partenariat impliquant différents acteurs de la santé et la Ville de Toulouse en vue de favoriser l'accès et le maintien au logement autonome des personnes souffrant de troubles psychiques, suivies et accompagnées par l'hôpital. Dans ce cadre, une commission technique a été mise en place en vue de l'évaluation de la recevabilité des demandes de logement de ces personnes, puis de leur transmission à nos services afin d'envisager le relogement correspondant à leur besoin. En sus, le CHS Gérard Marchant a délivré 2 jours de formation sur la santé mentale aux personnels du bailleur social.

Par ailleurs, la société Patrimoine SA Languedocienne et le CHS Gérard Marchant ont mis en place, depuis 2010, une « unité de domiciliation » (médecins, infirmiers, CESS) afin de suivre des patients résidant en ville, dans un logement de la société hlm sous-loué par l'hôpital, et dont le bail a vocation à être transformé en bail glissant en cas d'évolution favorable du patient.

Concernant le maintien dans le logement des personnes déjà installées dans le parc social, des plans d'accompagnement spécifiques sont aussi conçus en impliquant, outre le personnel du bailleur, les associations de quartier, les centres communaux d'action sociale, les services sociaux, des centres médico-psychologiques ou services de psychiatrie. De fait, il est impossible pour les bailleurs de régler seuls des enjeux dont l'ampleur est trop souvent sous-évaluée.

Immobilière Atlantique Aménagement

Un partenariat entre Immobilière Atlantique Aménagement, 5 autres bailleurs sociaux de la Vienne et le CHS Henri Laborit (Poitiers) a été signé en 2016 dans le but de faciliter le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans le cadre de cet engagement, le CHS Henri Laborit fournit un soutien aux bailleurs sociaux, via un numéro d'appel unique vers les CMP de Poitiers et Châtelleraut, et un accompagnement des personnels des bailleurs pour la gestion des troubles psychiques¹⁰.

¹⁰ <https://ch-laborit.fr/chl-bailleurs-sociaux-sassocient-faciliter-lacces-logement-personnes-presentant-troubles-psychiques/>

Les bailleurs sociaux opèrent aussi en recourant à des équipes mobiles spécialisées déployées dans certains territoires. La mission confiée à de telles équipes consiste notamment à renouer avec des locataires dans une situation complexe et à présenter la situation aux différents acteurs susceptibles de contribuer à la résolution des difficultés rencontrées. Si les équipes s'appuient le plus souvent sur des associations et parfois des établissements publics de santé mentale, elles sont composées, selon les cas, de compétences pluridisciplinaires (psychologue, travailleur social, psychiatre). Ce modèle demeure très hétérogène variant fortement selon les conditions de financement de la mission.

Toit et Joie

En 2013, Toit et Joie et Aurore ont constitué une équipe mobile de 5 psychologues dans le cadre d'un double appel à projets de la DIHAL et du Fonds pour l'innovation sociale de la FESH. Cette équipe mobile a été mandatée pour faire un diagnostic sur la situation d'isolement de personnes en souffrance (« auto-isolement », « souffrance psychosociale », syndrome de Diogène, conduites addictives, etc.) tant en allant à la rencontre des intéressés qu'en faisant le point avec les professionnels environnant la personne (services sociaux, psychiatrie, associations, collectivité locale, etc.). L'objectif était de permettre au bailleur (gardiens, gestionnaire, pôle social, etc.) de pouvoir répondre aux demandes implicites de ces locataires grâce à la médiation de l'équipe mobile¹¹.

EXEMPLE

Plus généralement, les problématiques de santé mentale font ressortir la nécessité de renforcer la pluridisciplinarité dans le suivi et la prise en charge des personnes en souffrance, et de mettre en place une véritable médiation entre les différents acteurs spécialisés (hôpital, secteur social, médico-social, association, etc.).

4. L'intégration croissante du parcours de soins aux solutions résidentielles

Grâce à leur rôle de constructeur et de gestionnaire, les bailleurs sociaux ont démontré leur capacité à concevoir des structures favorisant l'accueil de personnes partiellement autonome, et ce, selon différents modèles. Ils confirment ainsi leur positionnement en tant qu'acteurs de l'aménagement du territoire au service des collectivités, y compris sur le plan sanitaire, en favorisant la relocalisation du soin au domicile sur le modèle d'un « CHU hors les murs » (a) ou par l'installation de services de santé dans les ensembles immobiliers, notamment en rez-de-chaussée (b).

¹¹ Association Aurore, « Accompagnement psycho-social dans le logement : les enseignements d'une équipe mobile », avr. 2018.

a) Partenariats pour des « CHU hors les murs »

Les liens entre les bailleurs sociaux et certains CHU ont fait l'objet d'expérimentations particulièrement intéressantes. Dans ce cadre, les bailleurs sociaux ont démontré pouvoir jouer un rôle d'intégrateur de solutions territoriales autour du logement, en nouant des partenariats avec des centres hospitaliers, dont certaines équipes ont accepté d'intervenir « hors les murs » traditionnels de l'hôpital. Ces partenariats ont conduit à repenser des foyers de vie et résidences en vue d'offrir à des adultes en situation de handicap, partiellement autonomes, une chambre individuelle avec la possibilité d'activités communes, notamment socio-éducatives, ainsi qu'un suivi médical adapté au sein de la résidence. De manière générale, ces expériences font apparaître la nécessité de créer davantage de liens entre les opérateurs HLM et les CHU pour fluidifier le parcours de santé. Ces expériences prennent la forme d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), mais pas seulement.

Noalis (ex. Dom'aulim)

Création d'une résidence intergénérationnelle à Limoges dans le cadre d'un partenariat entre les groupes Action Logement, Prévoyance Acmil/Mutlog, la mutualité du Limousin et le CHU de Limoges, en vue de faire cohabiter sous le même toit des personnes en début de maladies cognitives et des étudiants médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes. Cette résidence a ainsi été conçue en lien avec les services gérontologiques du CHU de Limoges en vue de fournir aux résidents un « suivi permanent ».

EXEMPLE

b) Valorisation des rez-de-chaussée des immeubles locatifs

Les programmes immobiliers offrent aussi des opportunités de rapprocher le logement du parcours de soin. Ainsi en va-t-il de la valorisation des rez-de-chaussée par l'installation de centres d'accueil de jour ou de maisons de santé.

• Installation de centres d'accueil de jour

Afin de soulager les familles et aidants, pour une demi-journée ou journée, certains organismes ont conçu l'installation de centres d'accueil de jour en rez-de-chaussée. L'ouverture de tels centres d'accueil pour les personnes âgées dépendantes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer, vivant encore à domicile, repose sur un modèle de résidence mixte, permettant, en sus des logements locatifs, d'offrir aux personnes souffrantes la possibilité de maintenir des contacts sociaux et de participer à des animations.

Centre d'accueil interbailleur à Paris

En 2017, une opération de maîtrise d'ouvrage a réuni 3 bailleurs sociaux de la Ville de Paris, Paris-Habitat, Élogie-Siemp et la Régie immobilière de la ville de Paris (RIVP), autour d'un projet de construction en mitoyenneté dans le 20^e arrondissement. Co-financé par l'État, la Région Île-de-France et la Ville

EXEMPLE

de Paris, ce projet s'inscrit dans les objectifs du plan climat de la ville. Paris Habitat s'est engagé sur la construction d'un foyer de vie de 30 chambres, 6 studios et un centre d'accueil de jour de 15 places. La RIVP s'est engagée sur une résidence étudiante de 121 studios PLUS, 1 logement T4 de fonction, et des locaux communs, dont la gestion est confiée au CROUS de Paris. Enfin, Élogie-Siemp s'est engagée sur 50 logements sociaux, 1 centre de consultation de protection maternelle infantile et 36 places de stationnement¹².

• Installation de maisons de santé

L'accès à des soins de proximité pour la population, notamment pour les personnes les plus fragilisées en termes de mobilité, d'affections chroniques ou dans une situation de précarité financière, constitue un critère important pour améliorer les conditions de santé des habitants. Depuis une dizaine d'années, en particulier depuis la loi HPST de 2009, les pouvoirs publics incitent au développement de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Le gouvernement poursuit un objectif de 2000 MSP d'ici à 2022 à travers la stratégie MaSanté2022. En regroupant des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, ces structures permettent une mutualisation des coûts d'installation pour les professionnels de santé, favorisant l'installation de jeunes professionnels libéraux dans des territoires sous-dotés et facilitant ainsi l'accès aux soins communs pour la population. De tels projets sont soutenus tant par les ARS que par les communes, que ce soit dans le cadre d'une programmation financière (subventions) ou foncière.

Conscients des enjeux liés à cette nouvelle pratique (continuité des soins, désertification médicale, prise en charge des maladies chroniques, etc.), certains bailleurs sociaux ont apporté leur savoir-faire en matière d'aménagement du territoire pour la réalisation de ce type d'équipement dans le cadre de projets mixtes (programme de logements avec MSP).

Drôme Aménagement Habitat

En lien avec la commune de Luc-en-Diois (Auvergne-Rhône-Alpes), Drôme Aménagement Habitat a réalisé une MSP sur une parcelle comprenant notamment 1 MARPA (22 logements pour personnes âgées) et 6 logements locatifs sociaux. Ce projet a été conçu en collaboration avec les professionnels de santé médicaux et paramédicaux occupant les lieux, à savoir 2 médecins généralistes, 2 cabinets d'infirmières, 1 cabinet pour des spécialistes et 2 masseurs-kinésithérapeutes. Le bâtiment de 240m² en rez-de-chaussée répond à la réglementation thermique RT 2012 limitant la consommation d'énergie à 50kWhEP/m²/an en moyenne.

¹² <https://elogie-siemp.paris/actualites/operation-exemplaire-de-maitrise-douvrage-reunit-3-bailleurs-sociaux-de-ville-de-paris/>

Ces dispositifs permettent de finaliser un projet de construction, en particulier en ce qu'ils fournissent des solutions d'occupation de pieds d'immeuble, aujourd'hui difficiles à valoriser dans la conception des programmes.

Si le développement de programmes mixtes est aujourd'hui une réalité, une tendance relativement nouvelle consiste à développer la conception de MSP en lien avec les logements-foyers. De tels programmes sont valorisants mais complexes, car ils supposent de concevoir un projet avec trois types d'acteurs au moins : le bailleur, le gestionnaire du foyer et les professionnels de santé.

SA Les Foyers

La SA Les Foyers est partie prenante dans la conception, le portage immobilier et/ou la gestion de 140 structures dédiées en région Bretagne. En 2014, à Eréac, la société a livré un établissement destiné à la prise en charge de la grande dépendance et de la désorientation, la gestion étant assurée par la Mutualité retraite Côtes-d'Armor. La spécificité du projet tient au fait qu'une salle de télémedecine a été implantée dans l'Ehpad en vue d'assurer l'accès aux soins spécialisés pour les résidents de l'Ehpad (72 places), mais aussi de la population locale (commune de 600 habitants).

EXEMPLE

B. L'intégration des questions sanitaires dans la conception du cadre de vie

Si le bien-vivre dans son logement est une question élémentaire pour les bailleurs sociaux, ces derniers contribuent aussi de manière significative à réduire l'exposition des habitants aux risques sanitaires, que ce soit leur implication dans les projets territoriaux de santé (1), par leur réflexion touchant l'environnement des immeubles collectifs (2), mais aussi par l'intégration croissante des enjeux sanitaires dans les démarches de qualité de service (3) ainsi que l'information délivrée aux locataires sur le bon usage du logement (4).

1. L'implication des bailleurs sociaux dans les projets territoriaux de santé

Les « projets territoriaux de santé » ont pour objet de mieux coordonner l'offre de soins et le parcours médical des patients en rapprochant les acteurs de la ville des professionnels du parcours de soins. Ces projets sont le fruit de collaborations territoriales liant les collectivités territoriales (mairies, métropoles, départements, etc.), les institutions en santé (ARS) ainsi que les associations (de quartier ou régionales). Ces dispositifs de prévention doivent couvrir les risques sanitaires liés au logement. La participation des bailleurs sociaux aux projets territoriaux de santé prend plusieurs formes.

Les bailleurs sociaux sont d'abord impliqués dans la mise en œuvre des plans régionaux de

santé. En effet, les bailleurs apportent souvent leurs compétences aux ARS dans le cadre de « contrats locaux de santé ». Ces contrats sont portés conjointement par une ARS et une collectivité territoriale pour organiser la mise en œuvre des projets régionaux de santé, en vue de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé avec les différents acteurs intervenant à l'échelle du territoire. La participation des bailleurs sociaux aux contrats locaux de santé fait l'objet de retours très positifs et devrait être renforcée.

Les bailleurs s'impliquent aussi au travers des conseils locaux de santé mentale (CLSM). Identifiée comme l'une des priorités relevant du cadre d'action de la politique de la ville dès les années 2000, l'intégration de la santé mentale au sein de la politique municipale, par les CLSM, a été définie juridiquement en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé. Ces conseils constituent un espace de concertation et de coordination présidé par un élu et co-animé par le secteur de la psychiatrie et les usagers/aidants. Ils associent tout acteur du territoire intéressé par la santé mentale. Les bailleurs sociaux peuvent être membre du comité de pilotage des CLSM, au même titre que le coordonnateur de l'atelier santé ville, les professionnels du secteur psychiatrique ou des représentants d'usagers. Selon l'État des lieux national des CLSM (CCOMS, 2018), un CLSM sur quatre a un bailleur social dans son comité de pilotage et 73% des CLSM consacrent un groupe de travail à la dimension Logement / Habitat.

Enfin, lors de la récente période de confinement, les bailleurs sociaux se sont avérés être des interlocuteurs privilégiés du territoire pour les préfets, les maires et les autorités de santé en matière de veille sanitaire. Compte tenu de leur bonne connaissance de la population résidente dans leurs ensembles immobiliers, ils ont pu rapidement prendre des initiatives de sorte à garantir au cours de la période de confinement « une permanence de lien » avec les personnes isolées (relations de proximités, veille sanitaire, signalements, mise en relation avec les institutions de santé, voire détections de décès à domicile).

