

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**CONSEILLER EN ENVIRONNEMENT INTERIEUR,
UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE**

**IDENTIFICATION DES FREINS ET PISTES D'ACTION POUR
DEVELOPPER CE METIER**

– Groupe n° 1 –

- **BANCHET Fabienne**
- **BOSCO Paola**
- **BOULANGER Audrey**
- **COURTEILLE Linda**
- **HEYRMAN Éric**
- **MASSE Robin**
- **TAHORA Danil**

Animateur

– *Dr Pierre LE CANN*

Sommaire

<i>Introduction</i>	9
1 <i>Pour répondre à des enjeux importants de santé publique, des acteurs se mobilisent pour développer le métier de conseiller en environnement intérieur avec, pour l'instant, un succès mitigé</i>	13
1.1 Les mêmes enjeux de santé publique ont conduit à la création du métier de CEI tant en France qu'en Europe	13
1.2 La plus-value des CEI réside dans la visite réalisée au domicile, l'échange avec le patient et la délivrance de conseils personnalisés	14
1.3 Deux formations ont été mises en place pour compléter les compétences initiales et assurer la qualification des futurs CEI	16
1.4 Malgré une apparition il y a plus de vingt années, les CEI formés et actifs se révèlent encore peu nombreux	17
1.5 Les CEI bénéficient pourtant du soutien des pouvoirs publics et, progressivement, d'autorités du monde médical	19
2 <i>Le développement du métier de CEI se heurte encore actuellement à des obstacles d'ordres sociologique, politique et financier</i>	22
2.1 L'hétérogénéité des formations, des profils et des pratiques professionnelles des CEI obère leur capacité à affirmer leur activité comme un véritable métier	22
2.2 Le double pilotage de la politique santé-environnement entrave le développement de la fonction de CEI	23
2.3 La reconnaissance du rôle des CEI par les médecins est pénalisée par une polémique sur le caractère scientifique d'études menées	25
2.4 Le manque de pérennité et la diversité du financement freinent le développement des CEI	27
3 <i>Face à ces freins, des pistes relatives au champ d'action des CEI, à leur financement, à la formation des CEI et des professionnels de santé et aux actions de communication peuvent être proposées</i>	29

3.1	Le champ d'action des conseillers en environnement intérieur devrait s'étendre du sanitaire à la sensibilisation du grand public, avec toutefois un focus particulier sur les patients asthmatiques sévères _____	29
3.2	Les sources de financement des activités des conseillers en environnement intérieur devraient varier en fonction desdites activités _____	31
3.3	La formation tant des CEI que des professionnels de santé est un levier indispensable pour assurer l'essor de cette profession _____	32
3.4	Une communication à destination du grand public et de la communauté médicale devrait être réalisée de manière régulière _____	33
	Conclusion _____	35
	Bibliographie _____	37
	Références bibliographiques citées _____	37
	Sites Internet _____	39
	Liste des personnes interviewées _____	39
	Liste des annexes _____	I
	Fiche méthodologique _____	II
	Grille d'entretien _____	III

Remerciements

Dans le cadre de notre formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, nous sommes amenés à travailler en groupe sur un thème sanitaire ou social au sein d'un module interprofessionnel de santé publique.

Nous avons unanimement considéré que ce travail est une opportunité et un privilège. Approfondir ses connaissances, s'interroger sur une problématique et aller à la rencontre de professionnels investis est, en tant que futur manager dans le domaine sanitaire et social, extrêmement enrichissant personnellement, humainement et professionnellement.

Ainsi donc, les présents remerciements n'auront pas vocation à être juste une « figure imposée » mais un véritable témoignage de notre reconnaissance, sincère et honnête.

En premier lieu et tout naturellement, nous remercions Monsieur Pierre Le Cann, enseignant-chercheur, référent de notre groupe de travail, par sa haute réactivité, bienveillance et pédagogie, qui nous a guidés dans cet exercice. Il nous a permis de mener ce travail en toute impartialité et indépendance. Nous sommes particulièrement émus d'être le premier MIP dont Monsieur Pierre Le Cann a assuré l'encadrement pédagogique.

Nous remercions également notre vénérable institution pour sa mansuétude envers notre groupe, tant en moyens humains que financiers. En effet, Madame Emmanuelle Guevara ainsi que Monsieur Christophe Le Rat, par leur disponibilité et leur écoute, ont réellement été un soutien précieux pour nous.

Nous remercions l'ensemble des interlocuteurs ressources qui ont su et pu dégager le temps nécessaire afin que nous menions nos entretiens. Malgré le délai contraint qui nous était imposé, ils nous ont toujours reçu chaleureusement dans les meilleures conditions possibles. Il convient de souligner à quel point ces entrevues ont pu être riches et contributives dans le cadre de notre travail.

Liste des sigles utilisés

ADEME : Agence de de l'environnement et de maîtrise de l'énergie
ALD : Affection longue durée
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS : Agence Régionale de Santé
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CCAS : Centre communal d'action sociale
CHS : Conseiller habitat santé
C(M)EI : Conseiller (médical) en environnement intérieur
CRIPI : Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGPR : Direction générale de la prévention des risques
DGS : Direction générale de la santé
DREAL : Direction régionale, de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DU : Diplôme universitaire
DIU : Diplôme inter-universitaire
ECENVIR : Évaluation de l'action des conseillers en environnement intérieur
HAS : Haute autorité de santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MIP : Module inter-professionnel
OMS : Organisation mondiale de la santé
PIB : Produit intérieur brut
PNSE : Plan national santé-environnement
PRSE : Plan régional santé-environnement
URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

Entre 20 % et 25 % de la population française souffre d'affections respiratoires chroniques, notamment d'allergie respiratoire, de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'asthme. La prévalence de cette dernière pathologie, après une hausse ces 15 dernières années, passant de 3 % à 7 %, est aujourd'hui stabilisée. Actuellement, environ 4 millions de personnes en France sont touchées par l'asthme, 50 000 par des insuffisances respiratoires graves. L'asthme sévère provoque chaque année 600 000 hospitalisations en urgence et entre 1 000¹ et 2 000 décès² peuvent lui être imputés.

La prise en charge et la prévention de ces affections respiratoires et pulmonaires chroniques constituent un enjeu important de santé publique. En effet, en termes budgétaires, le coût de la mauvaise qualité de l'air intérieur est estimé entre 10³ et 20⁴ milliards d'euros par an en France, dont 1.5 milliard d'euros de coûts directs de la maladie asthmatique (hospitalisation, traitements médicamenteux) [1].

Plusieurs causes et facteurs de déclenchement ou d'aggravation des symptômes des pathologies respiratoires chroniques ont été identifiés : allergènes à l'intérieur des habitations (acariens, moisissures, allergènes de chats et de chiens), allergènes extérieurs (pollens et moisissures), fumée de tabac et produits chimiques irritants.

Au-delà d'une prise en charge médicamenteuse adaptée visant à supprimer les symptômes (anti-inflammatoires, corticostéroïdes inhalés, anti-leucotriènes, bronchodilatateurs...), il est fortement recommandé de mettre en œuvre des mesures d'éviction globale des allergènes et polluants mentionnés plus haut.

Or, une attention particulière est désormais portée sur la qualité de l'air intérieur : les personnes passent en effet entre 70 % et 90 % de leur vie à l'intérieur d'un bâtiment, dont

¹ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France/Mortalite> consulté le 14 mai 2017 à 14h05

² <https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/asthme> consulté le 14 mai 2017 à 15h42

³ <http://www.developpement-durable.gouv.fr/qualite-lair-interieur> consulté le 14 mai 2017 à 11h37

⁴ <https://www.anses.fr/fr/content/premi%C3%A8re-%C3%A9tude-en-france-sur-l%E2%80%99estimation-du-co%C3%BBt-de-la-pollution-de-l%E2%80%99air-int%C3%A9rieur> consulté le 14 mai 2017 à 10h25

près de 50 % dans leur domicile. De plus, contrairement à une idée reçue, l'air intérieur est, selon l'observatoire de la qualité de l'air intérieur⁵, 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur. En conséquence, face à cet enjeu de santé publique que constitue la prise en charge de ces pathologies chroniques respiratoires ou pulmonaires comme l'asthme par exemple, une réponse non médicamenteuse a été initiée dans les années 1990 : l'intervention, au domicile des patients, de conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) ou de conseillers habitat santé (CHS). Celle-ci vise à réduire l'exposition aux risques en agissant sur la qualité de l'air intérieur de l'habitat des patients. L'existence de ces deux appellations (C(M)EI et CHS) sera explicitée ultérieurement, mais conformément aux orientations ministérielles actuelles le présent mémoire utilisera la terminologie de conseiller en environnement intérieur (CEI). Ces personnes interviennent au domicile du patient, sur prescription d'un médecin, pour identifier les éléments allergènes impactant la santé respiratoire – répondant ainsi à l'objectif d'éviction globale – et donner des conseils pour supprimer ou réduire ces éléments.

Cette intervention s'inscrit pleinement dans l'action préventive telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » ; sachant que l'OMS distingue trois types de prévention :

- la prévention primaire qui regroupe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Les visites de CEI qui ont pour objectif d'empêcher les enfants de devenir asthmatiques et/ou allergiques ou de développer une maladie chronique respiratoire s'inscrivent dans cette prévention primaire [2].
- la prévention secondaire qui recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Les mesures d'éviction globale des allergènes visant à réduire les survenues de nouvelles crises d'asthme de patients déjà identifiés comme asthmatiques correspondent à de la prévention secondaire.
- et enfin, la prévention tertiaire qui intervient à un stade où il importe d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Le CEI est ici souvent mobilisé dans les cas d'asthme sévère qui ne peut être contrôlé malgré une compliance du patient au traitement médicamenteux.

⁵ <http://www.oqai.fr> consulté le 14 mai 2017 à 11h35

Après une création ex nihilo dans les années 1990 par quelques professionnels médicaux et paramédicaux, le métier de conseiller médical en environnement intérieur - conseiller habitat santé a pu bénéficier d'un soutien constant des pouvoirs publics, au travers de différents plans nationaux (plan « asthme », trois plans nationaux santé environnement, Grenelle de l'environnement, plan qualité de l'air intérieur).