La Cité Jardins

Pour faire face à la crise sanitaire, la Cité Jardin a mis en place un plan d'utilité sociale ayant pour objet de détecter les personnes à risque parmi les locataires de son parc : identification des personnes isolées de plus de 70 ans, mise en place d'un phoning tous les 48h sur volontariat, prise en compte des besoins de première nécessité, signalement auprès des CCAS. Pour les autres ménages à risques : personnes isolées de moins de 70 ans, ménages monoparentaux et ménages avec personnes handicapées, un plan de phoning a été délégué auprès d'un prestataire spécialisé : Médiation. Il convient de signaler que dans le cadre de ce plan, la Cité Jardins a détecté deux décès à domicile, permettant ainsi la prise en charge à bref délai des défunts.

EXEMPLE

2. Les réflexions sur l'environnement des immeubles locatifs

En lien avec les réflexions des architectes et des urbanistes, les enjeux de santé environnementale sont aussi pris en compte par les bailleurs sociaux en tant que maîtres d'ouvrage. À travers les programmes de construction ou de rénovation, les bailleurs sociaux exercent une responsabilité sanitaire au travers du logement, en tant que déterminant de santé, mais aussi sur les questions liées : qualité de l'eau, conditions de travail, nuisances sonores, îlots de chaleur, perception de la nature, etc. Il convient de noter que la période de confinement a mis en lumière l'importance de l'isolation acoustique et de l'accès à des balcons lorsque le logement devient le lieu de séjour principal, voire unique, d'une personne, d'un ménage.

Clairsienne

Clairsienne s'est adjoint l'appui d'experts en santé environnementale pour engager le projet expérimental LUMI visant à concevoir un espace multifonctionnel (logement, bureau, jardins, etc.) organisé autour d'une réflexion sur la santé des occupants : il s'agit d'évaluer l'impact sanitaire du choix des matériaux, des procédés de mise en œuvre et d'entretien du lieu.

EXEMPLE

Les enjeux sanitaires liés à l'environnement des immeubles locatifs se posent avec une particulière acuité en matière de renouvellement urbain. L'ANRU joue en ce sens un rôle moteur en termes de santé dans la conception et l'aménagement des espaces urbains, la notion de "bien-être" faisant partie de son règlement général depuis 2014. Dans le cadre de la préfiguration du Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain (NPNRU), qui vise à mieux articuler l'urbain et le social dont la santé, l'ANRU a même signé un protocole avec l'ARS Île-de-France en 2017 pour mieux articuler les programmes de renouvellement urbain avec les sujets de santé. Ce travail a permis d'identifier certains quartiers particulièrement fragilisés, selon 5 critères dont la médecine de proximité, l'offre médico-sociale pour les personnes âgées et handicapées et les vulnérabilités environnementales.

De nombreuses initiatives sont par ailleurs mises en œuvre pour mieux intégrer la santé, au sens large, dans le projet de rénovation urbaine en travaillant à l'adaptation de l'offre médicale avec tous les acteurs concernés, que ce soit autour de projets de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de structures d'hébergements adaptés au parcours de vie de la population. Plus largement, l'ANRU anime une réflexion sur la place de l'immeuble dans son environnement urbain, afin de réduire l'exposition de certains îlots aux polluants environnementaux ou aux nuisances sonores.

3. L'information des locataires sur le bon usage de leur logement et leur environnement direct

Afin de prévenir les risques de développement de pathologies diverses, l'action des bailleurs sociaux passe par la délivrance aux locataires des informations nécessaires sur le bon usage

du logement (aération, ventilation mécanique contrôlée, matériaux utilisés, produits de nettoyage).

L'un des sujets de préoccupation majeurs demeure celui de la qualité de l'air intérieur. Un habitant va passer 60 à 70 % de sa vie dans son logement. Les bailleurs jouent ainsi un rôle de premier plan dans la réduction de l'exposition des résidents aux polluants intérieurs, soit directement au niveau des espaces communs, soit indirectement par la délivrance d'une information adaptée aux locataires pour ce qui concerne les espaces privatifs. « *Il existe un réel processus d'apprentissage des bailleurs sur ce sujet* » (Francis Deplace, Delphis).

En donnant cette information à l'entrée dans le logement, les bailleurs s'assurent de la bonne compréhension des recommandations de bien-vivre en effectuant une visite annuelle des logements pour s'assurer du respect des engagements. Des guides d'information sont également édités et mis à la disposition des locataires. Des ateliers d'information sont organisés autour de l'habitat et de la santé avec les locataires dans l'objectif de les sensibiliser. L'information délivrée aux locataires doit être renouvelée régulièrement et adaptée : « les animations et mises en situation sont un mode de communication plus parlant pour les populations, tout comme les tutos réalisés par les ESH sur facebook ou twitter » (Isabelle Lagache, Foyer Stéphanois).

La délivrance de l'information peut aussi prendre la forme de formations. De nombreuses formations aux écogestes intègrent déjà les enjeux sanitaires environnant le logement. Afin d'accélérer le déploiement de formations relatives à l'utilisation du logement, ces formations pourraient être structurées de sorte à être éligibles au compte personnel de formation des locataires.

Clairsienne

En 2018, Clairsienne a organisé une journée de formation sur le thème « Habitat et Santé » ainsi que 8 ateliers pour sensibiliser les familles locataires avec de jeunes enfants aux déterminants de leur santé. Pour concevoir la démarche, un comité de pilotage a été établi avec l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le centre Artémis du CHU de Bordeaux, un pédiatre pneumologue, le cabinet OSE, Bordeaux Métropole et l'équipe de Clairsienne.

EXEMPLE

Enfin, à l'occasion des visites annuelles de sécurité et d'entretien réalisées par le bailleur, ce dernier est à même de prévenir plus spécifiquement les risques d'accidents domestiques (chutes, suffocation, électrocution, défenestration, incendie, etc.), que ce soit en ciblant davantage l'information à délivrer aux locataires ou en procédant à des mesures d'entretien du patrimoine.

4. L'intégration des enjeux sanitaires dans l'entretien du patrimoine

À côté du bon usage du logement, le bailleur est quant à lui responsable de l'entretien du bâtiment, qu'il s'agisse de l'entretien courant des parties communes ou de la maintenance et de la rénovation du patrimoine. La formalisation des enjeux sanitaires dans l'élaboration des cahiers des charges est encore peu documentée. La démarche répond néanmoins aux critères de qualité de vie les plus importants pour les habitants, à savoir :

- le confort thermique
- la consommation énergétique
- l'isolation phonique
- la qualité des matériaux de construction
- les produits d'entretien utilisés
- l'aération et la ventilation¹³.

À ce titre, certaines ESH se sont intéressées à l'incidence des matériaux de construction (isolants, peintures, etc.) ou à celle des produits d'entretien sur la qualité de l'air intérieur dans leurs relations aux sous-traitants. De nombreux composants sont en effet susceptibles de générer des polluants dans les espaces communs. Certaines Esh ont même proscrit certains produits d'entretien dans le cadre du cahier des charges de leurs sous-traitants.

Clairsienne

L'entreprise Clairsienne a mis en place une charte du nettoyage sain en 2017 comprenant 22 engagements pour un nettoyage favorable à la santé, l'environnement, la sécurité et la qualité de l'air intérieur. La charte s'articule autour du choix de produits d'entretien respectueux, de la rationalisation de l'usage, l'adaptation des méthodes de travail et des pratiques d'achats responsables, l'information, la formation et la sensibilisation des prestataires comme des locataires.

EXEMPLE

L'entretien courant du parc est devenu une priorité sanitaire lors de l'épidémie de Covid-19. Au-delà des règles d'hygiène et de propreté courante, les plans de continuation d'activité des bailleurs sociaux visaient spécifiquement la désinfection des objets contaminant : digicodes, poignées de porte, boutons d'ascenseur, rampes d'escalier, etc. Il convient de noter que face aux difficultés rencontrées par les sous-traitants dans cette période, l'internalisation des certaines fonctions (gardiennage, personnels de proximité, agents d'entretien, etc.) a confirmé la robustesse et l'efficacité du modèle Hlm dans un contexte de risque sanitaire.

Outre l'entretien courant du patrimoine, il convient de souligner que la rénovation énergétique du parc social recouvre aussi une composante sanitaire indéniable. « *Les préoccupations d'ordre technique sont mises en relation avec les préoccupations d'ordre sanitaire dans la construction des bâtiments* » (Francis Deplace, Delphis). Les impacts sanitaires des

¹³ Baromètre Qualitel 2017

opérations de rénovation énergétique sont en effet multiples :

- mise à niveau les systèmes de ventilation et de chauffage, évitant ou résorbant les apparitions de moisissures nuisibles à la santé ;
- recherche préalable de matériaux toxiques pour les habitants (amiante, plomb, radon, etc.) ;
- engagement d'une production durable de qualité (respect de la certification NF Habitat, écoquartiers, label BBC, etc.) ;
- prise en considération des bonnes pratiques de construction dans le BTP (mesures « écochantier »).

Dans ce cadre, la prévention des risques liés au bâtiment est une évidence depuis une dizaine d'années : amiante, traitement des moisissures, pollution des terres ou écoconduite des chantiers.

On le voit, l'action des bailleurs sociaux dans le champ sanitaire est extrêmement large, même si elle est encore peu reconnue en tant que telle. Cette action est en réalité le reflet de l'importance du logement comme déterminant de santé. La plus-value sociale des bailleurs dans le champ sanitaire pourrait cependant être encore accrue en prenant davantage conscience du fait que l'habitat social peut constituer un véritable levier de régulation des dépenses de santé.

Chapitre II. L'habitat social comme levier de régulation des dépenses de santé

L'investissement des bailleurs sociaux dans le champ de la santé contribue directement à réguler les dépenses aujourd'hui financées par la sécurité sociale, que ce soit par une réduction des risques sanitaires liés au logement, par une amélioration des conditions de prise en charge de certaines pathologies, voire par une démocratisation de l'accès au parcours de soin. L'action des bailleurs sociaux est d'ores et déjà bien réelle et mériterait à être confortée (A), mais elle pourrait être amplifiée dans le cadre d'un élargissement de leur mission d'intérêt général (B).

A. Conforter l'action des bailleurs sociaux dans le champ de la santé

L'action des bailleurs sociaux dans le champ de la santé est aujourd'hui manifeste, sans pour autant être reconnue. En effet, les bailleurs sociaux ont pleinement conscience de leur rôle pour aider les ménages modestes à faire face à leurs dépenses de santé (1) de même qu'ils contribuent grandement à désengorger les structures d'hébergement (2) et qu'ils jouent un rôle actif dans la prévention des risques sanitaires (3).

1. La réduction des inégalités sociales de santé

Économiquement parlant, les ménages modestes opèrent un arbitrage de leurs dépenses entre leurs besoins fondamentaux (logement, alimentation, hygiène, santé, etc.). Plus le logement est cher, moins un ménage peut faire face à ses autres dépenses contraintes, telles que les coûts de santé. Les investissements publics dans le logement en faveur de la solvabilisation des ménages les plus précaires concourent ainsi directement à lutter contre renoncement aux soins. Évidemment, ce raisonnement vaut pour toutes les charges contraintes, mais il se vérifie d'autant plus que l'allocation du parc social bénéficie à des populations confrontées à des situations de précarité sanitaire. Ce phénomène est désormais désigné par la notion « d'inégalités sociales de santé » (Santé Publique France, 2010). Il est corrélé à la localisation du domicile des ménages. Il a ainsi été démontré, en mesurant « l'accessibilité potentielle localisée » aux soins, que les quartiers sociaux recouvrent souvent la carte des déserts médicaux¹⁴. Comme l'a souligné la DREES, il y a « une corrélation forte entre sous-densité médicale, faible attractivité et moindres équipements », quelle que soit la taille de la commune¹⁵.

¹⁴ Observatoire Régional de la Santé d'Île de France, « Les Déserts médicaux : de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? », mars 2018.

¹⁵ DREES, Études et Résultats, fév. 2020, n° 1044.

À l'échelle du ménage, le report des dépenses de logement sur celles de santé est cependant aujourd'hui mal documenté¹⁶. La difficulté à évaluer les arbitrages entre les dépenses contraintes des ménages tient notamment à la divergence dans la définition des notions employées. Il en va en particulier de la notion de « reste-à-vivre ». Définie pour le traitement du surendettement¹⁷, la notion de reste-à-vivre n'inclut cependant pas les frais de santé¹⁸ au motif que les dépenses de santé sont pour l'essentiel mutualisées à travers l'assurance maladie. Cette approche est cependant partiellement biaisée. En effet, les dépenses non prises en charges, telles que celles liées à l'autonomie, au maintien à domicile ou à l'ambulatoire reste des dépenses contraintes à la charge du ménage. Selon la DREES, ces dépenses de santé restant à charge des ménages représentent 7 % de l'ensemble des dépenses de santé à l'échelle macro¹⁹. Qui plus est, la notion de reste-à-vivre ainsi définie ne permet pas davantage de mesurer le rapport entre les dépenses de santé et celles de prévention, relatives aux déterminants de santé, tels que le logement.

À cet égard, les bailleurs sociaux font preuve de volontarisme à deux niveaux.

En premier lieu, les bailleurs sociaux opèrent une évaluation plus fine des besoins de ménages dans le cadre des procédures d'attribution en évaluant le « reste-à-vivre » des ménages dans le cadre d'une approche globale. Pour les bailleurs sociaux, la notion de reste-à-vivre est en effet appelée à rendre compte des ressources disponibles du ménage pour s'acquitter de l'ensemble des dépenses contraintes en sus de celles liées au logement : santé, alimentation, vêtements, transport, scolarité. Dans ce cadre, les dépenses de santé sont donc prises en compte, ce qui conduit à valoriser les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale. La notion de reste-à-vivre utilisée par les bailleurs est ainsi plus proche de la situation perçue par les ménages. Ce volontarisme vise d'abord à évaluer les capacités économiques réelles d'un ménage et à mieux rendre compte de la complexité des situations. Elle incite aussi les bailleurs sociaux à intégrer davantage la gestion des risques sanitaires liés au logement.

En second lieu, et dans le prolongement, les bailleurs sociaux prennent en charge une part des dépenses de santé, soit en internalisant certaines fonctions (personnel médico-social, équipes de psychiatrie), soit en s'adjoignant des compétences spécialisées (gestionnaire de foyers médicalisés, associations spécialisées). En matière de risques sociétaux, les bailleurs sociaux ont institutionnalisé la coopération avec des associations, que ce soit en achetant des prestations ou en versant des subventions de fonctionnement. Les coûts supportés à travers ces interventions sanitaires sont cependant considérés comme des frais de fonctionnement incompatibles avec les mesures d'efficacité déployées par l'ANCOLS. En effet, les

¹⁶ Sur le non-recours aux soins et le reste à charge, v. bibliographie : G. Chevaillier, « Les inégalités sociales et territoriales de santé », EHESP, juillet 2018, p. 21.

¹⁷ Initialement par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, puis par l'article 78 de la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant Engagement National pour le Logement.

¹⁸ Sont visées les dépenses de logement, d'électricité, de gaz, de chauffage, d'eau, de nourriture et de scolarité.

¹⁹ DREES, Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2019

charges supportées par les bailleurs sociaux (coûts de personnel, le coût des autres charges, le nombre d'ETP) sont aujourd'hui rapportés sur la base de critères exclusivement liés à la gestion du patrimoine (nombre de logements et foyers gérés, le nombre de logements et foyers vacants, la part du parc en QPV, la part du parc individuel, l'âge moyen du parc, etc.). Dans ce cadre, il n'est pas possible de rendre compte des dépenses d'investissement non patrimoniales, tels que les dépenses afférentes à la gestion du risque sanitaire ou à la mutualisation de service de santé. La plus-value sanitaire de l'action des bailleurs est pourtant évidente, tant en ce qu'elle permet de soulager la pression sur les autres institutions sanitaires qu'en matière de solvabilisation des ménages les plus précaires. Le transfert de charges de l'hôpital vers le domicile, et *in fine* vers le bailleur constitue en ce sens non pas des frais de gestion supplémentaires, mais des dépenses d'investissement.

La SAGIM et Le Logis Familial

Implantés dans la région d'Alençon (61), la SAGIM et Le Logis Familial ont été confrontés à une augmentation préoccupante des ménages sujets au « syndrome de Diogène » (non-entretien du logement, phénomènes extrêmes de stockage de détritits, absence d'hygiène) générant de nombreux désordres alentour (enjeux de sécurité immédiats, troubles de voisinage d'importants, augmentation des nuisibles). Pour traiter ces situations complexes, les sociétés ont alors pris l'initiative de mandater une association (Média'Dom) pour entrer en relation avec des locataires, établir une médiation, leur proposer un logement transitoire, désencombrer et désinfecter les logements. « Parfois notre rôle est de permettre tout simplement l'accès à un médecin traitant », a observé Florence Bellanger, coordinatrice de l'association. Le dispositif mis en place pour le traitement de ces syndromes de Diogène a conduit les bailleurs à se poser un intégrateur de solutions en créant davantage de transversalités avec d'autres acteurs du territoire : Coallia, le Conseil départemental, le PASS Centre Psychothérapeutique de l'Orne, le CCAS, le PASS CHIC, la CSAPA, le Pôle Ornais de Lutte Contre l'Habitat Indigne, et la CAF. Ce projet a aussi reçu le soutien du Fonds pour l'innovation sociale de la FESH.

EXEMPLE

Le transfert de la gestion du risque sanitaire sur le bailleur *in fine* tient au fait que le bailleur loge des personnes qui ne sont pas en demande d'aide et qui ne sont pas forcément connues des institutions, car ayant perdu leurs droits notamment. À travers la gestion de proximité et les éventuels incidents de paiement sur les loyers, les bailleurs sociaux occupent une place privilégiée en matière de détection des situations à risque et fournissent des solutions de premier recours.

2. Le désengorgement des structures d'hébergement

Les bailleurs sociaux sont mobilisés pour proposer des solutions de sortie aux diverses structures d'hébergement d'urgence, qu'il s'agisse de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, d'hébergement de stabilisation, de pension de famille, de logement-foyer, d'établissement pour personnes âgées dépendantes, de lit halte soins santé ou de service hospitalier. En effet, le droit à l'hébergement opposable fait obligation de trouver des solutions d'hébergement à toute personne sans abris en « détresse médicale, psychique ou sociale » en les orientant vers des structures susceptibles de leur assurer « l'hygiène [voire] une première évaluation médicale [et] psychique »²⁰. Toutefois, alors que les structures d'hébergement sont saturées, les bailleurs sociaux constituent aujourd'hui les seuls organismes susceptibles de produire de nouvelles capacités de prise en charge, en lien avec les SIAO.

Afin de désengorger les structures d'hébergement et les services hospitaliers, les bailleurs sociaux sont ainsi incités à prendre en charge des personnes faisant face à des difficultés d'insertion et/ou à des problèmes de santé, et ce, alors que l'accès au logement est normalement destiné à des personnes autonomes. Pour autant, les bailleurs sociaux ne peuvent pas proposer les services d'accompagnement nécessaires dans le cadre du « bail social », si bien qu'ils ne peuvent offrir les services nécessaires sans que ces charges ne soient imputées sur leurs frais de fonctionnement ou de personnels, biaisant ainsi l'évaluation qui peut être faite de leur action. En tout état de cause, cette dernière demeure limitée compte tenu de la réglementation, ainsi que des attendus de l'ANCOLS en termes de coûts de gestion.

Pour permettre aux bailleurs sociaux d'œuvrer en faveur de la sortie d'hébergement de manière plus efficace et plus lisible, il conviendrait de leur permettre de délivrer certains services de santé liés à l'accueil de personnes partiellement autonomes, ou « quasi autonomes ». Il s'agit d'un enjeu d'importance pour les finances publiques, le Conseil d'État ayant estimé, en 2011, que la part des personnes accueillies en structures d'hébergement temporaire et pouvant prétendre au logement est de 30%, soit un coût annuel de 143 millions pour les seules personnes hébergées en CHRS qui auraient pu être logées²¹. Or le coût moyen de prise en charge d'une personne en structure d'hébergement d'urgence (hors CHRS) est de 28,90 euros par jour²², voire de 1 000 à 1 500 € dans un service de médecine hospitalier²³, contre 12 € chez un bailleur social²⁴. Compte tenu du différentiel de coût, il serait sans doute judicieux soit d'élargir le champ des charges locatives refacturables à certaines dépenses de santé, soit de financer des partenariats spécifiquement conçus.

²⁰ L. 345-2-2 du CASF

²¹ FORS Recherche sociale, Les coûts sociaux du mal-logement, n° 204, oct.-déc. 2012.

²² Rapport d'information n° 614 (2018-2019) de MM. Guillaume ARNELL et Jean-Marie MORISSET, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 26 juin 2019

²³ ATIH, ScanSanté, Référentiel de coût des unités d'œuvres (RTC), année 2018

²⁴ Moyenne nationale réalisée en rapportant les recettes locatives sur le nombre de logements et équivalents-logements, Enquête Analyse & Statistiques, FESH, 2019.

3. La prévention des risques et réduction des coûts sanitaires

Les risques sanitaires liés au logement, au-delà de dégrader la qualité de vie et santé de ses habitants, entraînent des coûts non négligeables pour le système de santé, notamment dans le cadre de la lutte contre la perte d'autonomie. Si le phénomène de vieillissement ne peut être enrayeré, l'action des bailleurs sociaux concourt activement au maintien de vie en bonne santé.

L'action préventive des bailleurs sociaux dans le champ sanitaire devrait en ce sens être pleinement reconnue, par des engagements éventuellement pris dans le cadre des Conventions d'utilité sociale (« CUS ») qui définissent les engagements et objectifs de chaque organisme Hlm envers l'État²⁵. En effet, par l'information qu'ils délivrent, par leur politique de proximité, par les visites annuelles de sécurité et d'entretien auxquels ils procèdent, les bailleurs sociaux conduisent une action qui tend très directement à réduire certains risques sur la santé des habitants, et concourent ainsi à une meilleure maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Cette action de prévention passe notamment au travers de :

- la sensibilisation au bon usage des logements sains et performants mis à disposition (aération, chauffage, avertissement sur l'usage de certains produits ménagers et polluants toxiques, etc.) réduisant le risque :
 - **d'intoxications au monoxyde de carbone** : avec près de 4000 personnes intoxiquées par an, cette conséquence due au mauvais fonctionnement de chaudière, chauffe-eau ou radiateur, et au défaut d'aération, a entraîné sur l'année 2017-2018 la prise en charge de 2 222 personnes par un service d'urgence hospitalier, 479 en service de médecine hyperbare et 356 ont été admises en hospitalisation²⁶.
 - **de saturnisme infantile** : issue d'une exposition au plomb, même à faibles doses, cette pathologie peut avoir des conséquences sur le développement psychomoteur chez l'enfant à court et long terme, dont le coût est difficilement estimable (diagnostic, consultations chez des spécialistes, aides à la prise en charge d'un handicap, etc.). En 2016, ce sont 837 nouveaux cas de saturnisme infantile qui ont été notifiés.
 - **d'asthme** : déclenchée ou aggravée par certains allergènes (acariens, moisissures, pollen), produits chimiques ou la pollution de l'air, cette pathologie respiratoire touche 4 millions de Français, avec une prévalence de 10 à 16 % en milieu scolaire et de 6,7 % chez les adultes. L'asthme sévère (5 % des cas) est directement associé à plus de 60 000 hospitalisations²⁷. Une étude a estimé à 4 millions d'euros le surcoût lié à l'aggravation des symptômes d'enfants asthmatiques vivant dans un logement présentant des signes d'humidité en 2006²⁸. Les coûts sanitaires et économiques liés à la mauvaise qualité de l'air intérieur sont estimés entre 10 et 40 milliards d'euros par an, dont 1 milliard pour le remboursement des médicaments antiasthmatiques²⁹.

²⁵ Articles L. 445-1 à 445-7 du CCH.

²⁶ Santé Publique France, Bulletin de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone, avril 2018.

²⁷ INSERM, dossier d'information sur l'asthme, en ligne.

²⁸ Sur la base des 20% de ménages déclarant, en 2006, des signes d'humidité dans leur logement avec 25% d'enfants exposés, soit 3 millions d'enfants de moins de 15 ans

²⁹ <https://wecf-france.org/qualite-de-lair-interieur-lancement-dun-plan-dactions-2013/#>

- la réduction des risques de chutes et donc d'hospitalisations associées, par l'adaptation des logements anciens et la production de logements neufs évolutifs :
 - **les chutes** représentent plus de la moitié (53%) des accidents domestiques (qui font chaque année près de 4,5 millions de blessés, dont 500 000 hospitalisations, et 20 000 décès). Les enfants et les personnes âgées sont les premiers concernés par les chutes, se déroulant majoritairement à l'intérieur du logement, avec respectivement 60 % et 82 % d'accidents. Les fractures, contusions et plaies ouvertes en constituent les premières conséquences et peuvent nécessiter des hospitalisations plus longues et plus fréquentes pour les personnes âgées³⁰.

Antin Résidences

En 2014, en lien avec le Fonds pour l'innovation sociale de la FESH, la société Antin Résidences a désigné l'ALFI pour mener une recherche-action sur la problématique de la chute à domicile dans le cadre d'un partenariat engagé avec le Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé (LEPS) de l'université de Paris 13. Ce programme portait sur la thématique de « l'identité-logement » des personnes âgées dans un contexte de l'adaptation du logement et de la prévention de la chute. Il consistait à rendre opérationnel et reproductible au sein de plusieurs ESH, un programme éducatif permettant au locataire âgé chuteur d'aménager son logement. Cette réflexion collective a permis d'inscrire cette recherche-action au-delà de l'adaptation classique effectuée auprès des personnes âgées. L'aspect éducatif de la démarche tout autant que la prise en compte spécifique des sujets âgés chuteurs ont constitué deux éléments innovants du projet par rapport aux pratiques usuelles.

EXEMPLE

- le maintien de l'autonomie des personnes et du lien social, avec les résidences intergénérationnelles et autonomie, permettant de retarder une entrée en institution :
 - parmi les plus de 75 ans, un tiers des résidents d'Ehpad sont en situation de détresse psychologique (signes de dépression ou d'anxiété), contre un quart des seniors vivant à domicile³¹.
 - le recours aux services des urgences des résidents d'Ehpad est supérieur, ils constituent le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour ces personnes, quel que soit leur âge, dans 64 % des cas (contre 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus et 15 % dans la tranche d'âge 30-70 ans, en population générale)³².
 - le prix d'hébergement médian par jour et par personne, en Ehpad, s'établit à 60,22 euros pour une chambre individuelle et à 56,92 euros pour une chambre individuelle habilitée à l'aide sociale à l'hébergement³³.

³⁰ Agence Nationale pour l'Aménagement de l'Habitat, les accidents de la vie courante, brochure accidents 53955

³¹ Shirine Abdoul-Carime (DREES), 2020, « Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé », Études et Résultats, n°1141, Drees, janvier.

³² Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Rapport « Charges et produits », 2017.

³³ Ce chiffre se base sur les données des 6668 Ehpad ayant transmis leurs prix à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2016.

- la gestion de la coordination des acteurs autour de la santé mentale des résidents en logement social : la santé mentale constitue le deuxième poste de dépenses de santé en France, après les hospitalisations. Plus de 5 millions de personnes consomment des psychotropes et près de 2,2 millions souffrent d'une maladie psychiatrique, pour un coût total de 20,3 milliards d'euros (hospitalisations, consultations et médicaments) en 2017³⁴.

Afin de tirer pleinement le bénéfice de l'action des bailleurs en matière de prévention sanitaire, il pourrait être envisagé d'instaurer des conférences de territoires des acteurs de la prévention sanitaire en lien avec les ARS.

B. Amplifier la capacité d'action des bailleurs sociaux dans le champ de la santé

Plus qu'un élément du parcours de santé, le logement tend à devenir une étape du parcours de soin. La difficulté à penser l'action conjointe des acteurs du logement social et des acteurs de la santé tient notamment à leur mission d'intérêt général traditionnellement distincte. D'un côté, la mission des bailleurs sociaux est limitée par l'art. 411-2 du CCH. De l'autre, la mission des institutions sanitaires est limitée par l'art. L.6111-1 et L. 6147-10 du CSP. Ce faisant, le développement du soin à domicile et de l'ambulatoire rend ces distinctions plus perméables, de même que le développement des actions de prévention et le nécessaire respect de l'égalité dans l'accès au soin. Il pourrait ainsi être envisageable de permettre aux bailleurs sociaux, par un éventuel élargissement de l'art. 411-2 du CCH de réaliser certaines missions d'intérêt général à caractère sanitaire. Il pourrait en aller ainsi en matière de lutte contre les déserts médicaux (1), de développement d'une offre de domicile médicalisé (2) ou encore relativement à la prise en charge du 5^e risque (3).