Au-delà de ce soutien des pouvoirs publics, les conseillers médicaux en environnement intérieur peuvent également s'appuyer sur plusieurs recommandations de prise en charge médicale des patients souffrant de maladies respiratoires chroniques, qui conseillent de faire appel à leurs services (ANAES-HAS, société de pneumologie en langue française).

Ainsi, le métier de conseiller en environnement intérieur répond à un enjeu important de santé publique et dispose d'atouts pour émerger. Pourtant, au regard du nombre de professionnels formés en activité – relativement faible – (67 personnes), ce métier semble avoir des difficultés à se développer : si une formation spécifique existe depuis 2001, la reconnaissance de ce métier par certains acteurs, notamment de santé, n'est pas encore acquise, les modalités de financement de cette activité ne sont pas stabilisées, et son cadre d'intervention mériterait d'être plus clairement défini.

Le présent mémoire vise à expliquer cet écart entre les attentes en termes de santé publique et la réalité du développement de ce métier. Ainsi, après avoir défini la situation actuelle des CEI (I), les freins au développement de ce métier seront exposés (II) puis des pistes d'action seront proposées pour renforcer et pérenniser l'action de ces conseillers (III).

1 Pour répondre à des enjeux importants de santé publique, des acteurs se mobilisent pour développer le métier de conseiller en environnement intérieur avec, pour l'instant, un succès mitigé

La France consacre environ 11% de son PIB (Produit intérieur brut) aux dépenses de santé. Elle est, d'ailleurs, reconnue au niveau mondial pour la qualité de son système de soins. Toutefois, au niveau européen, elle reste considérée comme un mauvais élève sur les aspects prévention et promotion de la santé. En 2014, les dépenses de prévention ne représentaient environ que 2% des dépenses courantes de santé (256,9 milliard d'euros de dépenses courantes de santé selon l'INSEE) contre environ 3% en moyenne dans les pays de l'Union Européenne [3]. Malgré cela, la France tente, elle aussi, comme d'autres pays européens (1.1), d'inscrire le développement de l'action des conseillers en environnement intérieur dans ses politiques publiques (1.5). Mais ni l'effort de structuration de ce métier par la mise en place d'une offre de formation spécifique (1.3), ni l'attention portée sur la plus-value du CEI dans la prise en charge de certains patients (1.2) ne semble avoir été suffisant pour garantir l'essor de ce métier (1.4).

1.1 Les mêmes enjeux de santé publique ont conduit à la création du métier de CEI tant en France qu'en Europe

Face au développement des allergies et des maladies chroniques respiratoires comme l'asthme, une attention particulière a été portée à la qualité de l'air intérieur. En effet, grâce à la mise au point de méthodes de mesures des allergènes, des études ont démontré le lien entre l'exposition allergique, les symptômes et l'éviction des allergènes [4]. Les conseillers en environnement intérieur peuvent ainsi jouer un rôle important dans la prévention de certaines pathologies liées à l'habitat ou de leur aggravation. Les conseillers interviennent au domicile des patients, réalisent un audit et proposent des conseils d'éviction en fonction des niveaux d'exposition mesurés ou observés ainsi que des habitudes culturelles du malade [4].

L'action du CEI s'inscrit dans des missions de prévention et de promotion de la santé. Lorsque celles-ci existent, le CEI peut également se rattacher aux consultations d'éducation thérapeutique [5]. Cependant, les visites sont surtout prescrites dans un cadre curatif lorsqu'il est constaté chez le patient une aggravation de sa maladie et de fortes sensibilités à son habitat. Un CEI peut également intervenir lorsqu'un médecin spécialiste (pneumologue,

allergologue, pédiatre) éprouve des difficultés à établir un diagnostic à la suite d'une incompréhension entre les symptômes et les tests cliniques réalisés.

Les premiers travaux sur l'éviction des acariens ont été menés à la fin des années 1980 et ont abouti à la formation de la première C(M)EI en 1994, Madame Martine Ott, des Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Ce genre d'initiative a également été développé dans d'autres pays européens, à l'instar de l'Allemagne qui, à la fin des années 1980, a proposé la réalisation d'une enquête environnementale à domicile grâce à ses « Green ambulances ». Ces ambulances vertes visaient la réalisation d'un audit, à la demande d'un médecin, sur les principaux dangers de l'environnement intérieur en utilisant un questionnaire et des prélèvements.

De même, en Belgique, une Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI) a été créée en 2000 pour apporter un complément au diagnostic médical pour des problèmes liés à une éventuelle exposition à des polluants à l'intérieur de l'habitat. Grâce à son « ambulance verte », l'équipe de la CRIPI, constituée d'analystes et d'une infirmière en santé communautaire, intervient directement au domicile du patient pour effectuer un état des lieux, réaliser des prélèvements chimiques et biologiques et dispenser des conseils spécifiques⁶.

Nos voisins européens semblent avoir réussi à pérenniser ces dispositifs d'évaluation de la qualité de l'air, contrairement à la France qui reste encore dans une phase d'expérimentation.

1.2 La plus-value des CEI réside dans la visite réalisée au domicile, l'échange avec le patient et la délivrance de conseils personnalisés

En France, le conseiller en environnement intérieur est un professionnel issu du secteur de la santé, du social ou du bâtiment. Titulaire d'un diplôme universitaire (DU) de conseil habitat santé ou d'un diplôme inter-universitaire (DIU) de santé respiratoire et habitat, il intervient sur prescription médicale au domicile des patients porteurs d'une pathologie chronique respiratoire ou pulmonaire sévère tel que l'asthme ou la BPCO. Cette visite vise à réaliser un diagnostic des facteurs de dégradation de la qualité de l'environnement intérieur

⁶ <http://www.environnement.brussels/thematiques/sante-securite/pollution-interieure/crpi-ambulance-verte>
Site internet Bruxelles environnement consulté le 15 mai 2017 à 11h45

susceptibles d'aggraver la symptomatologie de ces affections. L'objectif final de ces visites est de proposer des mesures d'éviction des polluants chimiques et biologiques et de prévenir l'exposition allergénique.

L'intervention du CEI se différencie d'une simple consultation d'un médecin par la visite du domicile du patient, selon un déroulement type décrit ci-après, et par la délivrance de recommandations personnalisées, en fonction des informations collectées.

S'agissant du déroulement type d'une visite : après une prise de contact avec le patient ou sa famille, qui permet de préciser le cadre et les objectifs de l'intervention, le CEI effectue une visite du domicile. Celle-ci dure entre 1h30 et 3h selon la pathologie du patient (soit un temps nettement plus long qu'une consultation avec un médecin généraliste ou spécialiste). Une visite pour recherche d'allergies (de type rhinite) dure environ 1h30 tandis que pour les patients atteints de mucoviscidose, par exemple, la visite peut s'étendre jusqu'à 3h. Au cours de sa visite, le conseiller s'assure de la compréhension par le patient de sa maladie et de sa compliance au traitement. A l'aide d'un questionnaire préalablement établi (et qui n'est pas commun à l'ensemble des CEI), il identifie les habitudes de vie du patient, ses pratiques et comportements mais aussi celles et ceux de son entourage. Puis, le conseiller visite chacune des pièces du domicile et recueille un certain nombre de paramètres tels que la température des pièces, l'existence d'un système de ventilation opérant ou non, les taux de dioxyde ou monoxyde de carbone, de formaldéhyde... Il recherche la présence de polluants biologiques et chimiques grâce à des prélèvements et analyses qui peuvent être réalisés sur place :

- recherche des acariens par Acares test (par une méthode colorimétrique permettant d'évaluer sur place la charge en acariens de différents supports (matelas, sommier, fauteuils...)) ;
- prélèvements de moisissures par boîtes contact ou écouvillonnage ;
- recherche du formaldéhyde par dosage semi quantitatif, par bio check le cas échéant ;
- mesures de température et hygrométrie dans les différentes pièces [6].

Des prélèvements d'air, de poussières peuvent être effectués mais ne sont pas réalisés de manière systématique.

Au terme de la visite, le CEI délivre des conseils au patient et propose des mesures pour supprimer ou limiter les sources de pollution, d'allergènes et améliorer ainsi la qualité de vie de celui-ci.

Un compte-rendu de la visite est ensuite adressé au médecin prescripteur ainsi qu'au patient. Puis, dans un délai de 6 mois suivant la visite du domicile, un questionnaire d'évaluation peut être adressé au patient par le CEI. Il vise à mesurer le niveau de satisfaction du patient

concernant l'intervention du conseiller, à identifier la nature des mesures mises en place pour réduire l'exposition aux polluants et à en identifier les effets sur sa symptomatologie. Là encore, il n'existe aucun questionnaire type.

Selon les régions, les résultats de ces évaluations sont ensuite transmis à l'ARS ainsi qu'un bilan annuel d'activité.

Des contre-visites peuvent être réalisées mais, de manière générale, les CEI n'interviennent qu'une seule fois au domicile des patients.

1.3 Deux formations ont été mises en place pour compléter les compétences initiales et assurer la qualification des futurs CEI

Dans les années 1990, la nécessité de former des conseillers capables d'analyser les facteurs de risque au domicile des patients est apparue. Deux initiatives, pilotées chacune par un professeur, voient le jour. En 2001, est créée une formation sous la forme de diplôme universitaire (DU) afin de professionnaliser les futurs intervenants au domicile. Ce DU a été transformé en 2005 en DIU « Santé respiratoire et Habitat » rattaché à l'université de Strasbourg. Un autre DU « Conseil Habitat Santé » rattaché à la faculté de médecine d'Aix-Marseille a également été créé.

Ces DU permettent l'acquisition de compétences complémentaires à une formation initiale (souvent de niveau bac+2 ou bac+3). Ces formations ont une durée de 130 heures (DU CHS) ou de 140 heures (DIU Santé respiratoire et habitat) d'enseignements théoriques, avec un temps de stage de 10 heures pour la première et 40 heures pour la seconde.