1. Cibler les programmes de rénovation dans les déserts médicaux.

La multiplication des déserts médicaux constitue l'un des défis majeurs de notre société dans l'accès aux soins pour tous. En tant qu'acteurs de la ville et de l'aménagement du territoire, les bailleurs sociaux ont un rôle à jouer dans le portage immobilier de telles structures de sorte à faciliter l'accès aux soins des populations les plus précaires et à maintenir une offre de soins de proximité. Il s'agirait, en lien avec les ARS, d'inclure la conception de solutions immobilières pour des structures pluriprofessionnelles dans le cadre des projets de construction ou de rénovation au sein de zones en désertification médicale.

La carte des déserts médicaux est d'ailleurs variée. En Île-de-France, les zones géographiques sous-denses en médecins correspondent régulièrement aux quartiers identifiés comme prioritaires par la politique de la ville. En particulier, les 18^e et 19^e arrondissements de Paris, ainsi qu'une partie du 13^e et 20^e apparaissent clairement à la fois comme des zones d'intervention

³⁴ Assurance Maladie, La Cartographie des pathologies et des dépenses, Résultats 2012-2017, juin 2019.

prioritaires (ZIP) dans le zonage de médecins³⁵ et comme quartiers prioritaires de la politique de la ville³⁶.

Si les zonages peuvent être rapprochés, les politiques publiques devraient être mieux coordonnées. Alors que les mesures gouvernementales se succèdent pour contrer les déserts médicaux, la faiblesse du maillage territorial des professionnels de santé et le départ à la retraite de nombreux médecins généralistes continuent de fragiliser les écosystèmes locaux en santé, et de là, l'attractivité des quartiers. Au-delà de l'encouragement des jeunes médecins à s'installer dans les zones rurales en déficit d'offres de proximité, l'incitation à la coopération et collaboration entre professionnels de santé représentent un axe clé des ARS pour améliorer l'exercice coordonné autour de la population.

Parmi le panel d'outils de collaboration, les centres, pôles et maisons de santé constituent des lieux de regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux facilitant l'installation de ces derniers dans des zones médicalement sous-denses et permettant à la population l'accès à des soins de spécialité. Afin de faciliter le développement de MSP ou des cabinets de groupe, les acteurs régionaux (Région, ARS, ANRU, URPS, etc.) participent au financement des dépenses d'investissement (subventions pour les travaux d'installation et les équipements), mais aussi à l'extension et à la restructuration (rénovation/mises aux normes) de telles structures.

L'ARS peut être sollicitée tout au long du processus de développement du projet avec la possibilité de subventions pour d'une part la formalisation du projet de santé dans une étude de faisabilité, de l'autre l'aide au démarrage en termes de système d'information, d'équipement collectif et d'organisation administrative de la MSP (au titre du FIR).

Dans le cadre d'opérations de création-extension ou d'opérations de restructuration de MSP, les ARS peuvent également allouer des subventions à l'investissement, plafonnées à un certain pourcentage du montant total investi ou à un montant défini en amont.

En Île-de-France, si l'enveloppe globale de financement du projet d'ingénierie et d'aide au démarrage par l'ARS est plafonnée à 75 000 euros, elle peut être portée à 100 000 euros pour les projets situés en zones déficitaires ou fragiles définies dans le Schéma Régional de l'Offre de soins (SROS) ou dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Pour des projets d'investissement, l'ARS IDF peut contribuer à hauteur de 200 000 euros voire 250 000 euros dès lors que l'opération se situe en zone déficitaire ou fragile.

Pour l'avenir, un plan d'action « résorption des déserts de médicaux » pourrait être établi en lien avec les ARS pour accroître l'attractivité de certains quartiers (faciliter l'installation de cabinets médicaux ou de maison de santé, en lien avec le développement de la télémédecine).

³⁵ ARS Île-de-France, zonage médecins, 2018.

³⁶ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/quartiers-prioritaires-de-la-politique-de-la-ville-qpv/>

2. Concevoir une offre de logements adaptés pour des personnes en pré ou post hospitalisation dans le cadre du parcours de soins

Avec le développement de l'ambulatoire et la hausse des maladies chroniques, la question du logement dans le parcours de soins se pose avec acuité. Le logement devient un « hôpital hors les murs ». Les bailleurs sociaux ne sont pas indifférents à ces nouveaux usages et peuvent même répondre à cette demande en ce qui concerne les personnes en pré ou post hospitalisation.

Le bailleur social peut avoir un rôle à jouer dans le renforcement de l'accès aux soins par la mise à disposition d'un hébergement temporaire adapté à l'accueil des patients dans une résidence sociale pour faciliter l'accès aux soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'accès au SSR est très important pour accélérer la sortie d'hospitalisation et favoriser le virage ambulatoire. Ces objectifs concordent avec ceux de l'hospitalisation à domicile (HAD). De plus, ces nouveaux modes de prise en charge contribuent à réduire le coût des soins, en optimisant les coûts liés à l'hébergement.

À titre indicatif, les foyers d'accueil médicalisés donnent lieu à une redevance de 236 €/mois lorsqu'ils sont portés par un bailleur social alors qu'une prise en charge en hospitalisation complète ou partielle en établissements de santé pour une activité de SSR coûte en moyenne 253€/jour³⁷, dont 75€ sont dédiés aux frais de logistique générale (entretien, maintenance, blanchisserie, services administratifs, services hôteliers, accueil et gestion des malades, etc.). L'HAD de son côté coûte en moyenne 199€/jour³⁸ à l'assurance maladie.

Dès lors, les bailleurs sociaux pourraient à l'avenir proposer de contribuer à l'adaptation de logements ou à la gestion de résidences spécialisées pour permettre aux patients nécessitant une prise en charge en SSR, dont la localisation est souvent située loin de leur domicile, d'avoir accès plus aisément à une offre de soins dans des logements adaptés et à proximité de leur lieu de résidence. Le patient bénéficierait d'un nouveau type d'HAD de réadaptation ou « HAD-R ».

Cette nouvelle forme de prise en charge, sur un lieu de type domicile délocalisé, s'appuierait sur les ressources médicales territoriales, notamment par l'intervention d'équipes mobiles de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et l'utilisation de la télémédecine. Cela favoriserait une décharge hospitalière par un maintien à domicile, valorisable au travers d'économies sur les frais de transport et des gains en qualité de vie liés à la proximité avec son entourage.

³⁷ ATIH, ScanSanté, Référentiel de coûts SSR 2017 (remarque : les tarifs journaliers varient en fonction des régions et du statut des établissements)

³⁸ Rapport d'activité 2017-2018 de la FNEHAD

La Cité Jardins

En lien avec La Maison intelligente de Blagnac (plateforme de « living lab » dédiée au maintien à domicile des personnes âgées et/ou des personnes à mobilité réduite), la Cité Jardins a bâti un partenariat avec l'Association Française des Traumatés Crâniens (AFTC) visant à réaliser 18 logements connectés et pré-équipés avec une domotique adaptée à la pathologie. La configuration des logements a été adaptée avec l'AFTC afin de maintenir les occupants à domicile, de mettre à disposition des espaces communs (salle de détente et cuisine) et des espaces permettant de recevoir du personnel soignant et des familles.

Par ailleurs, afin d'optimiser les dépenses liées aux parcours de soins, le gouvernement a mis en place une expérimentation, sur 3 ans, pour favoriser le déploiement d'« hôtels hospitaliers » à proximité des établissements de santé. Ce concept, inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, doit permettre de désengorger les hôpitaux en mettant à disposition des malades un hébergement temporaire non médicalisé en amont ou en aval d'une hospitalisation, avec la possibilité d'y détacher une infirmière et de recevoir le médecin. L'objectif est double : éviter une nuitée coûteuse à l'hôpital sans nécessité médicale, pour des malades séjournant la veille de par l'éloignement géographique, et permettre aux soignés de rester à proximité de l'établissement de santé pour des soins répétitifs ou programmés, dans un cadre de vie non médicalisé. La solution financée par l'assurance maladie et le Fonds d'intervention régional permet un gain d'économie majeur pour le système de santé : entre 50 et 100 euros pour une nuit d'hôtel contre 1 175€ en moyenne pour une hospitalisation de jour ou de nuit en MCO³⁹.

Depuis 2017, près de 41 établissements de santé expérimentent ce projet. Si les prestataires d'hébergement peuvent être d'ordre hôtelier ou associatif, les bailleurs sociaux ont indéniablement leur place dans ce système, en leur qualité de gestionnaire.

Illustrant la possibilité de soigner sans hospitaliser, le Plan Cancer 2014-2019 proposait ainsi « d'expérimenter des solutions d'hébergement en accompagnement de prises en charge hospitalières, notamment pour les séquences itératives de traitement ; de poursuivre le développement d'hébergement à proximité des lieux de soins pour les familles éloignées, en particulier dans les départements d'outre-mer. La mise à disposition d'une offre d'hébergement adaptée concerne notamment les enfants atteints de cancer ou leur famille » (Action n° 7-11). Ce plan proposait encore de créer des solutions d'hébergement médicalisé pour permettre le soin de personnes sans-abri dont le traitement ne nécessite pas pour autant une hospitalisation, à travers des résidences de type « lits halte santé » ou « lits d'accueil médicalisés » (Action n° 7-12).

³⁹ ATIH, ScanSanté, Référentiel de coût des unités d'œuvres (RTC), année 2018

Sur le plan du logement, il est aussi envisageable de développer une offre spécifique liée à la prise en charge de maladies chroniques, en concevant des logements accessibles à des lits médicalisés. En effet, ce type d'équipements nécessite de prévoir certaines normes d'accessibilité : largeur de portes, pièce spécifique, etc.

3. Élargir la mission des bailleurs à la prise en charge d'une partie du 5^e risque

L'action des bailleurs en matière d'autonomie est d'ores et déjà importante et confirme les bailleurs sociaux dans leur modèle généraliste. Par hypothèse, le 5^e risque concerne l'ensemble de la population. Les bailleurs sociaux disposent d'un savoir-faire permettant d'offrir des solutions pour le maintien à domicile de personnes en tout ou partie dépendantes : adaptation du logement aux besoins des occupants, réalisation de travaux modificatifs, déploiement de solutions domotiques, gestion de proximité, etc.

En parallèle de la prise en charge du 5^e risque, une offre dédiée aux « aidants » pourrait aussi être envisagée, soit à travers des programmes spécifiques, soit en leur accordant un statut de public prioritaire. Les aidants sont en effet souvent confrontés à la nécessité de trouver des solutions à brève échéance pour faire face à un changement brutal de situation, mais pour une période de temps limitée. Le cas échéant, un bail *ad hoc* pourrait être conçu en vue de permettre la mobilité des classes moyennes, nonobstant le fait que l'aidant soit par ailleurs propriétaire d'un logement.

Les coûts supportés par les bailleurs dans le cadre des charges inhérentes au 5^e risque devraient le cas échéant faire l'objet d'un suivi spécifique, voire d'un financement dédié, issu des cotisations sociales ou de la PEEC.

De manière générale, le périmètre de la mission des bailleurs sociaux doit donc évoluer pour accompagner l'action de ces derniers dans le champ sanitaire, voire pour leur permettre de s'y engager plus activement encore. En effet, au-delà des stratégies nationales, la mission économique d'intérêt général (ou SIEG) du logement social doit inclure la prévention sanitaire. Cette action est d'ores et déjà une réalité, mais elle va en se renforçant à raison de la production et de la gestion de résidences agréées/labellisées en vue du maintien à domicile, de l'action des bailleurs en matière de perte d'autonomie, voire même en tant que parties prenantes de solutions d'hospitalisation à domicile dans le traitement des maladies chroniques.

Annexe A. Méthodologie du livre blanc

Le livre blanc est une contribution ouverte aux réflexions qui traversent actuellement tant le monde du logement que celui de la santé.

Il émane de la commission sociale de la fédération des Esh. À ce titre plusieurs personnalités y ont activement contribué : Maryse Prat (co-Présidente), Jean-Pierre Choel (co-Président), Philippe Yvon, Mathias Levy-Noguère, Christian Kieffer, Philippe Pacheu, Frédéric Loison, Mario Bastone, Marie-Hélène Foubet, Nadège Charbonnier, Marie-José Delcour, Danielle Figère, Hervé Leservoisier, Jacques Mascaras, Pascal Barbottin, Véronique Momal, Carole Abitbol, Marianne Pichon, Olivier Rigault, Claudine Delezenne, Jean-Pierre Fourcade, Sandra Mirailh.

Le présent livre blanc a été réalisé avec le concours du cabinet Nile, présidé par le Dr Olivier Mariotte.

Il est le fruit d'entretiens menés à la fois auprès des institutions de la santé et du logement social, certains de ces entretiens ayant eu lieu au cours des séances de la commission sociale de la FESH. Ces sessions alliant de multiples compétences ont permis de dégager les enjeux conjoints aux bailleurs sociaux et aux acteurs de santé. La synthèse est ainsi le fruit de ces regards croisés, sans pouvoir se réduire à une approche purement « logement » ou à purement « santé ».

Il a aussi eu pour objet de mettre en lumière divers exemples, des initiatives innovantes et des bonnes pratiques, constatés autant chez les membres de la fédération que chez les autres familles de l'USH, l'idée étant d'offrir une image à la fois fidèle et globale de l'action des bailleurs sociaux dans le champ sanitaire, reflet de leurs interrogations et de leurs ambitions en la matière.

Ont notamment été interrogés : Jacques Wolfrom (Groupe Arcade-VYV), Dominique Majou, (Harmonie Habitat), Daniel Palmaro (Clairsienne), Mario Bastone (Logévie), Isabelle Lagache (Le Foyer Stéphanois), Francis Deplace (Delphis), Sylvain Mathieu (DIHAL), Dr Pascale Estecahandy (DIHAL), Juliette Baronnet (FORS-RS), Nicolas Notin (ARS IDF), Alice Collet (Enzo Dauphinot et Camille Lefebvre (ANRU), Claire Vannini (CMS Francis Lefebvre), Nicolas Boudevile (Sagéo Services).

Enfin, certaines propositions qui ont été formulées au cours de travaux préparatoires ont été retenues. Si elles ne font pas nécessairement consensus, il a été décidé de les assumer, car elles ont suscité des débats intéressants.