Les différentes appellations données à ce métier (CMEI, CEI, CHS) témoignent d'une part de la diversité des profils des professionnels qui l'exercent aujourd'hui (tous ne sont plus exclusivement issus du secteur de la santé) et, d'autre part, de la difficile distinction entre ce qui relève du champ de la santé et du champ de l'environnement. La sémantique a ici son importance. Si l'ensemble de ces professionnels revendique une expertise dans le diagnostic et la prévention des facteurs polluants ou allergisants, les conseillers médicaux en environnement intérieur revendiquent leur appartenance au secteur de la santé ainsi que leurs connaissances médicales et leur culture soignante acquises dans le cadre de leur formation initiale (d'infirmier le plus souvent). Le fait que la majorité des CEI exerce au sein d'une structure hospitalière et travaille le plus souvent en lien avec des médecins hospitaliers spécialistes (pneumologues, pédiatres...) renforce ce sentiment. Cependant, d'autres CEI travaillent au sein d'associations ou d'organisations mutualistes. Ces conseillers disposent

alors d'une bonne connaissance de leur territoire et des acteurs locaux, à l'hôpital comme en ambulatoire.

Sous l'impulsion du ministère de l'environnement, l'adjectif « médical » est supprimé de l'appellation officielle. Deux raisons justifient cette suppression : d'une part, l'adjectif semblait tromper le patient et les professionnels de santé sur l'expertise médicale du CEI ; d'autre part, la nouvelle appellation correspond davantage au nouveau périmètre d'intervention des CEI qui dépasse désormais la seule prise en charge des patients asthmatiques ou malades respiratoires chroniques pour investir d'autres champs.

Ainsi, certains sont parfois sollicités par des associations d'usagers, des écoles, des centres communaux d'action sociale (CCAS) pour réaliser des interventions de sensibilisation du public à la prévention de la pollution de l'environnement intérieur, des formations ou des visites d'établissement recevant du public. Au-delà de l'aspect pédagogique de ces interventions, ces actions permettent aux conseillers en environnement intérieur de communiquer autour de leur métier et de contribuer ainsi à leur ancrage sur les territoires tout en renforçant le sentiment d'utilité sociale de ce métier.

Néanmoins, cette recherche de visibilité se heurte au fait que la formation de CEI ne permet pas de délivrer un diplôme d'Etat. Elle constitue une action d'adaptation et de développement des compétences qui reste encore insuffisamment connue des usagers et des prescripteurs.

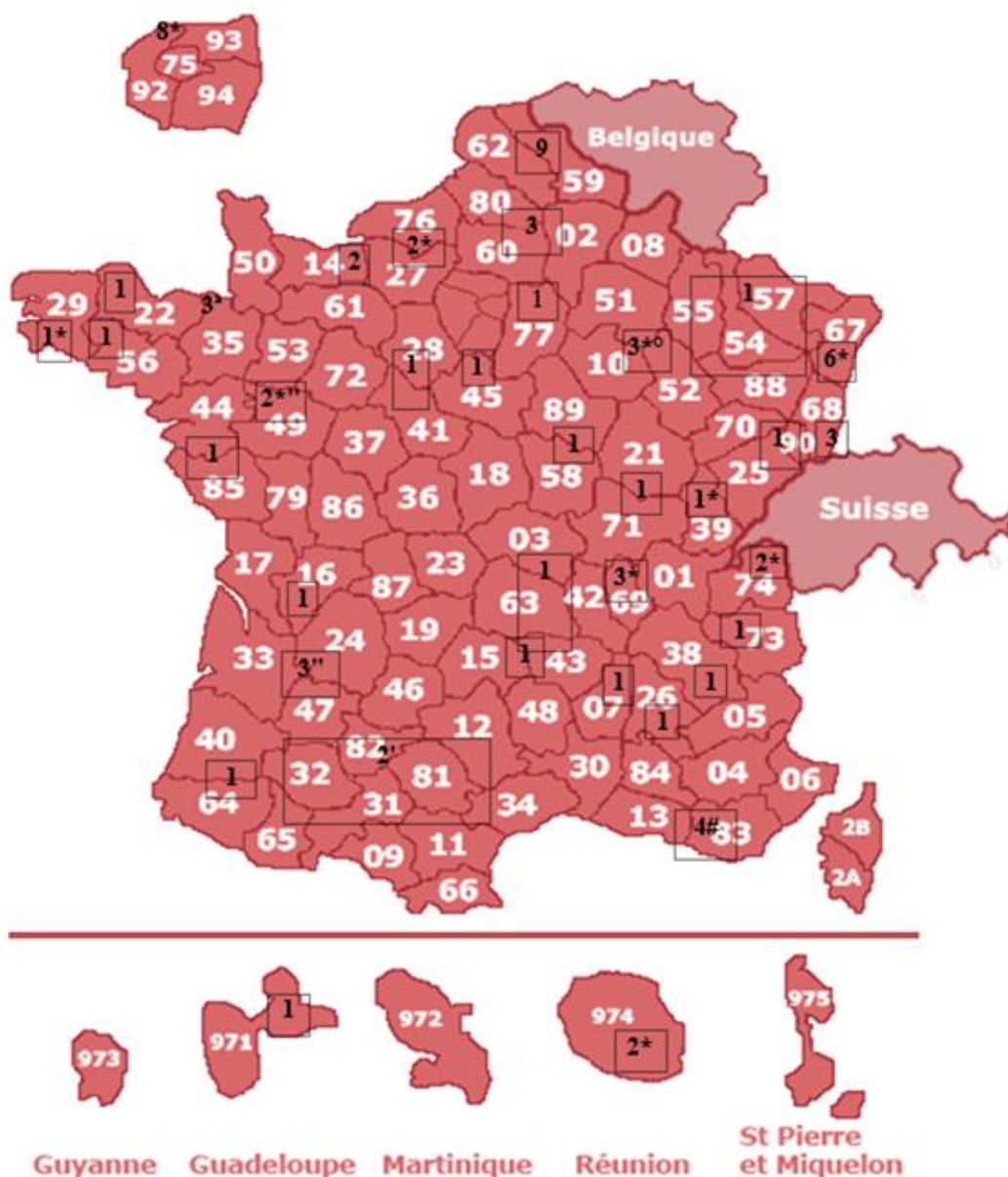
1.4 Malgré une apparition il y a plus de vingt années, les CEI formés et actifs se révèlent encore peu nombreux

Le nombre de CEI formés s'élève à 168 en 2016. Toutefois, seuls 76 sont actifs sur l'ensemble du territoire dont 9 sont actuellement en recherche de poste. Par ailleurs, leur répartition sur le territoire est inégale et pour certains d'entre eux, leur champ d'action s'étend sur plusieurs départements (cf. carte n°1 « répartition géographique des CMEI »).

Non seulement leur répartition géographique est inégale, mais le type de structure dans lequel ils exercent leur activité est très diversifié. Ainsi, 19 CEI pratiquent leur activité au sein d'établissements hospitaliers, 15 font partie d'associations (association pour la prévention de la pollution atmosphérique, association pour la surveillance de la qualité de l'air, association Capt'Air...), 10 exercent dans des sociétés ou pratiquent leur activité en libéral, 9 sont employés par des services communaux d'hygiène et de santé. Les 14 CEI restants, exercent en direction territoriale de l'ARS (5), à la Mutualité Française en

Bourgogne, Gironde et Auvergne Rhône-Alpes (5), dans les services techniques du ministère chargé de l'environnement (3) ou de manière bénévole (1).

Carte n° 1 - Répartition géographique des CMEI



* : dont 1 en recherche de poste actuellement

a°: dont 1 qui est installé sur le département 22 mais qui intervient également en Ille et Vilaine

** : dont 1 qui intervient également sur les départements 53 et 72

' : dont 1 qui intervient également sur les départements 24 et 47

*° : dont 2 qui interviennent sur les départements 10, 51 et 52

: dont 2 qui interviennent sur les départements 04, 13 et 83

' : dont 1 qui intervient sur les départements 09, 12, 21, 32, 65 et 82

1.5 Les CEI bénéficient pourtant du soutien des pouvoirs publics et, progressivement, d'autorités du monde médical

L'intervention de conseillers en environnement intérieur est depuis le début des années 2000 soutenue par les pouvoirs publics. Ceux-ci ont développé le métier de CEI à travers plusieurs plans nationaux, avec des mesures expérimentales de plus en plus opérationnelles.

Tout d'abord, le plan d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005 [4] prévoit, d'une part, la mise en place d'un groupe de travail chargé de définir le cadre d'action du CEI, ses débouchés potentiels et leur évolution, d'adapter le contenu de la formation et d'identifier les structures d'accueil et, d'autre part, le recrutement à partir de 2003 de conseillers en environnement intérieur dans des structures chargées de l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques.

Puis, les mesures relatives aux CEI ont été intégrées dans tous les plans nationaux santé-environnement (PNSE). Le PNSE 1 2004-2008 vise à garantir un air et une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale et mieux informer le public et protéger les populations sensibles. Plus spécifiquement, le PNSE 1 précise que « la présence simultanée de polluants et d'allergènes pouvant induire des effets synergiques, l'identification des diverses sources d'allergènes et de polluants au domicile de personnes affectées nécessite la création dans des associations ou des établissements hospitaliers pilotes de postes de conseillers en environnement intérieur » [7]. A la suite des travaux du groupe 3 « Instaurer un environnement respectueux de la santé » du Grenelle de l'environnement [8], la loi n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement dispose que « la présence simultanée de polluants et d'allergènes pouvant induire des effets synergiques, la création, dans chaque département, de postes de conseillers en environnement intérieur chargés d'identifier les diverses sources d'allergènes et de polluants au domicile de personnes affectées sera mise à l'étude » (cf. article 40 de la loi n°2009-967) [9]. Le PNSE 2 2009-2013 traduit cet engagement, avec la mesure n°23 « Développer la profession de conseillers « habitat-santé » ou « en environnement intérieur » » [10]. Un appel à projets de près de 1 M€ sur la période 2010/2013 fut effectivement lancé pour des postes de CEI, partiellement financés par l'Etat (ministère de l'environnement). Cet élan national s'est poursuivi par des initiatives déconcentrées, à travers les plans régionaux de santé-environnement (PRSE).

Enfin, le plan qualité de l'air intérieur [11] - pris en application de la feuille de route pour la transition écologique de la Conférence environnementale de 2012 – ainsi que les PNSE 2 (2009-2013) et PNSE 3 (2015-2019) [12] prolongent ce soutien public, avec une approche plus mature : ils prévoient la réalisation d'une étude sur l'intérêt des interventions des CEI et de leur pérennisation. Plus précisément, cette étude nommée ECENVIR (Évaluation de l'action des conseillers en environnement intérieur), financée par le programme hospitalier de recherche clinique et les ministères en charge de la santé et de l'environnement, doit permettre de conclure quant à la pertinence de pérenniser cette profession et, à terme, de permettre le remboursement des actes par la sécurité sociale.

Au-delà de ce soutien des pouvoirs publics, les CEI bénéficient d'un appui d'autorités du monde médical, quoique un peu plus timide – sans doute lié à une culture de la prévention ou de la santé environnementale toujours en émergence –, mais avec une approche de plus en plus positive.

Ainsi, originellement, la recommandation de l'ANAES pour l'éducation thérapeutique du patient asthmatique publiée en 2001 [13] ne classe qu'en grade C les mesures d'élimination des allergènes, c'est-à-dire comme une recommandation fondée sur des études de moindre niveau de preuve par rapport à celles classées A ou B (études cas-témoins, séries de cas, études épidémiologiques descriptives), ce qui explique pourquoi les pouvoirs publics soutiennent la réalisation d'une étude à la scientificité éprouvée.

Plus récemment les recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents de la HAS insistent sur « les patients à risque d'asthme aigu grave ou de mort par asthme et les patients ayant des exacerbations fréquentes, c'est-à-dire les asthmes difficiles à contrôler » [14] et envisagent, outre des consultations programmées après hospitalisation, une éducation thérapeutique structurée, la recherche rigoureuse ainsi que l'éviction des facteurs déclenchants (allergènes, tabac, toxiques domestiques et industriels), une visite à domicile d'un conseiller en environnement intérieur. De même, dans ses recommandations sur l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois, la HAS indique que « la prise en charge est facilitée par l'intervention d'un CEI lorsqu'elle est possible » [15].

Désormais, la société de pneumologie en langue française reconnaît que « l'intervention à domicile d'un conseiller en environnement peut être utile quand c'est possible, en particulier chez des patients ayant un asthme non contrôlé malgré une pression thérapeutique importante » et que cette intervention a montré « une augmentation de l'adhésion aux mesures d'éviction ainsi qu'une diminution de l'exposition allergénique » [16].

Ainsi, des acteurs locaux ont ressenti le besoin d'un professionnel qui visiterait le domicile des patients et participerait ainsi à l'éviction globale des allergènes. Ils se sont mobilisés pour cadrer cette intervention et pour assurer aux futurs CEI un niveau de qualification suffisants. Ce mouvement a ensuite été repris par des acteurs nationaux, selon des temporalités qui leur sont propres. Le nombre de CEI formés et réellement actifs (67) révèle cependant l'existence de freins au développement de ce métier.

2 Le développement du métier de CEI se heurte encore actuellement à des obstacles d'ordres sociologique, politique et financier

L'action des CEI apporte aux patients les conseils nécessaires à l'amélioration de la qualité de l'air de leur logement et participe ainsi, à la réduction de la symptomatologie voire de la charge thérapeutique. Leur intervention est également reconnue par les médecins prescripteurs comme une aide à l'élaboration du diagnostic et pour la mise en œuvre des mesures d'éviction au domicile des patients. Pourtant, la reconnaissance du métier n'est pas encore acquise, ce qui freine son développement.

L'hétérogénéité des CEI sous plusieurs aspects (2.1), le problème de pilotage de la politique nationale qui porte les CEI (2.2), le doute de certains acteurs sur la validité scientifique des études concluant à l'apport bénéfique de l'intervention des CEI (2.3) et le caractère éparé et non pérenne des financements des postes de CEI (2.4) constituent les freins les plus notables.

2.1 L'hétérogénéité des formations, des profils et des pratiques professionnelles des CEI obère leur capacité à affirmer leur activité comme un véritable métier

L'existence de deux approches, conseiller (médical) en environnement intérieur et conseiller habitat et santé, concrétisée à travers deux diplômes universitaires (DU) peut être une première piste d'explicitation du difficile développement des conseillers en environnement intérieur.

La première approche de conseiller médical en environnement intérieur paraît plus orientée vers la relation avec le patient, alors que la seconde approche des conseillers habitat et santé est tournée vers l'analyse des problématiques de l'habitat (souvent insalubre). Cette dichotomie s'est traduite à travers l'existence de deux diplômes universitaires le DU « Santé Habitat » (Aix-Marseille) et le DIU « Santé Respiratoire et Habitat » (Strasbourg). Dans un souci de cohérence, le DU rattaché à l'université Aix-Marseille a adopté en 2015 une nouvelle qualification « conseiller Habitat santé / conseiller en environnement intérieur » suite au PNSE 2, le terme « médical » disparaissant de l'appellation officielle. De ce fait, l'absence d'un référentiel de compétences attendues est un frein au développement des conseillers en environnement intérieur.

Ces différences d'approche se répercutent sur le profil des CEI, tant dans leur recrutement à partir de leur formation initiale (paramédicale ou ingénieur), que dans le développement de

leur activité par la suite. En effet, la mission note une hétérogénéité des profils et des outils utilisés. La plupart des CEI rencontrés, étant de formation initiale à orientation sanitaire, formulent des besoins de formations complémentaires notamment en ce qui concerne les évolutions des bâtiments (bâtiments basse consommation, haute qualité environnementale) et de l'habitat. A l'inverse, les conseillers issus des profils techniques peuvent bénéficier d'une formation complémentaire en éducation thérapeutique. Les outils utilisés par les conseillers lors de leur visite à domicile ne sont pas homogènes (questionnaire préalable de recueil d'information sur les habitudes de vie et compte-rendu de visite non standardisés). Malgré une grille nationale proposée dans le cadre de la formation du DIU de Strasbourg, celle-ci étant adaptable, les CEI peuvent utiliser des outils différents. Ainsi, parmi les CEI actifs sur le territoire, 6 ou 7 protocoles de travail différents peuvent être identifiés. La direction générale de la prévention des risques a d'ailleurs repéré ce problème d'hétérogénéité : elle envisage de créer un groupe de travail, réunissant la direction générale de la santé et des acteurs de terrain, pour défricher les sujets de la qualification et du cadre d'action des CEI.

Les sources de financements, qui seront développées plus loin, et les organismes d'accueil des CEI constituent un autre facteur d'hétérogénéité et ne sont pas, selon le rapport IGAS [17] relatif à la mise en œuvre par les agences régionales de santé des politiques de santé-environnement, sans incidences sur le positionnement et l'action des CEI.

Enfin, a pu être constaté l'absence de pilotage des outils de communication au plan national. Il existe une association de CEI dont le site internet pourrait être amélioré au moins sur le plan graphique au regard des autres outils de communication (plaquette et autres) développés par d'autres acteurs tels que les ARS ou la Mutualité Française.

En conclusion, la mission a identifié le manque d'uniformité sur le plan de la formation et de la communication comme un frein au développement de l'action des conseillers en environnement intérieur. Par ailleurs, plusieurs acteurs interrogés déplorent l'absence de fédération nationale des CEI.

2.2 Le double pilotage de la politique santé-environnement entrave le développement de la fonction de CEI

Si les conseillers en environnement intérieur bénéficient d'un appui des pouvoirs publics, avec notamment la mention des CEI dans tous les plans nationaux santé-environnement, la multiplication de ces acteurs constitue un obstacle au développement de ce métier.

Ainsi, au niveau national, deux ministères – le ministère de la santé (Direction générale de la santé) et le ministère de l'environnement (Direction générale de la prévention des risques) – sont impliqués dans la politique de soutien des CEI. Ils co-financent l'étude ECENVIR chargée de démontrer la pertinence de l'intervention des CEI dans les parcours de soins des patients asthmatiques et de démontrer la rentabilité socio-économique. Ces ministères mènent parfois seuls des actions. Ainsi, la DGS tente de sensibiliser les médecins aux enjeux de la lutte contre les maladies respiratoires chroniques. De son côté, la DGPR assure le financement de certains postes de CEI et suit l'activité des CEI subventionnés grâce à un rapport d'activité présenté chaque année.

Comme objectif général, cette double tutelle ministérielle vise à dépasser la logique d'opposition entre prévention et traitement curatif pour aborder sous un angle plus large la lutte contre les maladies respiratoires chroniques ; mais cela nécessite un important travail de coordination et de mise en cohérence des actions menées. De surcroît, les mesures qui visent le développement du métier de CEI, s'inscrivant dans le cadre plus large de la politique santé-environnement, souffrent du même problème de cette politique, à savoir : une gouvernance à deux pilotes où le ministère de l'environnement prendrait une place prépondérante.

De plus, la déclinaison de ce projet national aux échelons locaux reste encore à préciser. Premiers acteurs, les ARS ont, pour la plupart, intégré dans leurs plans régionaux de santé, la lutte contre ces maladies respiratoires chroniques et cofinancent également des postes de CEI. Certaines ARS (comme l'ARS Pays de la Loire) sont allées plus loin en donnant une orientation plus précise aux CEI, notamment en associant l'idée de lutte contre les maladies respiratoires chroniques à la lutte contre les logements insalubres. Les ARS ont donc un rôle à jouer pour légitimer la démarche de la création du métier de CEI en sensibilisant les médecins à ce nouveau métier, leur intervention se réalisant aujourd'hui, essentiellement sur prescription médicale.

La déclinaison du projet national de création et développement du métier de CEI passe également aujourd'hui, par certaines collectivités locales soucieuses de mêler lutte contre l'habitat indigne et prévention des maladies respiratoires (c'est le cas par exemple de la ville de Reims qui a financé des postes de CEI dans cette optique). Il s'agit ainsi d'une orientation moins médicale du dispositif avec une volonté de lier des objectifs de santé publique avec des objectifs sociaux. L'idée serait que les collectivités territoriales puissent créer au sein de leurs effectifs des postes de CEI en lien avec les dispositifs déjà existants. Ainsi, le portage

du projet aujourd'hui se fait au niveau ministériel mais il reste à affiner la stratégie à l'échelon local en associant des acteurs pour pérenniser l'activité.