Annexe B. Le logement comme « déterminant de santé » : cartographie des risques sanitaires liés au logement

Le logement est qualifié de "déterminant de santé" à raison de ses influences multiples et significatives sur la santé de ceux qui y habitent. Si certains risques sanitaires inhérents au logement sont aujourd'hui bien connus, comme le saturnisme lié à l'exposition au plomb ou l'intoxication au monoxyde de carbone, d'autres impacts du logement sur la santé sont aujourd'hui davantage pris en compte : accidents domestiques, transmissions de maladies infectieuses, apparition et le développement de réactions allergiques, altération de la santé mentale et développement de troubles de santé mentale. La difficulté à penser conjointement logement et santé tient au fait que l'exposition conjointe à de multiples facteurs environnementaux rend l'identification de symptômes liés à un risque en particulier plus complexe.

Cette complexité limite de développement de plans d'action ciblés, en même temps qu'elle rend leur évaluation difficilement quantifiable. Il reste que ces risques sont aujourd'hui mieux connus. À date, il est possible de cartographier quatre grandes catégories de risques sanitaires et/ou environnementaux directement liés au logement. En effet, le logement comme « déterminant de santé » renvoie à des risques inhérents à la conception du logement et au choix des matériaux (A), à l'aménagement et l'équipement du logement (B), aux usages et modes de vie des habitants (C) ou encore à l'environnement du logement (D).

A. Les risques liés à la conception et à la construction du logement

La conception même du logement est un élément déterminant dans la gestion des risques sanitaires, que ce soit à travers les options d'agencement et de choix des matériaux.

L'impact sanitaire de l'agencement est prépondérant tant au stade de la construction que de l'entretien du logement. Le rapport de l'OMS de 2018 établissant les lignes directrices pour un habitat sain met en évidence les nombreux facteurs d'accident au sein du logement : sol ou surface irréguliers, éclairage inadéquat, absence de garde-corps, absence de barre d'appui sécurisant douche et baignoire, fenêtre non sécurisée pour les enfants. Ces divers facteurs mettent en danger les personnes vivant dans le logement par un risque de chute voire d'hospitalisation, en particulier pour les personnes les plus vulnérables telles que les enfants, les femmes enceintes, les personnes handicapées et/ou âgées.

Au-delà de sa conception même, le choix des matériaux utilisés a une incidence directe sur la gestion des risques sanitaires. On peut distinguer dans ce cadre 3 types de problématiques :

- *des matériaux ou produits contenant des substances nocives pour l'organisme (plomb,*

amiante, radon, colles, peintures, etc.) peuvent entraîner des intoxications, des irritations des muqueuses, des réactions allergiques, voire déclencher des pathologies pulmonaires et certains cancers. Par exemple, le saturnisme infantile est directement lié à l'exposition au plomb, notamment au travers de poussières ou écailles de peinture présentes dans les logements construits avant 1975 et surtout ceux antérieurs à 1949, ou lorsque l'eau du robinet est contaminée du fait de canalisations en plomb. Si les effets sont variables et tardifs, l'exposition au plomb, même à de faibles concentrations, peut avoir des conséquences graves sur le développement psychomoteur de l'enfant. De même, chez la femme enceinte, l'exposition au plomb accroît les risques d'avortement, d'accouchement prématuré ou d'hypertension artérielle gravidique⁴⁰.

- *des matériaux isolants désuets ou inefficients* peuvent contrarier les efforts de régulation de la température dans le logement. Des températures trop basses peuvent entraîner l'apparition de maladies respiratoires et cardiovasculaires ainsi qu'une hausse de la pression artérielle. Des températures trop élevées peuvent également jouer sur la qualité du sommeil des habitants, engendrer des malaises graves voire des décès.
- *des matériaux poreux inadéquats* sont facteurs d'humidité et de moisissures. Or, selon le 21^e rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre, ces désagréments exposent à des pathologies allergiques (rhinite, conjonctivite, sinusite allergique, asthme, bronchite asthmatiforme, etc.), à des inflammations de la peau et des muqueuses, à des maux de tête et de gorge, ou encore à des infections pulmonaires chez les sujets immunodéprimés. Les enfants présentent même des symptômes d'affection respiratoire 1,5 à 3,5 fois supérieurs en présence d'humidité et/ou de moisissures. Le rapport rappelle également que les effets psychiques ne doivent pas être sous-estimés et sont de plus en plus identifiés par les professionnels de santé : anxiété et dépression, dévalorisation sociale et dégradation de l'image de soi, stress, troubles du comportement.

Certains matériaux sont enfin plus susceptibles de maintenir l'infectiosité des virus, critère jusqu'alors peu pris en compte dans la conception des surfaces tactiles des espaces collectifs (portes, ascenseurs, bacs à déchets, etc.). Les études virologiques ont ainsi démontré que les virus avaient des durées de vie variables hors milieu vivant selon la nature des surfaces de contact : ainsi, le Covid-19 demeure jusqu'à 5 jours sur des surfaces en acier, en verre ou en plastique, mais quelques heures seulement sur de l'aluminium⁴¹.

B. Les risques liés à l'aménagement et à l'équipement du logement

L'aménagement et le bon équipement du logement sont aussi primordiaux pour préserver des conditions de vie décentes tout en assurant la sécurité des habitants :

⁴⁰ Santé Publique France, dossier thématique « le saturnisme de l'enfant », juin 2019

⁴¹ « Combien de temps le nouveau coronavirus reste-t-il infectieux sur des surfaces ? », Marianne Boyer et Gary Dagorn, 26 mars 2020.

- en termes d'aménagement, la surface du logement doit être appropriée à la composition du ménage, assortie de suffisamment d'ouvertures sur l'extérieur et d'une séparation des différents espaces (notamment salle de bain, sanitaire, cuisine) ; il doit être doté d'un réseau de distribution d'eau de qualité et d'installations pour conserver les aliments au frais⁴². Sur le plan sanitaire, tous ces éléments permettent de garantir l'hygiène alimentaire et personnelle des habitants et d'éviter la contamination alimentaire ou la transmission de maladies infectieuses. Par ailleurs, proposer un espace dédié pour la cuisine offrant la possibilité de placer un plan de travail et des équipements convenables (plaque de cuisson, four, micro-ondes, etc.) constitue un élément majeur pour encourager un mode d'alimentation moins industriel et limiter les risques associés à la malbouffe (toute pathologie liée au surpoids, voire à l'obésité).
- en termes d'équipements, le réseau de ventilation et son entretien sont indispensables au renouvellement de l'air intérieur, et ce, afin d'évacuer le risque de pollution et le développement de l'humidité dans le logement. De même, l'accès au chauffage est primordial pour le confort des habitants, mais surtout pour prévenir tout impact sur la santé. (*cf. a. risques liés à la conception du logement*).
- en termes de sécurité des habitations, ce sont essentiellement des mesures préventives qui peuvent être prônées : diagnostic des installations électriques, mise en place de détecteurs de fumée, sécurisation des installations de gaz et des chauffages, etc. Ces éléments permettent de prévenir les risques d'incendies, de brûlures ou encore d'électrocution.

C. Les risques liés à l'utilisation et à la maintenance du logement

Les usages du logement sont aussi facteurs de risque, mettant en responsabilité tant les habitants eux-mêmes que les propriétaires. En effet, pour le bon fonctionnement du logement, les habitants deviennent des acteurs de la gestion du risque sanitaire. La responsabilité du propriétaire n'est cependant pas loin : en matière locative, les bailleurs peuvent ainsi envisager des actions de sensibilisation et de formation à destination de leurs locataires. Le logement est aussi conçu pour être utilisé conformément à certains standards de mode de vie. Un logement résidentiel n'est pas nécessairement conçu pour être habité toute la journée ou pour avoir une activité mixte, personnelle et professionnelle. De fait, certains facteurs majeurs susceptibles d'impacter la santé des habitants sont directement liés à l'utilisation du logement :

- *l'aération du logement* : les individus passent 90 % de leur temps dans des espaces

⁴² En matière de logement locatif social, l'usage est qu'il appartient au locataire d'équiper le logement d'un réfrigérateur. Les bailleurs sociaux ont cependant développé la pratique de la location équipée/meublée, notamment dans les logements-foyers ainsi que sur certains produits locatifs (ex. résidences étudiantes, jeunes, résidences mobilité).

⁴³ INPES, « *le guide de la pollution de l'air intérieur* », 2009.

clos, aussi même si le logement dispose d'une ventilation, il est recommandé⁴³ d'aérer son logement au moins une fois par jour afin :

- d'évacuer la pollution de l'air intérieur pouvant occasionner de simples gênes respiratoires comme des pathologies plus sérieuses telles que le cancer. Cette pollution, d'origine chimique, physique ou biologique, peut provenir de constituants du bâtiment, du mobilier, d'appareils de combustion (chaudières, poêles, chauffe-eau, etc.), de produits d'entretien, du bricolage, de la pollution extérieure, mais dépend également des modes de vie (tabagisme ou présence d'animaux domestiques par exemple)
- d'éviter toute apparition de trace d'humidité et de moisissures (cf. A. *Les risques liés à la conception du logement*)
- *la régulation thermique et la précarité énergétique* : le nombre de ménages déclarant avoir eu froid au cours de l'année pour des raisons liées à la précarité (par le recours à des chauffages insuffisants/inadaptés ou la privation financière) a augmenté de 25% entre 2006 et 2013, affectant plus de 7 millions de personnes en France⁴⁴. Selon une étude initiée par la Fondation Abbé Pierre, les personnes en situation de précarité énergétique seraient davantage confrontées à des problèmes de santé :
 - 22 % développeraient des bronchites chroniques (contre 10 % chez les personnes non exposées)
 - 48 % des migraines (contre 32 %)
 - 41 % de l'anxiété voire de la dépression (contre 29 %)
- *l'hygiène* : le maintien d'un niveau d'hygiène suffisant dans le logement, en évitant le stockage des déchets ou en assurant une conservation des aliments adaptée par exemple, permet de limiter les risques d'invasion de nuisibles (cafards, mites alimentaires, rats, souris, etc.) et la transmission de maladies infectieuses potentielles. En ce sens, la crise du Covid-19 a mis en évidence que les plans de continuation de l'activité des bailleurs sociaux devaient spécifiquement prévoir, face au risque de non-exécution des contrats de sous-traitance par les entreprises de propreté, de maintenir un niveau d'hygiène suffisant sur les éléments infectieux des espaces communs : poignées de porte, ascenseurs, digicode et rampes d'escalier.
- *La suroccupation du logement* : la densité d'occupation d'un logement peut influencer négativement sur le bien-être de ses habitants, mais également favoriser la transmission de maladies infectieuses (tuberculose, gastro-entérite, grippe, etc.)⁴⁵ voire impacter la santé mentale (anxiété, dépression). 70% des ménages en situation de suroccupation lourde évoquent ainsi un problème de santé, selon une étude menée sur 234 cas⁴⁶.

⁴⁴ Fondation Abbé Pierre, « 21^e Rapport sur l'état du mal-logement en France », 2016

⁴⁵ Sur ce point, v. « Épidémie due au coronavirus : "il n'y a plus une seule place de réanimation dans le 93' », entretien de Romain Dufau, chef du service des urgences de l'hôpital Jean-Verdier à Bondy, Le Monde, 26 mars 2020 : « Le confinement y est plus complexe, et donc le risque de contamination plus élevé. Il n'est pas rare de voir des familles de six dans des appartements de 45 mètres carrés. Très vite, les plus jeunes n'y tiennent plus et se retrouvent dehors ».

⁴⁶ Recherche sociale n°204, les coûts sociaux du mal-logement, oct.-déc. 2012, p.53.

D. Les risques liés à l'environnement du logement

Pour balayer l'ensemble des risques inhérents au logement, il ne faut pas oublier les risques liés à la façon dont le logement se situe dans son environnement. Ce sont des risques liés à la notion d'habitat au sens large :

- *la pollution de l'air extérieur* : la qualité de l'air peut être modifiée par des polluants d'origine naturelle ou liés à l'activité humaine (transport, agriculture, etc.). Cette pollution a des effets significatifs sur la santé des habitants, notamment dans les zones les plus exposées, mais également sur les bâtiments⁴⁷. En France, on dénombre 48 000 décès prématurés par an. En 2016, l'OMS évaluait à 92% la population mondiale respirant un air trop pollué et a classé la pollution de l'air extérieur comme cancérigène certain pour l'homme.⁴⁸
- *la pollution sonore* : selon l'OMS, le bruit figure parmi les facteurs environnementaux menaçant le plus la santé physique et mentale. L'exposition excessive au bruit (chemin de fer ou axe routier à proximité, travaux incessants, voisinage bruyant, etc.) peut entraîner des troubles auditifs (perte d'audition, acouphène), du sommeil, cognitifs et peut aller jusqu'à déclencher des événements cardiovasculaires.
- *l'environnement social* : le logement s'inscrivant dans une logique d'ensemble, son environnement immédiat peut impacter négativement comme positivement le bien-être des habitants. Aussi, la présence d'espaces verts, de voies cyclables et piétonnes, d'équipements sportifs et de commerces de proximité pourra avoir un effet bénéfique sur la santé des habitants en termes d'activité physique et d'habitudes alimentaires. À l'opposé, l'insalubrité du quartier, des incivilités fréquentes, un déficit de services de proximité, la présence de fast-foods, ou encore une forte circulation routière peuvent être synonymes de stress, d'isolement social, de troubles de la santé mentale, de surpoids, etc. Une étude a montré que le fait de résider dans un quartier plus pauvre serait associé à un risque d'obésité 2,3 fois supérieur que lorsqu'on habite un quartier plus riche (4e quartile de revenu)⁴⁹. Or, l'obésité a presque doublé en France au cours de vingt dernières années et est à l'origine de la hausse de certaines pathologies, qui lui sont associées, comme le diabète ou l'apnée du sommeil.

⁴⁷ Airparif, « Quels effets de la pollution atmosphérique sur les bâtiments ? », 2011.

⁴⁸ Ministère de la transition écologie et solidaire, « Pollution de l'air : origines, situation et impacts », 2017.

⁴⁹ Recherche sociale n°204, les coûts sociaux du mal-logement, oct.-déc. 2012, p. 55.

Annexe C. Le logement social et la gestion des risques sanitaires

Le logement, en particulier le logement social, a toujours été considéré comme un levier de première importance dans la gestion des risques sanitaires, quoique les coûts induits aient pu être mis en balance avec la nécessaire massification de la production d'une offre de logement abordable. L'identification progressive des risques a cependant conduit à une multiplication des dispositifs en silo au détriment d'une approche globale et cohérente. Au-delà de ces évolutions, il reste que la mobilisation du logement social en matière de gestion des risques sanitaires est ancienne et structurante (A). Le principal outil des pouvoirs publics est sans doute le Code de la construction, qui soumet les producteurs de logements à des contraintes d'ordre sanitaire, contribuant ainsi à faire émerger une offre neuve répondant à des standards plus élevés (B). Pour ce qui concerne le logement locatif plus spécifiquement, le législateur a créé un certain nombre de droits sanitaires aux locataires (C).

A. Une gestion des risques sanitaires fondée sur des principes partagés

La gestion des risques sanitaires par l'intermédiaire du logement social est issue de principes partagés par les acteurs de l'habitat comme de la santé. Le développement du parc social a en effet été historiquement marqué par l'influence du mouvement hygiéniste (i) et il est aujourd'hui renouvelé en profondeur par l'influence de la philosophie du care (ii).

1. L'influence historique du mouvement hygiéniste

Depuis la seconde moitié du XIX^e siècle, le mouvement hygiéniste est l'un des piliers du développement du logement social. Avec les premières constructions de logements ouvriers visant à répondre à l'afflux de main d'œuvre dans les régions industrielles, les nouvelles cités font rapidement face à des enjeux de salubrité liés à la concentration rapide de population. Alors que les logements des bassins industriels sont d'abord conçus sur le modèle des chaumières rurales, le mouvement hygiéniste va transformer la conception de l'habitat et de l'urbanisme dans un contexte de densification et de massification de la production de logements. L'habitat fait alors l'objet d'une « croisade hygiéniste »⁵⁰ dont l'illustration la plus emblématique est sans doute l'adoption de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

Les considérations hygiénistes font évoluer la conception des logements, en particulier celle des logements collectifs. L'un de ces premiers programmes visant expressément la construction de logements « salubres » est engagé par l'État en 1845 : il s'agit de la caserne des

⁵⁰ P. Kamoun, *Hygiène et morale : la naissance des habitations à bon marché (1830-1938)*, La Documentation française, p. 52 et s.

douanes du Havre. Dans ce programme, le maître d'ouvrage commande l'installation systématique de fontaines de lavement dans des espaces collectifs tels que les cours et les cuisines, l'installation de cabinets d'aisances à chaque étage, de cuvettes pour l'évacuation des eaux ménagères ; l'installation d'un cabinet médical et d'un espace pour faire de la gymnastique est même prévue⁵¹. Si ce programme apparaît comme le paradigme de l'influence hygiéniste, cela tient au fait que les maîtrises d'ouvrage patronales sont plus éparses. L'influence hygiéniste n'en est pas moins structurante. À compter de 1853, la conception des logements ouvriers de Mulhouse fait ainsi office de modèle dans les réponses apportées par le logement patronal aux problématiques de salubrité, chaque logement étant équipé de latrines et de fenêtres en vue d'assurer la luminosité et la ventilation du logement⁵².

Suite aux découvertes de Pasteur en 1878, la ventilation du logement arrive au centre des préoccupations. En effet, les hygiénistes considèrent que le logement est le lieu de « la danse macabre des microbes » (aération des pièces, literies, rideaux)⁵³. Dès le début du XXe siècle, cet enjeu se traduit par le développement de fenêtres ouvrantes, qui peinent cependant à pénétrer le logement ouvrier, car coûteuses, par l'installation de conduits d'air et la mise en place de grilles de ventilation assurant la circulation de l'air que ce soit dans les garde-manger, les débarras, les cuisines, des buanderies ou les water-closets, ainsi que par la conception de vides sanitaires visant à vaincre l'humidité⁵⁴.

Les considérations hygiénistes conduisent aussi à revisiter les conditions de température et de chauffage du logement, mais dans une moindre ampleur. Cela tient au fait qu'une température intérieure de 16/17 °C était alors considérée comme suffisante et que l'installation d'une cheminée reste la technique la moins coûteuse. Toutefois, avec la diversification des combustibles accessibles (houille), des réflexions sur la sensibilité des habitants aux émanations de gaz carboniques sont engagées et des préconisations sont formulées en faveur de l'installation de poêles en faïences. En 1900, la maison modèle de la caisse d'épargne de la ville de Troyes est conçue avec un fourneau de cuisine produisant de l'eau chaude en continu, ainsi que de l'air chaud diffusé par des « bouches à chaleur », de sorte à mieux réguler la température du logement⁵⁵.

Enfin, les préoccupations sanitaires se portent sur le déploiement de l'eau courante dans le logement pour l'alimentation et pour l'hygiène. L'adduction d'eau se heurte aux problèmes de contamination du fait de la multiplication des puisards individuels dans les zones où l'habitat se densifie. Elle ne se transforme réellement qu'au début du XXe siècle avec l'installation d'équipements collectifs ou municipaux (réservoirs, conduits, etc.), mais aussi, phénomène nouveau, avec l'individualisation des commodités du fait de l'apparition du robinet et des cabinets d'aisances privés⁵⁶.

⁵¹ Y. Carbonnier, *Les premiers logements sociaux en France*, La Documentation française, p. 27.

⁵² Ibid, p. 28.

⁵³ Lecture pour tous, juin 1905, cit. in P. Kamoun, p.47.

⁵⁴ Y. Carbonnier, précit., p. 145.

⁵⁵ Ibid, p. 145-147.

⁵⁶ Ibid, p. 148-156.

La conception hygiéniste du logement persiste avec plus ou moins d'acuité au cours du XXe siècle. Si la mobilisation du parc de logement comme déterminant de santé a paru s'estomper avec les progrès de la médecine, puis la résorption des bidonvilles, elle fut partie intégrante des politiques de santé publique lorsque le pays fit face à des épidémies telles que celles de la tuberculose entre les deux guerres mondiales, mais aussi dans les années 1980 en raison de la forte hausse du chômage et de l'augmentation de la pauvreté, suite à la crise économique. Les nouvelles formes d'épidémies prolongent cette réflexion sur la place de l'habitat dans la gestion des crises sanitaires.

2. L'influence nouvelle de la philosophie du *care*

Si la conception hygiéniste exerce une influence ancienne sur le développement du logement social, ce pilier est aujourd'hui complété par la philosophie du *care* dont l'influence a été grandissante à mesure de la crise de l'État providence et des objectifs de réduction de la dépense publique obligeant à repenser les attendus du logement social. Dans ce contexte, les pouvoirs publics et surtout les organismes Hlm œuvrent à concevoir de nouvelles solutions face aux enjeux sociétaux, sanitaires en particulier.

En effet, depuis les années 70, la philosophie du *care* sous-tend la revalorisation sociale, politique et philosophique des activités liées à l'accompagnement des plus faibles, activités traditionnellement reléguées hors de la sphère économique. Cette approche de l'action sociale milite en faveur d'une personnalisation de l'accompagnement. Pensée comme un dialogue fondé sur la sollicitude et l'empathie, la philosophie du *care* propose considérer la « demande d'attention » comme l'occasion de restaurer le demandeur comme un « sujet ». Dans ce cadre, le service ne doit donc pas être délivré dans un rapport actif/passif, mais comme une action mutuelle permettant à chacun de recouvrer sa dignité de chacun. Cette approche renouvelle profondément les pratiques du monde de la santé, à commencer par celles des personnels soignants, mais aussi celles des acteurs du logement.

Ce changement de prisme conduit à renouveler la prétention généraliste du logement social, car la demande de *care* ne se limite pas à « un groupe ciblé de citoyens défavorisés ou de groupes sociaux désavantagés »⁵⁷. Il s'agit de fournir une solution de logement quelle que soit les difficultés rencontrées dans l'accès ou le maintien dans les lieux, c'est-à-dire, quelle que soit la forme de relégation sociale. Cette approche fonde même la production d'une offre de logements sociaux transversale en vue de répondre à des enjeux sociétaux, tel que vieillissement, le handicap ou la maladie. La philosophie du *care* milite surtout pour la personnalisation des services rendus aux locataires. À ce titre, une réflexion devrait être menée concernant les charges locatives susceptibles d'être rendues par un bailleur, de sorte que la mutualisation de services spécifiques puisse être délivrée dans un cadre réglementaire sécurisé.

⁵⁷ CJUE, 15 oct. 2018, aff. T-202/10 RENV II, Stichting Woonlinie, Woningstichting Volksbelang, Stichting Woonstede (définition du SIEG logement social).

Eu égard aux attendus qu'implique la philosophie du *care*, l'élargissement de l'action des bailleurs sociaux est documenté par plusieurs études démontrant que les inégalités sociales et les inégalités de santé se recouvrent⁵⁸, et que l'accès à un logement décent et les conditions d'habitat en sont des facteurs déterminants⁵⁹. Une meilleure connaissance des pathologies (certaines étant désormais associées à l'accès ou au maintien dans le logement) milite donc en faveur du développement d'un parc social susceptible de proposer des solutions individualisées, particulièrement en matière d'autonomie et de maintien dans le logement, qui plus est, dans le contexte de vieillissement de la population et de la hausse des affections chroniques. Ces enjeux impliquent en outre une plus grande personnalisation des démarches de qualité de service, un renforcement des politiques de proximité, à un lien plus étroit entre les acteurs du logement et ceux de la santé.

B. Une gestion des risques sanitaires orientée par le droit de la construction

Les organismes Hlm sont des acteurs importants de la construction et de la rénovation de logements locatifs. Ainsi, en 2019, les logements sociaux représentaient un quart des mises en chantiers. À ce titre, les prescriptions du droit de la construction contribuent fortement à mettre au niveau le parc de logements sur le plan sanitaire. Tant le législateur que le pouvoir réglementaire, ainsi que différentes instances de prescriptrices de *soft law*, orientent le cadre normatif relatif à la gestion des risques sanitaires. Si la montée en puissance de ces normes a une incidence sur les coûts de construction, leur impact doit être relativisé au regard d'autres facteurs tels que le coût du foncier. S'il est encore difficile d'y voir un ensemble de normes cohérent, trois principaux pans de la réglementation sont directement liés aux enjeux sanitaires : il s'agit des normes liées à la ventilation (i), à l'amiante (ii) et à l'accessibilité (iii).

1. Le droit de la construction et la qualité de l'air dans les logements

Directement héritée du mouvement hygiéniste, la réglementation relative à la qualité de l'air intérieur est ancienne. Pour ce qui concerne les immeubles d'habitation, l'obligation de prévoir des débits de renouvellement d'air minimaux dans les logements date de 1982⁶⁰. La loi LAURE de 1996 a par suite consacré un droit à respirer « un air qui ne nuise pas à sa santé »⁶¹. Il est désormais prévu que « les logements doivent bénéficier d'un renouvellement de

⁵⁸ Observatoire Régional de la Santé d'Île de France, « Les Déserts médicaux : de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? », mars 2018 ; Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, Observer l'état de santé des habitants des quartiers prioritaires, 12 déc. 2017 (actes) ; I. Parizot, E. Renahy, F. Bazin, P. Chauvin, *Santé, inégalités et ruptures sociales : enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France*, Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville, juin 2005.

⁵⁹ G. Chevallier, « Les inégalités sociales et territoriales de santé », EHESP, juillet 2018 ; E. Allory et al. « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique*, vol. 29, no. 4, 2017, pp. 535-545.

⁶⁰ Arrêté du 24 mars 1982 relatif à l'aération des logements.

⁶¹ Loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Énergie.

l'air et d'une évacuation des émanations tels que les taux de pollution de l'air intérieur du local ne constituent aucun danger pour la santé et que puissent être évitées les condensations, sauf de façon passagère »⁶².

La qualité de l'air comme composante santé de l'habitat a été mise en avant par les quatre Plans Nationaux Santé Environnement (PNSE) engagés successivement depuis 2004. Dans ce cadre, un « plan d'action qualité de l'air » lancé en 2013 et prévoyant un ensemble de mesures destinées tant au grand public qu'aux professionnels du bâtiment a été mis en œuvre par les ministères de l'Environnement et de la Santé pour sensibiliser aux conséquences néfastes sur la santé de la pollution de l'air intérieur.

En 2013, le gouvernement a publié une synthèse de la réglementation en vigueur et des méthodes à promouvoir dans un guide intitulé « Construire Sain » à destination des maîtres d'ouvrage et maîtres d'œuvre dans la construction neuve et la rénovation. Il a par suite publié un dossier complémentaire en 2016 sur les questions de ventilation et d'aération pour concilier les exigences d'air sain et de confort.

En juillet 2018, dans le cadre des actions de surveillance prévues par le PNSE 3, la Direction générale de la santé et la Direction générale de la prévention des risques ont saisi le Haut conseil de santé publique (HCSP) afin de mettre à jour les valeurs repères d'aide à la gestion de la qualité de l'air intérieur. Un état des lieux des connaissances et des recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain a ainsi été publié en janvier 2019 par le HCSP.

2. Le droit de la construction et l'accessibilité des logements

La réglementation relative à l'accessibilité a essentiellement trait à la production de logements neufs, voire aux opérations de rénovation lourde. En la matière, les normes se sont considérablement renforcées depuis la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances⁶³ visant à rendre accessibles les bâtiments « quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique » et prévoyant diverses mesures tendant à organiser une offre de « logements indépendants et adaptés » aux personnes concernées.

Si les objectifs de production d'une offre nouvelle adaptée ont été initialement ambitieux, les surcoûts occasionnés par la systématisation des règles d'accessibilité se sont néanmoins avérés être un frein à la massification de l'offre. Un mouvement de simplification administrative a en ce sens été engagé depuis 2015 pour ce qui concerne les bâtiments d'habitation neufs ainsi que les maisons individuelles⁶⁴. Par exemple, pour les logements de deux niveaux,

⁶² Article R. 111-9 du CCH.

⁶³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁶⁴ Décret n° 2015-1770 et de l'arrêté du 24 décembre 2015 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles neufs.

les exigences d'accessibilité ont été circonscrites au seul premier niveau de sorte à ne pas imposer l'installation systématique d'ascenseurs dans les opérations de rénovation lourde réalisées dans les centres-bourgs notamment. Un autre exemple concerne le régime des ventes en VEFA, en permettant aux promoteurs de proposer à la vente, sur option de l'acquéreur, des logements ne répondant que partiellement aux normes d'accessibilité, mais demeurant adaptables *a posteriori* par des travaux modificatifs. Enfin, pour répondre aux problèmes de repérage affectant les personnes souffrant d'un handicap visuel ou cognitif, la conception du logement répond désormais à des règles visant à renforcer le repérage des équipements et la visibilité de la signalétique.