Les caisses primaires d'assurance maladie constituent un troisième type d'acteur. En effet, la DGPR finance actuellement des postes de CEI à titre expérimental dans le cadre de l'étude ECENVIR, pour disposer d'éléments chiffrés démontrant la rentabilité socio-économique de l'intervention des CEI et ainsi demander à l'Assurance Maladie l'inscription des interventions des CEI dans la liste des actes remboursables. L'Assurance Maladie juge celle-ci trop précoce actuellement. Cependant, l'Assurance Maladie a déjà intégré dans ses actions la logique de prévention notamment avec le rôle des délégués médicaux qui sensibilisent les médecins sur ces questions.

La publication des résultats de l'étude ECENVIR ouvrira une fenêtre d'opportunité aux pouvoirs publics qui leur permettra d'arbitrer entre les deux tendances actuelles : d'une part, une démarche médicale de santé publique avec prescription des médecins et remboursement par l'assurance maladie et d'autre part, une démarche plus socio-économique portée par les collectivités territoriales visant à associer prévention et prise en charge sociale. L'absence actuelle de décision politique constitue un frein réel qui maintient le métier de CEI dans une phase quelque peu expérimentale. A l'inverse, une décision privilégiant l'une ou l'autre des deux options risque de provoquer le désengagement des acteurs non concernés.

2.3 La reconnaissance du rôle des CEI par les médecins est pénalisée par une polémique sur le caractère scientifique d'études menées

Plusieurs études à visée d'évaluation de l'action des CEI ont déjà été réalisées. Ainsi, une étude randomisée prospective [18] confirme le bénéfice de l'intervention des CEI sur la réalisation des mesures d'éviction et sur la diminution de l'exposition aux allergènes d'acariens. En 2017, une revue de la littérature [2] souligne l'intérêt et l'efficacité de l'intervention des CEI sur le comportement, la qualité de vie du patient et son environnement. S'agissant de la meilleure acceptation et mise en œuvre des recommandations d'éviction, celle-ci serait due d'une part à la perception par le patient du caractère individualisé et adapté à la situation spécifique de son environnement des conseils formulés par le CEI et d'autre part à la délivrance répétée d'abord par le médecin – qui ne connaît le logement que par la description sommaire donné par le patient – puis, au cours d'une séquence temporelle plus longue, par le conseiller (médical) en environnement intérieur de ces recommandations [18]. S'agissant d'une moindre exposition aux risques, celle-ci porterait sur :

- les allergènes d'acariens [19 ; 20]
- les allergènes de chats [19]
- les problèmes de moisissures [21] et les traces d'humidité [20 ; 21]
- et les composés chimiques [20].

La mise en œuvre des recommandations d'éviction – et donc la réduction de l'exposition aux risques – serait, par ailleurs, fortement dépendante des revenus du patient ou de sa famille [18].

S'agissant de l'amélioration de l'état de santé des patients, celle-ci serait non seulement ressentie par les patients qui ont bénéficié des prestations d'un CEI [22] mais également démontrée par des éléments factuels médicamenteux – mesurée par la prise de corticoïde, inhalé voire oral – après les mesures mises en place par le conseiller (médical) en environnement intérieur [21 ; 24] :

- diminution des hospitalisations pour asthme [19 ; 23]
- diminution des visites aux urgences [19 ; 23]
- baisse du nombre de jours avec des symptômes [19]
- diminution de la consommation L'amélioration clinique se poursuivrait l'année suivant l'intervention à domicile [19].

Néanmoins, le niveau de preuve scientifique de plusieurs de ces études a été jugé insuffisant pour valider les résultats et emporter ainsi l'adhésion des pouvoirs politiques. L'étude ECENVIR « Evaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de CEI au domicile des patients asthmatiques », randomisée et multicentrique, actuellement menée vise, d'une part, à évaluer l'efficacité de l'intervention des CEI sur le contrôle de l'asthme par l'éviction globale des principaux allergènes et des polluants intérieurs de l'environnement domestique des patients et, d'autre part, à évaluer le rapport coût-bénéfices de l'intervention des CEI. Ce programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) répond à une demande de la HAS et est financée par deux tutelles : le ministère de la santé (DGS et DGOS) et le ministère de l'environnement (DGPR). Au-delà de la validation de l'efficacité de l'intervention des CEI au domicile des patients asthmatiques sur le contrôle de la maladie, la consommation de soins, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction de l'exposition aux polluants, c'est, in fine, légitimer la prise en charge de cette intervention par l'assurance maladie qui est visé.

Dans l'attente des résultats de cette étude, les congrès de pneumologie ou d'allergologie promeuvent le recours au CEI. Toutefois, le message semble avoir du mal à se diffuser,

notamment auprès des médecins généralistes qui restent peu prescripteurs d'interventions de CEI. Pneumologues, pédiatres et autres médecins spécialistes semblent davantage convaincus ou sans doute mieux sensibilisés à l'intérêt et l'impact de ces interventions sur la santé de leurs patients. Par ailleurs, on peut s'interroger sur la place accordée à la santé environnementale dans la formation initiale et continue des médecins et professionnels de santé malgré la volonté de la DGS et de la DGOS de développer cet axe dans le cadre du développement professionnel continu.

Enfin, l'étude ECENVIR risque de ne pas être l'outil qui permettra de convaincre les acteurs perplexes. En effet, elle est déjà critiquée : certains intervenants décrivent l'effectif de l'étude comme insuffisant et les critères d'inclusion comme trop restrictifs pour permettre une généralisation des résultats.

2.4 Le manque de pérennité et la diversité du financement freinent le développement des CEI

L'intervention du CEI au domicile ne fait pas aujourd'hui partie de la prise en charge globale du patient. Ainsi cet acte n'est pas remboursé par l'assurance maladie. De ce fait, le développement du métier est fortement conditionné par les financements qui ne sont, actuellement, pas pérennes. Par ailleurs, il n'existe pas de guichet unique.

Le principal financeur national des CEI est actuellement la DGPR. A la suite d'un appel à projets publié en 2009, celle-ci subventionne une dizaine de CEI. Mais les modalités de financement qu'elle impose se révèlent contraignantes : ces subventions sont plafonnées ; elles ne constituent qu'un co-financement, ce qui nécessite de trouver d'autres ressources ; et les subventions ne sont accordés que pour une durée de 3 ans. Certes, jusqu'à présent, le ministère de l'environnement a toujours renouvelé ces conventions triennales. Cependant, il a laissé entendre que son financement pourrait s'arrêter à la publication des résultats de l'étude ECENVIR (annoncée pour 2020), quel que soit le sens des conclusions finales. Si l'étude permet cependant de démontrer une rentabilité socio-économique de l'intervention des CEI, le ministère de l'environnement estime alors que le coût de cette intervention devra être pris en charge par l'assurance maladie.

Parmi les acteurs étatiques locaux, les ARS sont les principaux financeurs de postes de CEI. Les ARS ont en effet souvent inscrit dans les PRSE 2 le fléchage de crédits vers certains postes. Ces crédits sont également non pérennes. Au moment de la publication des résultats de l'étude ECENVIR, il est possible que les ARS suivent l'exemple de la DGPR et

n'inscrivent plus la mesure de soutien financier aux CEI dans les plans régionaux de santé-environnement de nouvelle génération.

Au niveau local, d'autres acteurs, comme des régions, des villes, des mutuelles telle la Mutualité Française engagée sur ce sujet depuis près de 10 ans, flèchent également des crédits au profit des CEI. Toutefois, chaque territoire fonctionne de manière autonome et privilégie les actions qu'il souhaite mettre en œuvre d'où la disparité géographique des CEI. Or, dans un contexte de contrainte budgétaire de plus en plus forte, les acteurs doivent faire des choix dans la promotion et le développement de certaines activités.

Pour les CEI intégrés dans des associations diverses (associations de patients, associations pour la surveillance de la qualité de l'air...), la multiplicité des financeurs est certes un atout car elle leur offre plusieurs occasions de convaincre des partenaires potentiels. Mais, comme ces financeurs sont soumis au respect du principe budgétaire d'annualité, les associations accueillant des CEI doivent renouveler à un rythme soutenu leurs demandes de subvention. Elles doivent également convaincre plusieurs partenaires pour achever leur plan de financement, ce qui nécessite de mobiliser du personnel dont elles ne disposent pas toujours. Enfin, en fonction de la structure d'accueil du CEI, les soutiens techniques, logistiques et matériels ne sont pas identiques (exemple : mise à disposition d'un véhicule de fonction).

3 Face à ces freins, des pistes relatives au champ d'action des CEI, à leur financement, à la formation des CEI et des professionnels de santé et aux actions de communication peuvent être proposées

Afin d'améliorer la qualité de l'air intérieur et donc de diminuer la morbi-mortalité des maladies asthmatiques et des allergies respiratoires, la mission émet un ensemble de propositions. Elles émanent de la revue de littérature et des entretiens réalisés avec les intervenants impliqués dans cette thématique. Elles se veulent réalistes et réalisables et tentent de prendre en considération l'ensemble du contexte budgétaire, économique et juridique. Elles portent sur le champ d'action des CEI (3.1), leur financement (3.2), la formation des CEI et des professionnels de santé (3.3) et des actions de communication (3.4).

3.1 Le champ d'action des conseillers en environnement intérieur devrait s'étendre du sanitaire à la sensibilisation du grand public, avec toutefois un focus particulier sur les patients asthmatiques sévères

L'activité des conseillers médicaux en environnement intérieur peut s'inscrire dans trois types d'accompagnement et de prise en charge :

- Le premier type concerne la prise en charge des patients atteints d'asthme et d'allergies respiratoires sévères. Ainsi, il s'agit d'inscrire l'action des CEI dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient. Des critères d'inclusion devraient être strictement définis afin de concerner prioritairement ces malades qui sont les plus nécessiteux ;
- Le deuxième type concerne la prévention secondaire de patients atteints de pathologies identiques mais dont la symptomatologie clinique est moindre, donc il s'agit des formes faiblement à moyennement sévères ;
- Le troisième type s'inscrit exclusivement dans une démarche de promotion de la santé et est donc susceptible de concerner l'ensemble de la population. Pour autant des critères permettraient de cibler les populations ayant possiblement besoin de ce type de prise en charge.