Afin de favoriser la production de logements accessibles par les bailleurs sociaux, certaines règles d'accessibilité ont été assouplies. D'abord, l'art. L. 111-7 du CCH issu de la loi « égalité et citoyenneté » du 27 janvier 2017 a généralisé la possibilité de proposer aux locataires du parc Hlm des logements avec travaux modificatifs, à charge du bailleur social, si nécessaire. Ensuite, toujours dans le même sens, la loi ELAN a assoupli l'obligation impartie aux bailleurs sociaux de livrer 100 % de logements adaptés dans un programme neuf, en réduisant cette part à 10 %. En contrepartie, les logements doivent pouvoir être adaptés par des « travaux simples ». Le défenseur des Droits avait toutefois pris une position hostile à cet assouplissement.

3. Le droit de la construction de l'amiante dans les logements

La réglementation relative à l'amiante concerne désormais la rénovation du parc de logement, car l'emploi de l'amiante est interdit dans les procédés de construction depuis 1997⁶⁵. Particulièrement contraignante, cette réglementation a été considérablement renforcée depuis 2011, générant des surcoûts inhérents au déploiement de nouvelles techniques, mais aussi à l'allongement de la durée des chantiers.

La participation des bailleurs sociaux à l'expérimentation de nouvelles techniques s'analyse directement comme un investissement dans le champ de la santé. Pour accompagner cette démarche et accélérer le désamiantage du parc, le Gouvernement a décidé en 2014 de consacrer 400 M€ aux organismes Hlm via des prêts CDC. Plus généralement, les acteurs du logement social participent aussi à des démarches nationales visant à prévenir les risques liés à l'amiante :

- le plan interministériel amiante visant à coordonner les différentes actions des départements ministériels mobilisés : engagé en 2016, par les ministères du Logement, de l'Écologie, de la Santé et du Travail, ce plan a pour objet de renforcer la prévention des risques sur le plan de la formation, de la réglementation et de l'appropriation du sujet et des outils par la filière ;
- le plan recherche et développement amiante, qui a mobilisé 20 M€ autour de la mise sur le marché de solutions techniques innovantes abordables pour la détection et le traitement de l'amiante, via des appels à manifestation d'intérêt ;

⁶⁵ Décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996 relatif à l'interdiction de l'amiante.

- la commission d'évaluation des produits innovants dans l'amiante (cevia.fr), qui a été instituée pour produire une expertise collégiale sur les produits innovants afin de les faire connaître et accélérer leur diffusion sur le marché afin de faciliter les projets de réhabilitation.

Ces démarches ont été soutenues par le mouvement Hlm, notamment au niveau du Fonds de soutien à l'innovation de la CGLLS. Certains organismes ont ainsi bénéficié de subventions pour la mise en place de plans de formation et de professionnalisation, de plans de gestion du risque amiante, voire pour l'expérimentation et la mutualisation de nouveaux procédés techniques.

La Maison du CIL

Afin d'élaborer un protocole de sécurisation de l'empoussièrement généré par le percement de composants amiantés, la Maison du CIL s'est engagée depuis 2016, dans le cadre d'un groupement interbailleur mené par l'AORIF, dans des chantiers-tests de mesurage de l'empoussièrement sur plusieurs types d'interventions. Ce projet innovant réalisé par les organismes de logement social a associé de nombreux partenaires : la CRAMIF, l'OPPBTP et l'INRS, via le projet CARTO en lien avec l'AORIF. Ce type de partenariat a permis de fiabiliser la démarche et de produire des résultats partagés (référentiel d'empoussièrement). Les restitutions ont été communiquées à la DGT, l'INRS et divers institutionnels.

EXEMPLE

C. Une gestion des risques sanitaires renouvelée par le droit des locataires

La gestion des risques sanitaires par les bailleurs sociaux a aussi pris une autre dimension du fait de la participation plus active des locataires, le législateur ayant renforcé les droits sanitaires des locataires (i) et le tissu associatif se montrant particulièrement dynamique (ii).

1. Les droits sanitaires des locataires renforcés

Depuis les années 2000, le législateur est intervenu à plusieurs reprises de sorte à renforcer les droits sanitaires des locataires.

Parmi les dispositifs les plus marquants, on peut notamment citer l'article 187 de la loi SRU⁶⁶, ayant fait obligation à tout bailleur de délivrer un « logement décent » au locataire. À ce titre, le logement locatif doit écarter tout risque d'atteinte à la sécurité physique ou à la santé du locataire, tant pour ce qui concerne les dispositifs de retenue des personnes (garde-corps)

⁶⁶ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains.

que la nature et l'état de conservation et d'entretien des matériaux de construction et des équipements du logement. Ce dernier doit également satisfaire des conditions d'aération et d'éclairage naturel suffisantes. Si le logement s'avère indécemment, le locataire doit dans un premier temps saisir son bailleur pour demander la réalisation des travaux nécessaires, mais il peut aussi le contraindre devant une juridiction de proximité.

Par ailleurs, depuis 2004, l'art. L. 1334-9 du CSP⁶⁷ prescrit à tout propriétaire ou exploitant d'un local à usage d'habitation d'informer les habitants et de faire les travaux appropriés en cas de risque d'exposition au plomb. La non-réalisation de travaux adaptés avant la mise en location du logement constitue alors un manquement du propriétaire-bailleur à ses obligations de sécurité et de prudence, lequel manquement est susceptible d'engager la responsabilité pénale du bailleur.

Les tribunaux ont ainsi déjà eu à statuer dans des contentieux bailleurs/locataires dans des affaires touchant :

- la présence de plomb : la jurisprudence est unanime concernant les cas de saturnisme infantile en reconnaissant la constitution du délit de risque causé à autrui ;
- la présence de radon, d'amiante, d'humidité ou de termites créant un péril imminent.

Enfin, la responsabilité des différents acteurs en matière de lutte contre l'habitat indigne a été précisée par la loi MOLLE⁶⁸. L'habitat indigne est défini comme celui qui « expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé ». À travers le Règlement sanitaire départemental (RSD) fixant les règles d'hygiène pour les logements, le préfet met en responsabilité les bailleurs sociaux, mais aussi tous les acteurs de l'habitat : les communes, les départements, les agences régionales de santé (ARS), l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), les associations spécialisées ou encore les caisses d'allocations familiales. Concrètement, le RSD constitue un texte de référence pour imposer dans chaque département des prescriptions en matière d'hygiène et de salubrité, et sa mise en œuvre est impartie au maire au niveau de chaque commune. Il peut prévoir plusieurs hypothèses :

- en cas de logement insalubre, l'ARS ou le service communal d'hygiène et de santé (SCHS) dans les communes qui en sont dotées, sont tenus de réaliser des visites et d'établir des rapports, lesquels peuvent conduire à la prise d'un arrêté préfectoral interdisant l'habitation de manière temporaire ou définitive ;
- en cas de situation d'urgence sanitaire, l'ARS ou le SCHS doit constater la situation de sorte que le Préfet puisse d'ordonner l'exécution immédiate des mesures nécessaires ;
- en cas de peintures au plomb dégradées, l'ARS ou le SCHS doit faire établir un diagnostic permettant au préfet de prescrire au propriétaire les mesures d'urgence de lutte contre le saturnisme.

Il est à noter que certaines dispositions pénales trouvent aussi à s'appliquer. Par exemple, le

⁶⁷ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁶⁸ Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion.

fait pour un bailleur de méconnaître ses obligations particulières de sécurité et d'entretien peut être qualifié de mise en danger de la vie d'autrui par le Code pénal⁶⁹. Certaines dispositions spécifiques à l'habitation et l'hébergement sont aussi prévues tant par le code de l'habitation et de la construction touchant le non-respect de la protection des occupants⁷⁰, la non-exécution des prescriptions des arrêtés de péril⁷¹, ainsi que par le code de la santé publique pour ce qui concerne d'insalubrité⁷².

2. Les droits sanitaires et le dynamisme du tissu associatif

Le dialogue entre bailleurs sociaux et locataires est organisé de longue date par la représentation des associations représentatives de locataires (CNL, CLG, CLCV, CSF, AFOC) dans diverses instances des organismes de logement social, en particulier au niveau des conseils d'administration.

Dans le cadre de ce dialogue institutionnel, ces associations représentatives se sont emparées des réflexions relatives à la santé des locataires. Si les plans de concertation locative ne prévoient pas particulièrement de structurer l'échange entre locataires et bailleurs sur les thèmes liés à la santé, la question sanitaire est abordée indirectement, en lien avec l'entretien du patrimoine, des espaces communs ou de la gestion des charges. Le bailleur est ainsi tenu de communiquer aux locataires et à leurs associations les diagnostics réalisés préalablement à toute intervention sur le patrimoine⁷³, en particulier lorsque ces diagnostics mettent en évidence un risque sanitaire.

Il convient d'observer qu'avec le renforcement des droits sanitaires des locataires, de nouvelles associations se sont constituées en vue d'adresser plus spécifiquement les questions liées à la santé. On peut notamment citer, sans être exhaustif, l'Association des Familles Victimes du Saturnisme (AFVS), l'Association nationale des victimes d'amiante (Andeva) ou encore SOS Amiante.

D'autres associations encore sont actives dans l'accompagnement vers et dans le logement, et développent un discours dans le champ de la santé. Là encore, sans être exhaustif, on peut par exemple citer Soliha, Relais Habitat ou SOS Taudis, qui se sont constituées en vue de lutter contre les dangers liés aux logements insalubres et venir en aide à leurs occupants.

⁶⁹ Concernant la gestion de ce risque pénal, voir « Sécuriser la relation bailleur-locataire : Guide pratique des dispositifs juridiques permettant aux bailleurs sociaux d'apporter une réponse individualisée aux difficultés inhérentes à la gestion des rapports locatifs dans le cadre de leur mission sociale », FESH/ UNHJ, 2019.

⁷⁰ art. L.521-4 du CCH.

⁷¹ art. L.511-6 du CCH.

⁷² art. L.1337-4 CSP.

⁷³ Art. 44 ter de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1990.

Annexe D. L'implication croissante des institutions sanitaires dans le logement

Outre les dispositifs législatifs et réglementaires, les politiques publiques prennent davantage la mesure du lien santé-logement. Il est ainsi notable que les institutions sanitaires s'emparent du sujet « logement » tant au niveau national (A) que territorial (B). Cette évolution est aussi remarquable pour ce qui concerne les institutions de la société civile (C).

A. Le gouvernement et les institutions sanitaires nationales

Au niveau national, la prise en compte croissante du lien logement-santé s'est manifestée par le développement de politiques interministérielles (i). L'évolution du pôle national de lutte contre l'habitat indigne constitue sans doute le paradigme de cette évolution (ii). Par ailleurs, la nécessité de décloisonner certaines actions conduit à une contractualisation croissante des politiques publiques (iii).

1. Développement de politiques nationales interministérielles

Au niveau de l'État, il convient de relever que la manière d'appréhender les questions de santé publique liées au logement a évolué au cours de l'histoire. Initialement dévolues au ministère du Commerce, ces compétences relèvent aujourd'hui principalement du ministère de la Santé⁷⁴. Parallèlement, la Direction de la construction qui était rattachée au ministère de la Reconstruction au sortir de la Seconde Guerre mondiale est passée sous tutelle du ministère de l'Équipement, puis du ministère de l'Environnement depuis 2007. Ces évolutions illustrent tout autant un changement d'approche dans la manière d'aborder ces problématiques, que le caractère transversal de ces dernières.

Aujourd'hui, la gouvernance des questions de santé liées au logement est marquée par le développement de politiques interministérielles. Ces dernières s'illustrent notamment par une adaptation dans l'organisation de l'État. Par exemple, depuis 2010, une direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) a été créée par le Premier ministre afin d'assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des priorités en matière d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Il est notable que cette direction soit dotée de compétences spécifiques en matière de santé.

⁷⁴ S. Drouet, « Santé et environnement en France : deux siècles de "symbiose" juridique (1802-2002) », in *Revue Juridique de l'Environnement*, n°3, 2003. pp. 319-338.

Un chez-soi d'abord

La DIHAL a confié à un médecin le pilotage et la coordination du programme « Un chez-soi d'abord » visant à apporter un logement, de l'accompagnement et de l'autonomie aux personnes sans-abri les plus vulnérables présentant des troubles psychiques sévères et des addictions. Ce programme, qui a fait l'objet d'une évaluation, montre une réelle efficacité en termes d'accès rapide au logement et de stabilité (+ de 85% des personnes sont encore dans le logement au bout de deux ans de suivi), d'amélioration de l'état de santé avec une réduction du recours au système de santé (durée d'hospitalisation divisée par deux) et aux structures d'urgence sociale.

Le développement de politiques nationales interministérielles pour la gestion des risques sanitaires liés au logement par le gouvernement a surtout pris la forme de « plans interministériels ».

Quatre « plans nationaux santé environnement » (PNSE) ont ainsi donné lieu à des plans d'action aussi transversaux qu'ambitieux. De manière schématique, le premier (2004-2009) a mis l'accent sur la qualité de l'air ; le deuxième (2010-2014) sur la lutte contre l'habitat indigne et la mise en place d'un réseau de « conseillers habitat-santé » ; le troisième (2015-2019) sur la problématique de l'exposition à l'amiante, au radon et aux métaux lourds comme le plomb dans les bâtiments. Enfin, le quatrième qui débute en 2020, propose de mieux connaître et d'agir sur les exposomes, concept introduit dans le code de la santé publique qui désigne les expositions auxquelles l'individu fait face tout au long de la vie.

Depuis 2009, le « plan bâtiment durable » (PBD) encourage par ailleurs la collaboration entre tous les membres de la filière de l'habitat au travers de groupes de réflexion thématiques, en particulier sur le logement social. En 2019, le PBD a mis en lumière la question de la santé dans l'élaboration du bâtiment, avec la constitution d'un groupe « réflexion bâtiment responsable 2020-2050 » et la publication d'une note « Bâtiment responsable et santé » à la signature de Mme Florence Péronneau et du Dr Suzanne Déoux.

Outre ces plans, les acteurs de la filière participent davantage à la production de la norme à travers des instances consultatives *ad hoc*. En particulier, le secteur de la construction et de la rénovation mène une réflexion spécifique sur la transition énergétique et environnementale dans le cadre du Conseil supérieur de la construction et l'efficacité énergétique (CSCEE). Il s'agit d'une instance sous une tutelle conjointe du ministère de l'Environnement et de la Transition écologique ainsi que du ministère du Logement, qui doit être saisie pour avis sur les textes réglementaires touchant aux normes de construction (accessibilité, amiante, etc.). Cette instance illustre le caractère transversal des politiques publiques dans la mesure où son avis est requis y compris lorsque les textes ne sont pas produits par son ministère de tutelle.

Enfin, les politiques publiques de lutte contre l'habitat indigne constituent sans doute le paradigme de la montée en puissance de l'interministériel. Comme le souligne le rapport Vuilletet⁷⁵, la politique de lutte contre l'habitat indigne a été profondément marquée par le mouvement hygiéniste, mais sans « *prendre en compte la santé globale de l'occupant et considérer le bâtiment comme un système* ». Si l'expertise nationale est éclatée entre différents acteurs (DIHAL, DHUP, ANAH, ANRU, etc.), l'intégration du Pôle national de lutte contre l'habitat indigne (« PNLHI ») au sein de la DIHAL illustre l'importance du rôle de l'interministériel. Ce pôle s'appuie effectivement sur la compétence territoriale des services de l'État à travers cinq ministères (Cohésion des territoires, Santé et solidarité, Intérieur, Justice et de l'Outre-Mer).

2. Transversalité et contractualisation des politiques publiques

Conscients de la transversalité des enjeux santé-logement, il est aussi notable que les pouvoirs publics recourent de manière croissante à une contractualisation des politiques publiques concernées pour formaliser les engagements des parties prenantes, notamment sur l'accessibilité des logements aux personnes fragilisées, âgées ou handicapées. En témoignent :

- l'appel à projets « 10 000 logements accompagnés », dans le cadre du Pacte État / USH signé en juillet 2013, pour favoriser les expérimentations entre les bailleurs et les associations sur l'insertion durable des ménages cumulant des difficultés économiques et sociales. Les organismes Hlm se sont fortement mobilisés dans de nombreux territoires, parfois en interorganismes ;
- la convention multipartite pour l'adaptation des logements privés et sociaux à l'avancée en âge de la société, signée en 2016 par près de 11 parties prenantes⁷⁶ (État - ministères de la Santé, du logement, secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie - CNSA, ANAH, CNAV, CCMSA, RSI, CDC, USH, SOLIHA, FFB et CAPEB)
- la convention 2017-2020⁷⁷ signée entre l'État et l'Union sociale pour l'habitat (USH) pour l'adaptation du parc social à la perte d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap : il s'agissait d'accompagner la mise en œuvre du décret prévoyant la possibilité d'attribuer prioritairement des logements sociaux à ces personnes dans le cadre de programmes de construction ou d'aménagement de logements spécifiquement conçus pour ces publics⁷⁸.

⁷⁵ G. Vuilletet, « Simplifier les polices de l'habitat indigne, promouvoir l'habitabilité durable pour tous », Rapport au Premier ministre, oct. 2019.

⁷⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/convention_multipartite_pour_favoriser_l_adaptation_des_logements_prives_et_sociaux_a_l_avancee_en_age_de_la_societe.pdf

⁷⁷ <https://www.union-habitat.org/centre-de-ressources/habitants-politiques-sociales/convention-2019-2022-entre-l-ush-et-la-cnav#telecharger>

⁷⁸ Décret n° 2017-760 du 3 mai 2017 pris pour application de l'article 20 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et portant diverses dispositions relatives aux modalités d'instruction des demandes de décision favorable pour le financement de logements sociaux.

B. Les collectivités locales et les institutions sanitaires territoriales

Au niveau territorial, les institutions s'impliquant dans la gestion du risque sanitaire lié au logement sont nombreuses. Certaines ont néanmoins un rôle plus prépondérant que d'autres. Il en va notamment des Agences régionales de santé (1) et des maires (2).

1. Les ARS et la régionalisation des politiques publiques de santé

Créées en 2010 par la loi HPST, les ARS appliquent les politiques nationales de santé publique à un échelon territorial en prenant en compte les spécificités de chaque région. La définition et mise en œuvre des objectifs prioritaires régionaux de santé font l'objet d'un « projet régional de santé » (PRS) élaboré pour 5 à 10 ans en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire. En outre, elles financent, coordonnent et expérimentent sur les territoires la mise en place d'initiatives locales, répondant aux objectifs de santé publique fixés.

Ces agences constituent l'un des interlocuteurs du domaine sanitaire portant la maîtrise des risques environnementaux, au travers de leur objectif de promotion et prévention de la santé. Elles sont ainsi chargées de décliner de manière opérationnelle, dans un Plan Régional Santé Environnement (PRSE), les actions préconisées par les différents PNSE.

En matière de logement, si les priorités des ARS diffèrent selon les régions, une de leurs missions communes consiste notamment à protéger et informer la population sur les risques sanitaires liés à l'habitat, lutter contre l'habitat insalubre et mettre en œuvre les mesures de lutte contre le saturnisme infantile. À titre d'exemple, l'ARS Île-de-France a soutenu, en 2013, 28 actions initiées par des associations et collectivités locales pour sensibiliser les populations touchées par l'habitat indigne⁷⁹.

Cette démarche a abouti à la signature d'une convention de partenariat avec l'AORIF en vue d'améliorer le traitement des situations complexes et de renforcer leur prise en charge coordonnée. Ces parties prenantes ont ainsi mis en place un dispositif de détection et de prévention des punaises de lits, en lien avec le CSTB et l'Hôpital Avicenne.

« Des moyens très conséquents sont alloués sur l'habitat indigne, avec notamment l'intervention d'équipes santé-environnement » (Nicolas Notin, ARS IDF)

Au-delà de l'insalubrité, l'ARS a aussi un rôle important dans l'accompagnement du vieillissement et du handicap. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui contribue au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a notamment alloué à chaque ARS, en 2017 et 2018, 60 000€ pour financer l'expérimentation d'un projet régional d'habitat inclusif. Ce type d'habitat conforté par la loi ELAN doit constituer une réponse à la demande des personnes âgées ou handicapées aux revenus modestes, joignant inclusion sociale et vie autonome au

⁷⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/habitat-indigne>

domicile dans un environnement adapté et sécurisé. Un décret, publié en juin 2019, a défini les obligations de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif, et a fixé le montant, les modalités et les conditions de versement du forfait habitat inclusif.⁸⁰ Une enveloppe de 15 millions d'euros a été allouée aux ARS au titre du forfait destiné à financer les formules d'habitat inclusif pour les personnes âgées et handicapées, pour l'année 2019⁸¹.

2. La ville comme levier d'action locale

Les maires sont aussi à l'initiative pour la gestion des risques sanitaires liés au logement. S'ils interviennent historiquement en matière d'hygiène ou par la mise en place d'un service municipal de santé, leur rôle s'est encore accru depuis les années 2000 avec les « ateliers santé-ville » (ASV) déployés dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale.

En effet, les ASV ont été instaurés par le Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999. Créés sur délibération du conseil municipal, les AVS sont conçus comme un outil territorial faisant de la santé un enjeu d'échelle infracommunale, communale ou intercommunale dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale. Les AVS visent ainsi à intégrer la santé dans la politique de la ville. Concrètement, ils doivent permettre l'émergence d'un lieu de coordination entre tous les acteurs locaux engagés dans les contrats de ville, pour élaborer un diagnostic partagé sur les besoins sanitaires et sociaux, concevoir un programme d'actions concertées, le réaliser et l'évaluer, en associant les habitants et les professionnels aux décisions prises. La mise en place des ASV s'est faite dans le cadre des premiers « programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins » (PRAPS) destinés aux personnes démunies. Ils sont désormais intégrés aux PRS de sorte à mieux coordonner les actions locales dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale.

Les ASV s'inscrivent dans un mouvement plus global, créé par le bureau européen de l'OMS à Copenhague en 1986, visant à trouver de nouveaux acteurs pouvant agir sur les déterminants de la santé et promouvoir la santé. Un réseau des Villes-Santé a ainsi été formé sur le constat européen commun que l'échelle de la ville, au travers de l'influence des maires, permettait une action plus ciblée sur la santé des habitants et facilitait la concertation entre les acteurs territoriaux.

C. Les institutions sanitaires de la société civile

Certaines institutions sanitaires de la société civile montrent aussi un intérêt particulier pour les problématiques santé-logement. Parmi les acteurs traditionnels de la santé, cette évolution concerne notamment le secteur mutualiste (1) ainsi que certaines associations et ONG (2).

⁸⁰ Décret n° 2019-629 du 24 juin 2019 relatif aux diverses dispositions en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées mentionné au titre VIII du livre II du code de l'action sociale et des familles.

⁸¹ Journal officiel, 1^{er} septembre, décision n°2019-14 du 22 août 2019 fixant pour 2019 la répartition entre les agences régionales de santé des crédits destinés au financement du forfait pour l'habitat inclusif.

1. Le secteur mutualiste

Harmonie Mutuelle est un acteur historique du logement social, disposant d'une entité « Harmonie Habitat » de près de 8 000 logements et équivalents-logements en Loire-Atlantique. Fort de son expérience mutualiste, cette entité s'est développée auprès des collectivités locales comme un acteur de référence sur les questions sanitaires qui entrent en ligne de compte dans la construction d'établissements médico-sociaux, comme les Ehpad.

Depuis 2017, l'alliance entre le Groupe VYV (acteur de la protection solidaire créé en 2017 par le rapprochement de plusieurs mutuelles, dont Harmonie Mutuelle) et le Groupe Arcade (organisme indépendant d'immobilier social représentant près de 170 000 logements) pour la constitution d'un pôle d'habitat au sein du groupe VYV (« Groupe Arcade-VYV ») est l'illustration d'une prise de conscience accrue du logement comme déterminant de santé. Ce partenariat original illustre la montée en puissance d'une logique de prévention au sein d'un groupe mutualiste.

« En travaillant sur une offre agissant en amont sur les déterminants de santé, comme le logement, on limite les risques de développer une maladie » (Dominique Majou, Harmonie Habitat).

Il s'agit d'une position innovante dans le monde mutualiste pour accompagner les habitants tout au long de leur parcours de vie, en associant *« l'ensemble du savoir-faire de l'habitat à une palette de services liée à la santé »* (Marc Simon, Vice-Président du Groupe Arcade-VYV).

2. Les associations et organisations non gouvernementales (ONG)

Récemment, les associations et ONG œuvrant dans le champ sanitaire se sont investies dans le champ du logement. En 2016, la Croix-Rouge s'est rapprochée du Groupe Arcade pour créer une entité spécialisée « Croix Rouge Habitat ». Il s'agissait alors de *« la première joint-venture entre le logement social et un associatif intervenant dans le monde de la santé, visant à accompagner la Croix Rouge dans son développement et sa stratégie via la mise à disposition de notre compétence immobilière »* (Jacques Wolfram, DG Groupe VYV-Arcade). La Croix-Rouge Habitat constitue ainsi une ESH spécialisée dans le développement d'une offre sociale et médico-sociale nouvelle, par la production d'habitat en faveur de populations spécifiques ou défavorisées, en particulier sur le plan sanitaire : personnes âgées, demandeurs d'asile, personnes en situation de handicap, jeunes travailleurs, etc.

Par ailleurs, les associations et établissements médicaux gestionnaires d'appartements thérapeutiques (ACT), initialement dévolus aux personnes souffrantes du VIH, ont développé une offre de logements plus largement destinée à la prise en charge de publics en situation de dépendance ou sujets à maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, insuffisances rénales, etc.), ainsi qu'à l'accompagnement dans le champ de la psychiatrie, du handicap psychique, de la fin de leur vie. À noter que la loi Egalité et Citoyenneté de 2017 a permis que les malades chroniques sortant d'ACT puissent se voir attribuer prioritairement un logement social.

Bibliographie

(par ordre chronologique)

- I. Parizot, E. Renahy, F. Bazin, P. Chauvin, *Santé, inégalités et ruptures sociales : enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France*, Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville, juin 2005.
- Y. Carbonnier, *Les premiers logements sociaux en France*, La Documentation française, 2008.
- INPES, « *le guide la pollution de l'air intérieur* », 2009
- Airparif, « *Quels effets de la pollution atmosphérique sur les bâtiments ?* », 2011
- P. Kamoun, *Hygiène et morale : la naissance des habitations à bon marché (1830-1938)*, La Documentation française, 2011.
- FORS Recherche sociale, *Les coûts sociaux du mal-logement*, n° 204, oct.-déc. 2012
- ANSES, Rapport d'étude de l'Anses relatif à « *Étude exploratoire du coût socio-économique des polluants de l'air intérieur* », 2014
- Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement Bretagne, « *le carnet de santé de votre habitat* », édition 2015
- Fondation Abbé Pierre, *21^e Rapport sur l'état du mal-logement en France*, 2016
- Observatoire Régional de santé d'Île-de-France, « *Interventions sur le logement et impacts sanitaires, évaluation des actions, état des connaissances* », 2017
- INSEE Références, Fiche – confort, qualité et défauts du logement, Edition 2017
- Ministère de la transition écologie et solidaire, « *Pollution de l'air : origines, situation et impacts* », 2017
- Pilar Institute, « *Combien coûte une journée à l'hôpital, et autres chiffres analytiques* », 2017
- E. Allory et al. « *Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative* », Santé Publique, vol. vol. 29, no. 4, 2017
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, « *Des environnements plus sains pour des personnes en meilleure santé* », 2018
- G. Chevaillier, « *Les inégalités sociales et territoriales de santé* », EHESP, juillet 2018
- Rapport d'information n° 614 (2018-2019) de MM. Guillaume ARNELL et Jean-Marie MORISSET, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 26 juin 2019
- Haut Conseil de la Santé Publique, « *Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé* », 31 janvier 2019
- Haut Conseil de la Santé Publique, « *Valeurs repères d'aide à la gestion de la qualité de l'air intérieur* », 8 janvier 2019
- P. Lavarde, L. Krieps et P. Lesteven, M.-L. Simoni, Observatoire de l'air intérieur, « *Bilan et perspectives* », janvier 2019
- G. Vuilletet, « *Simplifier les polices de l'habitat indigne, promouvoir l'habitabilité durable pour tous* », Rapport au Premier ministre, oct. 2019.



Fédération nationale des sociétés anonymes et fondations d'Hlm

14, rue Lord Byron 75008 Paris - Tél 01 40 75 68 40
www.esh.fr -  @FederationESH
Association membre de l'Union nationale Hlm