La mission recommande :

Proposition n°1 : systématiser l'action des CEI auprès de patients porteurs d'une maladie asthmatique ou allergique respiratoire sévère en état d'échappement thérapeutique médicalement explicable ou non – la visite au domicile permettant d'évaluer l'imputabilité des polluants intérieurs à son état clinique.

La visite serait organisée dès l'établissement du diagnostic d'une pathologie respiratoire sévère tout comme une visite périodique tous les 5 ans pour les patients pris en charge en affection longue durée (ALD).

Le faible effectif actuel de CEI exige de cibler leur service vers les populations en ayant le plus grand besoin et ceux pour lesquels les bénéfices de cette prestation seraient les plus évidents et importants. En outre, il apparaît que les bénéfices de l'éviction globale des allergènes intérieurs sont patents selon les dernières études parues. Ainsi, le traitement étiologique et non plus symptomatique a un bénéfice pour la prise en charge de ces patients.

Sachant que l'asthme sévère touche 0.6 % de la population française, soit près de 400 000 personnes, l'organisation d'une visite domiciliaire tous les cinq par des CEI qui assureraient 200 visites par an, nécessiterait la mobilisation de 400 CEI formées en équivalent temps plein.

Comme les patients asthmatiques sévères sont suivis, en consultation externe, par des praticiens hospitaliers, la mission recommande que ces 400 personnes soient des agents d'établissement hospitalier (cf. proposition n°7), avec un minimum d'1 CEI par groupement hospitalier de territoire pour assurer une égalité territoriale.

Proposition n°2 : proposer, aux patients ayant une pathologie respiratoire légère à moyennement sévère, l'intervention d'un CEI.

L'évolution des pathologies asthmatiques et allergiques respiratoires est paroxystique et évolue par crises. Il est difficile voire impossible de prédire quelle forme prendra ces maladies et comment elles évolueront. Dès lors, c'est dans ce cadre que la mission propose que les patients cités dans la présente proposition bénéficient des prestations des CEI afin de prévenir l'aggravation de la maladie (prévention secondaire). En outre, l'action des CEI permet de faciliter l'établissement du diagnostic : par son compte-rendu, le CEI apporte au médecin prescripteur des éléments de plus grande compréhension de l'environnement du patient.

Proposition n°3 : sensibiliser aux enjeux de la qualité de l'air intérieur les médecins, les pharmaciens, les autres professionnels paramédicaux et plus généralement les acteurs locaux de l'action sociale et de l'habitat.

La mission a pu constater que les rencontres individualisées des CEI auprès de chacun des acteurs locaux s'avèrent plus efficace que l'envoi postal d'une plaquette de présentation. Aussi, la mission préconise que le CEI organise sur son territoire de telles rencontres.

Traduction concrète de l'inscription du CEI dans ces réseaux locaux, le CEI informera systématiquement l'ARS et le comité communal d'hygiène et de santé de tous logements insalubres qu'il identifiera.

Proposition n°4 : positionner le CEI comme le « référent santé » de la politique de la qualité de l'air intérieur sur un territoire donné. A ce titre, il serait amené à exercer des actions de prévention grand public (par exemple, la tenue de stand dans différentes manifestations telles que la journée mondiale de l'asthme, dans les halls d'établissements hospitaliers, de CPAM, de mairies, voire de gares). Au sein de ce territoire, il pourrait également développer des actions de mesures de la qualité de l'air intérieur dans les établissements recevant du public (ERP).

3.2 Les sources de financement des activités des conseillers en environnement intérieur devraient varier en fonction des dites activités

La mission a pu constater que le mode de financement ne permettait pas d'assurer la pérennité et la soutenabilité de l'activité des conseillers médicaux en environnement intérieur. En effet, il est actuellement tributaire d'initiatives d'agences régionales de santé, de soutiens ponctuels du ministère de l'environnement ou d'organismes divers. L'implication de ces structures est extrêmement inégalitaire et hétérogène.

Proposition n°5 : inscrire dans la nomenclature des actes paramédicaux ouvrant droit à remboursement par l'Assurance Maladie, les visites des CEI prescrites par un médecin pour les patients cités en préconisations n°1 et 2.

Ce remboursement serait constitué d'un forfait complété de plusieurs options correspondant aux différents types de prélèvements opérés au domicile du patient. Par ailleurs, la répartition inégale actuelle des CEI sur le territoire français empêche de rembourser les frais de déplacements : tant que le métier de CEI ne sera pas davantage développé, un remboursement des frais de déplacements aux frais réels est préconisé.

De plus, à défaut d'un remboursement de ces prestations en tant que telles, la mission – à titre provisoire – préconise de les rembourser comme faisant partie du panier de soins de l'éducation thérapeutique des patients.

En effet, sans attendre les conclusions de l'étude ECENVIR sur la rentabilité socio-économique des visites, l'attention des pouvoirs publics peut d'ores et déjà être appelée sur les résultats des études américaines très récemment publiées. Ceux-ci révèlent qu'1 \$ dépensé sur une visite de CEI permet d'économiser entre 2.03 et 3.58 \$ en dépenses de médicaments et d'hospitalisations évités [25].

Proposition n°6 : généraliser sur l'ensemble du territoire les subventions locales en vue de financer les activités préconisées en n°4.

La mission prend acte de l'hétérogénéité des dynamiques locales du développement des CEI (pour rappel : centres hospitaliers, mutuelles, associations, services communaux d'hygiène et de santé...). Mais elle recommande la poursuite de cette dynamique et l'engagement financier de chacun de ces acteurs tout en plaidant pour un renforcement de l'inscription des CEI dans les autres réseaux locaux. Par conséquent la mission insiste pour une harmonisation du niveau de compétences des CEI (dans toutes les politiques publiques dans lesquelles ils s'inscrivent) (cf. Proposition n°7).

3.3 La formation tant des CEI que des professionnels de santé est un levier indispensable pour assurer l'essor de cette profession

Proposition n°7 : définir par voie réglementaire les compétences attendues du conseiller en environnement intérieur.

Le CEI devrait maîtriser des savoirs d'ordre anatomique, physiologique, et physiopathologique des maladies liées à l'environnement intérieur (asthme, rhinite, pathologies respiratoires non allergiques liées aux moisissures, ...) et des polluants en environnement intérieur.

Le CEI devrait également avoir des connaissances relatives au bâtiment, à l'habitat et à l'architecture, notamment aux pathologies du bâtiment et à leurs facteurs aggravants ainsi qu'à la notion de maîtrise d'œuvre et de conduite de projet.

Les obligations juridiques relatives à la qualité de l'air intérieur et les acteurs des politiques publiques relatives à l'habitat devraient aussi être connues.

De surcroît, le CEI devrait avoir été formé à l'éducation thérapeutique et à la relation au patient. Il serait également apte à s'adapter à son interlocuteur et à ses capacités budgétaires. Le CEI devrait enfin avoir une capacité d'écoute, une facilité à parler et à entrer en contact avec le public, à échanger avec des professionnels d'autres cultures que la sienne, à identifier les personnes ressources qui pourraient l'aider dans son activité quotidienne.

Actuellement, aucune formation initiale n'est à même de répondre à l'ensemble des attentes décrites ci-dessus, ce qui explique pourquoi deux profils types ont pu être constatés : d'un côté, les personnes de formation initiale paramédicale qui suivent ensuite une formation complémentaire en logement et qualité de l'air intérieur, et de l'autre, les personnes de formation initiale technique qui acquièrent des compétences sanitaires liées à la santé.

La mission considère que l'acquisition de compétences habitat par un professionnel paramédical est plus aisée que l'inverse. En conséquence, elle soutient un recrutement privilégié de CEI paramédicaux.

Proposition n°8 : renforcer les apports théoriques et pratiques concernant la qualité de l'air intérieur lors de la formation initiale des professionnels de santé (médecins et auxiliaires de santé).

En effet, la mission n'a pu que constater la difficulté de sensibiliser ces professionnels à la problématique de la santé environnement en général, et à la plus-value de l'intervention de conseillers en environnement intérieur en particulier. Cette démarche, si elle était effectuée au cours de la formation initiale, n'en serait que plus efficace. Elle ne s'oppose bien sûr pas à la poursuite et au développement de la formation continue autour de ces mêmes publics tels que déjà prévu par l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

3.4 Une communication à destination du grand public et de la communauté médicale devrait être réalisée de manière régulière

Proposition n°9 : renouveler régulièrement la diffusion des campagnes d'information à destination du grand public portant sur la qualité de l'air intérieur, sur les conséquences néfastes des polluants sur la santé respiratoire et sur les bonnes pratiques permettant l'amélioration de l'environnement intérieur.

Proposition n°10 : concevoir des outils de communication envers la communauté médicale (médecins traitants, pneumologues, allergologues, pharmaciens...) sur le métier de CEI ainsi que sur son rôle et les bénéfices inhérents à l'implication de ces acteurs.

La mission considère qu'il est judicieux d'informer la population générale sur la pollution intérieure et ses effets et non sur le métier de CEI. En effet, il lui a semblé pertinent de réserver les informations sur le métier de CEI aux futurs prescripteurs afin qu'ils orientent les patients.

La campagne nationale serait menée par Santé Publique France et/ou l'ADEME (Agence de de l'environnement et de maîtrise de l'énergie). Celle réservée aux prescripteurs, incluant nécessairement le nom et les coordonnées de CEI du territoire, serait conduite par les Agences Régionales de Santé. Cette campagne régionale pourrait s'appuyer sur des documents papiers (flyers).

Ce dispositif serait complété par des visites de CEI auprès des prescripteurs de son territoire (cf. proposition n°3) ainsi que par la publication régulière, si possible annuelle, d'articles relatifs aux CEI dans les revues professionnelles.

Proposition n°11 : utiliser de manière renforcée les outils de communication numériques.

La conception d'un site internet sur la profession de CEI (www.cmei-france.fr), moderne et actualisé, serait un levier de communication efficace.

De même, les sites internet des ARS comporteraient systématiquement une section dédiée à l'identification à la qualité de l'air intérieur permettant de sensibiliser à cette thématique.

Conclusion

Au cours de ses travaux, la mission a pu constater que la morbi-mortalité liée aux pathologies respiratoires, imputable à la pollution intérieure est significative. La revue de la littérature et les entretiens avec les parties prenantes ont permis d'identifier les nombreux obstacles s'opposant à l'amélioration de l'environnement intérieur. En premier lieu, la prise de conscience de la nocivité des polluants intérieurs, aussi bien par les professionnels de santé que par le grand public, reste très limitée. La surmédiatisation de la pollution de l'air extérieur semble de surcroît entraver l'inscription à l'agenda de la problématique de la qualité de l'air intérieur.

Dans ce contexte, l'action des conseillers en environnement intérieur ne peut être que restreinte, eu égard au manque de sensibilisation concernant cette thématique, au déficit de reconnaissance de ce métier et aux limites liées aux modalités de financement. Plus particulièrement, l'existence de plusieurs formations et certains clivages entre les membres de cette profession ont paru obérer la stabilité et la reconnaissance de ces professionnels.

Pourtant, plusieurs études cliniques (dont le niveau de preuve de certaines d'entre-elles sont discutées) mettent en évidence les bénéfices de l'amélioration de la qualité de l'air intérieur sur la morbi-mortalité des maladies respiratoires et le rôle bénéfique que peuvent exercer les conseillers en environnement intérieur. L'étude clinique ECENVIR ne disposera cependant pas, selon certains interlocuteurs ressources, du niveau de preuve scientifique suffisant pour infléchir la position des pouvoirs publics.

Dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique, la mission préconise un ensemble de propositions s'articulant autour de :

- l'inscription du CEI comme le « référent santé » de la qualité de l'air intérieur sur son territoire ;
- la définition claire et précise des contours du métier ;
- la définition des qualités nécessaires à l'exercice de ce métier ainsi que l'adaptation de la formation aux besoins des différents professionnels formés.

Les deux axes prioritaires du développement seraient ainsi :

- un renforcement de l'approche sanitaire ;
- un ciblage prioritaire sur les patients asthmatiques ou allergiques.

La définition d'un mode de financement pérenne (notamment, une prise en charge par l'assurance maladie lorsque la visite est prescrite par un médecin) mais différencié selon le domaine d'intervention du CEI et la reconnaissance institutionnelle et professionnelle de ces derniers seraient gages d'une réelle prise en compte de cette problématique de santé publique.

Bibliographie

Références bibliographiques citées

Par ordre d'apparition dans le mémoire :

- [1] Chouaid C, Vergnenegre A, Vandewalle V, Liebaert F, Khelifa A, *Coûts de l'asthme en France : modélisation médico-économique par un modèle de Markov*, Revue des Maladies Respiratoires, Volume 21, n°3, 2004, pp.493-499
- [2] Le Cann P, Paulus H, Glorennec P, Le Bot B, Frain S, Gangneux JP, *Home Environmental Interventions for the Prevention or Control of Allergic and Respiratory Diseases: What Really Works*, The Journal of Allergy and Clinical Immunology : In Practice, Volume 6, n°1, 2017, pp. 66-79
- [3] OCDE, *Health at a Glance – Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*, 2016
- [4] Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, *Programme d'actions de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005*, 2002
- [5] Instruction DGS/EA n°2011-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale
- [6] DRASS de BASSE-NORMANDIE, Ecole de l'Asthme varoise - CH de Vire, CHU de Caen - Service pédiatrie, GRSP de BASSE-NORMANDIE, *Bilan de l'action expérimentale sur l'intervention des conseillers médicaux en environnement intérieur*, septembre 2009
- [7] Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Écologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche, *Plan national santé environnement 2004 2008, Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement*, 2004
- [8] Maraninchi D, *Instaurer un environnement respectueux de la santé*, rapport du groupe 3 du Grenelle de l'environnement, 2007
- [9] Loi n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement
- [10] République française, *Deuxième plan national santé-environnement (PNSE 2) 2009-2013*, 2009
- [11] République française, *Plan d'actions sur la qualité de l'air intérieur*, 2013
- [12] République française, *Santé-environnement, Troisième plan national 2015-2019*, 2015
- EHESP – MIP n°1 « Conseiller en environnement intérieur » - 2017

- [13] ANAES, *Recommandations pour la pratique clinique : éducation thérapeutique du patient asthmatique - adulte et adolescent*, 2001
- [14] ANAES, *Recommandations pour la pratique clinique : recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents*, 2004
- [15] HAS, *Recommandations professionnelles : asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus*, 2009
- [16] Raheisona C, Bourdinb A, Bonniaud P, Desléed G, Garcia G, Leroyer C, Taillé C, De Blic J, Dubusi JC, Tillié-Leblond I, Chanezk P, *Updated guidelines (2015) for management and monitoring of adult and adolescent asthmatic patients (from 12 years and older) of the Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)*, *Revue des maladies respiratoires*, Volume 33, n°4, 2016, pp. 279-325
- [17] IGAS, Buguet B, Burstin A, Deumie B, Lounis D, *La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé-environnement*, 2011
- [18] De Blay F, Fourgaut G, Hedelin G, Vervloet D, Michel FB, Godard P, Charpin D, Pauli G, *Medical indoor environment counselor: rôle in the compliance with advice on mite-allergen avoidance and on mite allergen exposure*, *Allergy*, Volume 58, numéro 1, 2003, pp. 27-33.
- [19] Morgan W, Crain E, Gruchalla R, O'Connor G, Kattan M, Evans III R, Stout J, Malindzak G, Smartt E, Plaut M, Walter M, Vaughn B, Mitchell H, *Results of an home-based environmental, intervention among urban children with asthma*, *New England Journal of Medicine*, 2004, Volume 351, pp. 1068-1080.
- [20] Montaudié-Dumasa I, Giovannini-Chamia L, Debailb C, Collompb R, Bailly-Piccinia C, Berlioza M, Albertinia M, Bourriera T, *Impact sur l'habitat de l'enfant atteint d'une affection respiratoire allergique du conseiller médical en environnement intérieur après deux visites successives à 6 mois d'intervalle*, *Archives de Pédiatrie*, Volume 20, 2013
- [21] Charpin-Kadouch C, Mouche JM, Quéralt J, Hugues B, Garans M, Dumond H, Charpin D, *Housing and health counselling: Preliminary results of a new medical referral system in France*, *Environmental Research*, Volume 103, 2007, pp. 149-153
- [22] Speyer-Olette C, Rolland C, Vervlöt D, *Conseillère médicale en environnement intérieur. Bilan et suivi de cinq années d'exercice*, *Revue française d'allergologie*, Volume 49, n°8, 2009, pp. 577-81.
- [23] Bouvrais M (sous la direction de Morel H), *Asthme et environnement intérieur : intérêt des méthodes d'éviction globale sur l'exposition domiciliaire au risque fongique et sur le contrôle de l'asthme*, Mémoire de thèse de doctorat de médecine, Université de Rennes I, 2009

[24] Lungoci E, Vergnon JM, *L'impact du Conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) dans le cadre de la prise en charge des maladies allergiques. À partir d'une étude rétrospective de 100 patients sur la région stéphanoise*, Revue française d'allergologie, Volume 56, n°3, 2016

[25] Reddy A, Gomez M, Dixon S, *An Evaluation of a State-Funded Healthy Homes Intervention on Asthma Outcomes in Adults and Children*, Journal of Public Health Management & Practice, Volume 23, n°2, 2017, pp. 219-228

Sites Internet

CMEI « Le site des conseillers en environnement intérieur » : <http://www.cmei-france.fr/>

INSERM : <https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/asthme>

Ministère de l'environnement : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/qualite-lair-interieur>

Observatoire de la qualité de l'air intérieur : <http://www.oqai.fr>

Santé Publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France/Mortalite>

Bruxelles environnement : <http://www.environnement.brussels/thematiques/sante-securite/pollution-interieure/crpi-ambulance-verte>

Liste des personnes interviewées

La mission a eu un entretien, physique ou téléphonique, avec les personnes suivantes :

Docteur Philippe BARTHELEMY, médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de la Loire

Madame Catherine BOUTET, responsable adjoint du pôle santé environnement de l'ARS Normandie

Professeur Jacques BROUARD, chef de service de pédiatrie médicale au centre hospitalier universitaire de Caen

Professeur Denis-André CHARPIN, chef du service de pneumologie-allergologie à l'APHM

Madame Camille FEVRIER, chargée de mission à la Direction générale de la prévention des risques (ministère chargé de l'environnement)

Madame Sophie FRAIN, conseillère médicale en environnement intérieur au sein de l'association Capt'air Bretagne

Professeur Jean-Pierre GANGNEUX, chef du pôle biologie au centre hospitalier universitaire de Rennes et investigateur principal de l'étude ECENVIR

Monsieur Guillaume GARDIN, directeur général de la Mutualité Française Bourgogne Franche Comté, et Madame Laure BLANCHON, conseillère médicale en environnement intérieur à la Mutualité Française Bourgogne Franche Comté

Monsieur Alain MEURIER, ingénieur général du génie sanitaire du département Promotion de la Santé et Prévention de l'ARS Pays de la Loire

Madame Bérengère LEDUNOIS et Madame Laurine TOLLEC, chargées de mission à la Direction générale de santé (ministère chargé de la santé)

Madame Magalie LEMARECHAL, conseillère médicale en environnement intérieur au centre hospitalier de Vire

Madame Martine OTT, co-responsable scientifique du DIU Santé respiratoire et Habitat, conseillère médicale en environnement intérieur au centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg

Madame Martine RALAIVAO, conseillère médicale en environnement intérieur du service santé environnement de la ville de Rennes

Madame Corinne REJONY, déléguée de la caisse primaire d'assurance maladie de la Loire

Madame Christine ROLLAND, directrice de l'association Asthme & Allergies

De plus, la mission a eu des échanges électroniques avec :

Docteure Caroline LAPATY, cheffe de projet au sein du service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours de la HAS

Liste des annexes

Fiche méthodologique

Grille d'entretien

Fiche méthodologique

Afin de répondre aux attentes et aux exigences du module interprofessionnel de santé publique, les membres du groupe ont pris contact dans un premier temps par mail. Puis, le groupe s'est réuni une première fois afin de définir la méthodologie et la répartition de l'étude du dossier documentaire. Au cours de cette première étape, le contact est apparu fluide et naturel. Le choix a été fait de rencontrer le plus rapidement possible le référent du module (Docteur Pierre Le Cann) afin de comprendre ses attentes.

Dans un deuxième temps, l'organisation logistique a fait l'objet d'un travail préparatoire : prise de rendez-vous avec les interlocuteurs ressources, planification et répartition des déplacements et conception d'une grille d'entretien.

Les membres du groupe de travail ont toujours été parfaitement reçus lors des entretiens, les interlocuteurs ont pu dégager le temps et la disponibilité nécessaire. La grille d'entretien servait de référence mais le groupe de travail a parfois pu s'en écarter selon les propos ou le contexte de l'entretien, s'orientant ainsi vers une méthodologie semi-directive. Chaque entretien a été réalisé, dans la mesure du possible, en binôme. La production d'un compte rendu permettait par la suite à l'ensemble du groupe de prendre connaissance des échanges réalisés.

Afin de produire le rapport du MIP, un plan détaillé a été élaboré, d'une part pour structurer la pensée de l'exposé ainsi que sa logique, d'autre part pour le soumettre pour avis à l'enseignant référent afin de s'assurer que le support correspondait aux attentes. La répartition des différentes parties et sous-parties entre les membres s'est encore une fois faite sans ambiguïté, ce qui révèle bien une cohésion de groupe. A la compilation de ces parties s'est succédée une intense séquence de relecture commune.

Lors de ce travail, les membres du groupe de travail ont eu des échanges enrichissants. En effet, fort d'une diversité dans leur vécu professionnel, chacun a pu apporter des éléments singuliers à ce travail.

Grille d'entretien

Le but de cette grille d'entretien est de constituer une base de travail adaptative aux différents entretiens que nous devons conduire. Ainsi, il faudra l'adapter à nos interlocuteurs pour affiner les réponses que l'on aura. L'idée est de croiser les différents points de vue des personnes interrogées et d'avoir un regard critique sur l'intérêt de ce métier et sur les freins qui bloquent sa généralisation.

1) Présentation des conseillers médicaux en environnement intérieur : l'idée, au début de l'entretien, est de pouvoir mieux cerner ce métier, de quelle logique il découle, dans quel cadre de politique publique s'inscrit-il. Ainsi, nous pourrions demander :

- Un historique de ce métier : qui en est à l'origine, pour répondre à quels besoins, par qui a-t-il été porté, avec quels objectifs et avec quels instruments (de politique publique) ? A-t-il connu des évolutions ?
- Une définition du métier et des actions qu'il recoupe : quels sont les patients cibles ? Quelles distinctions avec les conseillers habitats santé ? Quelles distinctions ou complémentarité avec d'autres professionnels intervenant au domicile du patient (assistantes sociales, infirmière libérale...) ?
- Dans quelle politique publique s'inscrit-il : s'agit-il d'une vision environnementale/qualité de vie ou est-ce vraiment une partie intégrante des politiques de prévention portées par le ministère de la santé ? Quel est le véritable pilote gouvernemental (entre les 2 ministères) ?
- Est-on plus dans de l'accompagnement « technique » en termes de salubrité et d'isolation du logement ou plus dans un accompagnement médical (relevé d'échantillon ...) ? Articulation avec les politiques de lutte contre l'insalubrité et le logement indécents ?
- Quelle formation pour devenir CEI ? Qui s'en occupe ? (le nombre de CEI formés par an ?)

2) Intérêt de ce métier

- Pour les politiques publiques nationales : en quoi répond-il à une demande ou une nécessité dans le cadre des politiques publiques de santé / politiques de l'environnement ? Avec quelle logique les CEI s'intègrent-ils aux politiques de

prévention face à la pollution et à l'essor des maladies chroniques respiratoires ? Lien avec la politique de lutte contre le logement insalubre ou indécent ?

- Pour les médecins : en quoi les conseillers en environnement intérieur sont-ils utiles ? Pour quel type de patients ?
- Quel intérêt pour l'utilisateur ?
- Quels liens avec les autres acteurs : quelle place du CEI dans les réseaux locaux (santé / social) ?
- Intérêt social du métier : les allergies et les maladies respiratoires touchent plus particulièrement les personnes modestes ? Quel dispositif existe déjà, comment s'insèrent les CEI dans ce qui est déjà existant ?

3) Quelle est la légitimité de ce métier : sur quoi s'appuie-t-il ?

- Perception des prescripteurs et CEI sur le manque de légitimité ? Quelles propositions ?

4) Comprendre les freins à la pratique et au développement de ce métier :

L'idée est de comprendre les blocages selon les points de vue de nos interlocuteurs

- Sur la légitimité scientifique (résultats peu prouvés par exemple) :
 - Des études scientifiques ont-elles été menées pour montrer l'intérêt et l'efficacité de ce dispositif ? OUI
 - Controverse sur ces études (méthodologie et représentativité) ?
 - Ce dispositif est-il légitimé par des exemples en Europe qui montre son efficacité ?
 - Que manque-t-il aux financeurs pour légitimer ce métier ?
- de freins financiers (coût des prestations/qui finance ?)
 - Actuellement, comment est envisagé le financement de cette activité ? En quoi cela pose problème ? Questions plus générales sur le financement de la prévention qui recoupe à la fois des questions environnementales et de santé ?
 - Le développement de cette profession doit-il se faire dans un cadre « libéral » y compris en ne fixant pas le tarif, avec un éventuel soutien des collectivités, ou est-ce une volonté des pouvoirs publics de développer ce métier ?
- de culture de prévention (les médecins sont trop tournés vers le curatif et pas assez sur des actions de prévention)

- Existe-t-il en France une « défiance » vis-à-vis de la prévention en santé au profit du curatif ?
- Les difficultés des CEI sont-elles dû à une insuffisance de la culture de prévention en France (à la fois par les médecins libéraux mais aussi par les établissements de santé) ?
- Quel lien avec l'éducation thérapeutique ?
- Les freins concernant le manque de visibilité : comment s'expliquent-ils ?
 - Manque de communication autour du métier ?
 - Pourquoi des campagnes nationales d'information n'ont-elles pas été lancées ?

5) Face à ces freins, quelles solutions ? Suivant les freins développés par nos interlocuteurs, quelles solutions envisagées ?

- Quel acteur serait le plus à même de mener le développement de cette profession : l'Etat (quel ministère ? Quelle agence ? Ademe ? Santé Publique France ?), les ARS ? Les Dreal ? des collectivités territoriales (proche des usagers et du terrain) ? les médecins (s'appuyer sur les URPS ? dans le cadre d'une prescription purement médicale avec une visée de prévention comme cela se fait pour l'activité sportive par exemple) ?
- Le financement doit-il être public ? : si oui, faut-il un financement de l'assurance maladie ? Des complémentaires ? de l'ARS ? des collectivités ? Doit-il exister un reste à charge pour l'utilisateur ?
- Comment mieux associer l'ensemble des acteurs ?
- Comment développer la visibilité de cette profession ? Avec quels outils ?
- Quelles autres solutions proposeriez-vous ?

6) Enfin, terminer l'entretien sur des éléments qui nous permettraient de développer nos données de terrains : nouveaux contacts, conseils de lecture...

Thème n°1 < LE CANN Pierre, enseignant-chercheur/DSET-EHESP >

< Conseiller en environnement intérieur, un enjeu de santé publique >

< BANCHET Fabienne ; BOSCO Paola ; BOULANGER Audrey ; COURTEILLE Linda ; HEYRMAN Éric ; MASSE Robin ; TAHORA Danil >

Résumé :

Entre 20 % et 25 % de la population française souffre d'affectations respiratoires chroniques, notamment d'allergie respiratoire, de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'asthme. La prise en charge et la prévention de ces affections constituent un enjeu de santé publique à la fois en termes de morbi-mortalité mais aussi en terme économique.

Plusieurs causes et facteurs de déclenchement ou d'aggravation des symptômes des pathologies respiratoires chroniques ont été identifiés parmi lesquels on retrouve des facteurs liés à la mauvaise qualité de l'air au domicile des patients : présence d'allergènes et/ou de polluants chimiques ou biologiques au domicile des patients. C'est la raison pour laquelle s'est développé, dans les années 1990, le métier de conseiller médical en environnement intérieur. L'intervention, sur prescription médicale, de ces conseillers au domicile des patients vise à réduire leur exposition aux risques en agissant sur la qualité de l'air intérieur de leur habitat et à proposer des mesures d'éviction des éléments polluants ou allergisants.

Cette activité a pu bénéficier d'un soutien constant des pouvoirs publics, au travers de différents plans nationaux (plan « asthme », trois plans nationaux santé environnement, Grenelle de l'environnement, plan qualité de l'air intérieur) et un portage par la société de Pneumologie de Langue Française ou encore par la Haute Autorité de Santé.

Pourtant, malgré l'intérêt de l'action des CEI sur la réduction de la symptomatologie de ces pathologies, ce métier semble avoir des difficultés à se développer. En effet, la reconnaissance de ce métier par certains acteurs, notamment de santé, n'est pas encore acquise, les modalités de financement de cette activité ne sont pas stabilisées et son cadre d'intervention mériterait d'être plus clairement défini.

Une étude randomisée multicentrique « ECENVIR » actuellement en cours vise à confirmer l'intérêt de l'action des CEI et à emporter l'adhésion des pouvoirs politiques pour en garantir la pérennité.

Dans le cadre de ce module inter-professionnel, la mission, après avoir identifié plusieurs freins au développement de cette activité, a émis plusieurs propositions pour promouvoir le métier de CEI, l'inscrire pleinement dans le champ de la promotion et de l'éducation à la santé et d'en assurer le financement.

Mots clés : affections respiratoires et pulmonaires chroniques, asthme, conseiller en environnement intérieur, conseiller Habitat Santé, qualité de l'air intérieur, santé environnement, allergènes, polluants chimiques et biologiques.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs