

Document

Les conseillers médicaux en environnement intérieur : l'expertise à domicile

Élodie LAPIERRE
Chargée de projets à l'APPA

Les grands principes d'hygiénisme du XIX^e siècle promouvaient déjà l'aération quotidienne de la chambre pour lutter contre certaines maladies, telle que la tuberculose, en complément des premières mesures de propreté et de désinfection. Ces pratiques devenues automatismes ont été au fur et à mesure supplantées par les avancées médicales (vaccins, antibiothérapie...), si bien que le logement, symbole du cocon protecteur, n'était plus censé nuire à la santé de ses occupants.

Puis la succession des deux chocs pétroliers, dans les années 70, a impulsé la transformation de l'habitat, alors très énergivore. La nécessité d'économiser l'énergie a profondément changé le profil des logements, aussi bien en matière d'isolation que de systèmes de ventilation. L'ameublement a également évolué de manière considérable avec l'avènement des meubles en kit, à monter soi-même, et de fait bon marché. Quant aux usages et comportements au sein de l'habitat, ils n'ont pas échappé au marketing de masse. Dans l'inconscient collectif, il est désormais acté que « le propre sent bon » et que « toute bactérie doit être exterminée » à grand renfort d'eau de Javel et autres produits bactéricides. Malgré tout, le logement reste vu par ses occupants comme un environnement sain, une bulle.



Puis, progressivement, on redécouvre que le logement peut rendre malade¹ et qu'une mauvaise qualité de l'air intérieur peut peser significativement sur le système de santé², surtout sur les personnes fragiles, bébés, enfants et personnes âgées qui passent beaucoup de temps à la maison. En effet, les pneumallergènes ou les irritants chimiques peuvent provoquer et/ou exacerber des pathologies respiratoires et pulmonaires. Face à ce constat, il convient à nouveau de sensibiliser le grand public. Mais alors qu'au XIX^e siècle la parole des praticiens faisait foi, aujourd'hui elle est facilement remise en doute (ex : légitimité de la vaccination questionnée par de nombreux parents). Par ailleurs, les médecins eux-mêmes ne se déplacent plus au domicile de leur patient. Ainsi, la formation de professionnels compétents sur cette thématique d'habitat-santé, intervenant à domicile, s'avère être un levier d'action afin que l'environnement immédiat du patient ne soit plus un facteur d'aggravation de sa pathologie. Ces professionnels formés se nomment des conseillers médicaux en environnement intérieur ou des conseillers habitat santé.

Ainsi, pour répondre à ces nouveaux besoins suscités par la problématique habitat/santé, émerge un nouveau métier qui, comme toute innovation, n'est pas encore stabilisé, ni dans son contenu, ni dans son financement, mais il a déjà largement fait ses preuves et s'est répandu dans la région Auvergne-Rhône-Alpes depuis les deux pôles de formation universitaire que sont Strasbourg et Marseille.

¹ Host S, Grange D, Mettetal L, Dubois U. (2014). Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Ile-de-France, rapport technique, ORS.

² Anses, OQAI, CSTB. (2014). Étude exploratoire du coût socio-économique des polluants de l'air intérieur.

1. Le métier de CMEI/CEI fête sa quinzième année³ !

Le Conseiller Habitat Santé (CHS) ou Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI)⁴ intervient, pour l'instant, uniquement sur prescription médicale. Il réalise, au domicile du patient, un diagnostic des facteurs pouvant dégrader la qualité de l'environnement intérieur et *in fine* aggraver les symptômes de sa pathologie. L'objectif de ces interventions est de stabiliser ou de réduire les symptômes des maladies chroniques respiratoires et pulmonaires. Les pathologies les plus souvent suivies par les CMEI/CEI, sont les allergies et l'asthme, y compris l'asthme sévère et l'asthme non stabilisé, ainsi que les pathologies pulmonaires, telles que les aspergilloses ou la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Plus exceptionnellement, les patients greffés ou atteint de mucoviscidose, astreints à vivre dans une atmosphère très pure, peuvent également bénéficier d'une visite (toujours sur prescription médicale).

Après quinze années d'existence, ces conseillers sont encore mal connus, tant par les professionnels de santé que par le grand public. D'une part, parce que l'allergologie n'est pas reconnue comme une spécialité, mais comme une capacité du médecin généraliste, du pneumologue ou d'un ORL. Or le cloisonnement médical par spécialité, que ce soit dans un cabinet ou en hôpital, rend plus difficile une vision d'ensemble pour quantifier les bénéfices de ce dispositif auprès des patients. D'autre part, la bibliographie scientifique internationale peine à s'étoffer d'études confortant les premiers résultats positifs. Les premières études validant la pertinence de l'intervention de ces conseillers datent déjà d'une dizaine d'années et ne sont menées qu'aux États-Unis et plus exceptionnellement en France (De Blay *et al.* 2003⁵ ; Morgan *et al.* 2004⁶). Enfin, les premiers résultats de l'étude ENCEVIR⁷, menée à Rennes, ne

devraient pas être publiés avant 2019.

Les limites d'intervention des conseillers donnent également matière à réflexion. Même s'ils interviennent à la demande d'un médecin, lorsque le logement est à la limite de l'insalubrité et/ou si le foyer éprouve des difficultés financières majeures ne lui permettant pas d'appliquer favorablement tous les conseils donnés (ex : achat d'une housse anti-acariens, remplacement d'un matelas moisi, travaux d'isolation...), quel est alors le rôle à tenir ? Si tous les intervenants sont d'accord pour réorienter les familles vers les interlocuteurs pertinents, des disparités apparaissent dans la procédure à tenir : faut-il qu'ils assurent un suivi dans le temps pour être sûr que la démarche aboutisse ? Doivent-ils créer leur réseau transversal pour gérer les cas les plus compliqués, ou est-ce le rôle des institutions publiques de bâtir un réseau d'acteurs autour des cas les plus sensibles ?

De plus, avant même d'exercer, un CMEI/CHS doit convaincre de son utilité les médecins de son territoire, afin qu'ils deviennent de potentiels médecins prescripteurs. Dans les faits, tout médecin peut demander l'intervention d'un CMEI/CHS car, la plupart du temps, il n'intervient pas à domicile et ainsi, ne peut pas replacer le patient dans son contexte quotidien. En réalité, ce sont très majoritairement des médecins avec la capacité d'allergologie, qui soutiennent le dispositif. D'ailleurs, dans certaines conditions très particulières d'habitat insalubre, les patients sont davantage en attente d'un état des lieux de leur domicile en vue d'un relogement, plutôt que de conseils. Mais le conseiller n'a pas le pouvoir de mettre en demeure un propriétaire. Le conseiller apporte un regard objectif et impartial sur le logement, sans prendre parti ni pour le locataire, ni pour le propriétaire. Il questionne aussi bien sur les pratiques et comportements des occupants que sur la qualité règlementaire du logement (ex : système de ventilation existant et opérant). Ainsi, avant toute intervention, le conseiller doit d'abord prendre le temps de définir le cadre de son intervention au public concerné, en précisant clairement les raisons et les objectifs de sa visite.

En parallèle, le terme « médical », présent dans le nom de CMEI, crée une ambiguïté. Du point de vue du patient, il intervient dans la

de conseillers en environnement intérieur au domicile de patients asthmatiques.

³ Date de la création de la première formation pour exercer (2001 à Strasbourg).

⁴ Ou plus simplement Conseiller en Environnement Intérieur.

⁵ De Blay F, Fourgaut G, Hedelin G *et al.* (2003). Medical Indoor Environment Counselor: role in compliance with advice on mite allergen avoidance and on mite allergen exposure, *Allergy*, n° 58, p. 27-33.

⁶ Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS *et al.* Results of a Home-based environmental intervention among urban children with asthma, *N Engl J Med*, n° 351, p. 1068-1080.

⁷ Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention

continuité de la consultation ; il porte le regard du médecin sur le domicile de son patient. Du point de vue du milieu médical, ce terme déconcerte, car ces conseillers ne possèdent pas de diplôme d'État comme les autres professionnels de santé. Néanmoins, une formation spécifique est nécessaire pour être conseiller. Deux formations universitaires permettent d'accéder à ces compétences : le diplôme interuniversitaire de Santé Respiratoire et Habitat, dispensé à l'université de Strasbourg depuis 2001, sous l'égide de Martine Ott, elle-même CMEI. Les diplômés ont le titre de conseiller médical en environnement intérieur. Et le diplôme universitaire de conseiller habitat santé de la faculté de médecine de Marseille, délivré depuis 2002, sous la responsabilité de Denis Charpin, pneumo-allergologue.

2. Un métier national aux disparités régionales

Les premiers postes ont été soutenus par le ministère en charge de l'environnement à partir de 2010, à la suite du Grenelle de l'Environnement. Puis le développement de cette profession a été l'un des objectifs du Plan National Santé Environnement 2 (2009-2013)⁸. En dépit d'une volonté nationale, il s'agit, avant tout, d'un « métier régionalisé ». Le lieu d'activité du futur diplômé influence souvent le choix de la formation suivie, dans le Sud à Marseille, plutôt dans le Nord à Strasbourg. Ensuite le déploiement de l'activité des CMEI/CHS dépend de la déclinaison régionale du PNSE 2. Ainsi, chaque région fonctionne de manière autonome, à la fois en termes de coordination, de logistique (matériel et voiture de fonction, par exemple), de financement et de superficie des territoires d'action. En Ile-de-France, par exemple, une seule CMEI proposait des diagnostics gratuits sur prescription médicale. Depuis 2015, un deuxième CMEI est venu renforcer le dispositif. Rattachés au Service pour les Parisiens de Santé Environnement (SPSE)⁹, ils interviennent uniquement dans Paris intra-muros. Dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, 4 CMEI sont en activité, permettant de couvrir le territoire de manière homogène. Ils bénéficient également d'une plate-forme qui centralise les

⁸ Action 23 : développer la profession de conseillers habitat-santé ou environnement intérieur.

⁹ Fusion du Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris (LHVP) avec le Laboratoire d'Étude des Particules Inhalées (LEPI) et le Service Municipal d'Actions de Salubrité et d'Hygiène (SMASH).

demandes d'intervention et harmonise les pratiques.

3. Les CEI en Rhône-Alpes

Si les premiers postes de CMEI/CHS ont été soutenus par le ministère en charge de l'environnement, qui a permis au CHU de Grenoble et au service d'hygiène de la ville de Saint-Étienne de disposer chacun d'un poste de CMEI dès 2010, c'est en réalité l'appel à projet de 2013 lancé par l'ARS Rhône-Alpes, avec un co-financement du conseil régional, qui a permis de développer les autres postes. Cet appel à projet, dans le cadre de la mise en œuvre du PRSE 2, avait pour objectif d'encourager la création de postes de CMEI au sein de territoires qui en étaient dépourvus, sur une durée de trois années (convention triennale).

En 2016, 2 CHS et 6 CMEI sont en activité sur le territoire rhônalpin : 2 CHS au Service d'Hygiène et de Salubrité de Saint-Étienne ; 1 CMEI au Service d'Hygiène et de Salubrité de Chambéry ; 1 CMEI au sein de l'association Collectif Sud (26) ; 1 CMEI à l'ADES du Rhône, 1 CMEI à l'hôpital Croix-Rousse de Lyon, 1 CMEI au CHU de Grenoble et 1 CMEI au CHU de Bourg-en-Bresse. Tous les postes sont rattachés à une structure de financement publique, que ce soit un hôpital, une association ou une collectivité. Les CMEI/CHS doivent, simultanément, trouver d'autres sources de financement, pour compléter leur activité, exercée pour la plupart d'entre eux à mi-temps. Ainsi, beaucoup pratiquent une double activité. Pour cette année, l'une des volontés de l'ARS est d'unifier leur dénomination en ne gardant que le terme de CEI, Conseiller en Environnement Intérieur.

La convention trisannuelle prévoit une enveloppe de 30 000 € par an et par poste, comprenant le salaire et les charges, les frais de déplacements, les frais de mesures et d'analyses des polluants. La subvention est cofinancée, à part égale, entre l'ARS et la Région Rhône-Alpes. En parallèle, la convention impose aux CEI de réaliser *a minima* 10 visites/mois, soit 120 visites sur une année, de participer également aux comités de pilotage et de faire partie du réseau régional des CEI. La délégation territoriale de l'ARS de l'Ardèche assure leur coordination et reçoit les résultats anonymement afin de pouvoir valoriser et évaluer l'action.

4. Freins et leviers d'actions à l'activité de CEI

On observe une certaine inégalité de situation entre les CEI. Selon la structure qui porte le poste, ils n'ont pas les mêmes soutiens techniques, logistiques et financiers. Si quelques-uns peuvent bénéficier d'un secrétariat ou de matériel mis à disposition, la plupart d'entre eux exerce leur activité dans la plus grande autonomie. De plus, en fonction de leur double compétence, ils n'ont pas les mêmes possibilités d'action. Par exemple, les inspecteurs de salubrité, assermentés, peuvent mettre en demeure un propriétaire pour exiger des travaux, lorsqu'ils sont primordiaux. Ils peuvent également disposer de leur matériel d'inspecteurs de salubrité pour leurs diagnostics. Néanmoins, tous déplorent des compromissions à opérer, soit sur le territoire d'action pour limiter les frais de déplacements, soit sur les mesures à réaliser, pour limiter les coûts d'analyses.

Le mesurage n'est jamais systématique lors d'une visite, qui consiste essentiellement en un examen visuel du logement. Les prélèvements et autres analyses sont laissés à l'appréciation du CEI et, dans certains cas, au médecin prescripteur. En effet, pour des pathologies comme les aspergillose, il peut être nécessaire de ne pas se contenter d'un bilan quantitatif des moisissures (présence ou absence) mais de connaître précisément l'espèce fongique. Par contre, l'intérêt d'une visite de CEI ne consiste pas à dresser un inventaire exhaustif de la pollution chimique et biologique du logement, mais à identifier, à l'aide d'un questionnaire, les facteurs pouvant aggraver la pathologie du patient, et à délivrer un ensemble de conseils et préconisations permettant de limiter les sources de pollution dans le logement.

À la suite de leur visite, les CEI rédigent un rapport, qui sera envoyé au patient ainsi qu'à son médecin. De rares contre-visites sont réalisées, pour affiner le diagnostic ou réaliser des mesures... Généralement, une seule visite est nécessaire, suivie d'une évaluation *a posteriori*, 6 mois plus tard. Le questionnaire d'évaluation est rempli par le patient, puis transmis à l'ARS. Il permet de dresser un bilan qualitatif des interventions, concernant à la fois la pertinence des conseils donnés, pour stabiliser la pathologie, et les conseils retenus et mis en pratique par le patient.

Tous les CEI connaissent le tissu local d'acteurs et ils sont en mesure d'orienter les patients, selon la problématique éventuellement mise en évidence : problèmes techniques et/ou économiques et/ou règlementaires (ventilation hors d'usage, infiltration d'eau, coût de l'énergie, insalubrité...). Les inspecteurs de salubrité ont même la capacité de saisir directement les bailleurs pour engager des travaux. Certains CEI, voire parfois le médecin prescripteur, prennent l'initiative d'écrire eux-mêmes au bailleur, alors que ce n'est pas la mission qui leur est assignée.

Les premières pathologies pour lesquelles les CEI rhônalpins interviennent sont l'asthme et les allergies. De façon plus épisodique, ils peuvent également intervenir pour des aspergillose, BPCO et même chez des greffés. Cela dépend avant tout de la spécialité du médecin prescripteur ou du service hospitalier auquel le CEI est rattaché. Par exemple, le CEI intervient régulièrement pour des aspergillose à Chambéry, et la CMEI de l'hôpital Croix-Rousse suit principalement des patients adultes atteints d'asthme sévère. Globalement, la population suivie est hétéroclite, des propriétaires aux locataires, des catégories socio-économiques supérieures à des foyers modestes ou précaires. Cette diversité des situations dépend de la structure qui porte le poste et du médecin prescripteur. En cabinet privé, les patients sont davantage issus des classes moyennes à aisées. La CEI attachée à l'association Collectif Sud suit davantage des populations modestes ou en situation de précarité énergétique.

5. Vers une harmonisation des pratiques

Le territoire rhônalpin comptant 8 départements est l'un des plus vastes de la métropole (avant fusion des régions). Sur le terrain, cela se concrétise par une grande disparité des zones d'intervention. Alors que certains CEI interviennent sur 3 départements, d'autres n'interviennent que dans un rayon de 15-30 km autour de leur structure. C'est une négociation perpétuelle entre le nombre de diagnostics à réaliser, le temps dédié à la rédaction des rapports d'intervention, les frais et le temps alloués aux déplacements, les frais d'analyses, sans oublier la création, le maintien et le développement du réseau de praticiens prescripteurs, qui est sans conteste l'activité la plus chronophage. De ce fait,

beaucoup de CEI ont le même panel de médecins prescripteurs.

L'ARS DT Ardèche pilote le projet CEI en Rhône-Alpes. Elle organise des comités de pilotage entre CEI, 2 à 3 fois par an. Elle peut également organiser des journées de formation, pour assurer une veille scientifique en santé environnementale ou pour promouvoir une montée en compétence sur des points techniques très précis. Dans une volonté d'harmonisation des pratiques, elle met à disposition une fiche unique pour les demandes d'intervention, ainsi qu'un questionnaire type pour la réalisation du diagnostic dans le logement. Par contre, la forme du rapport envoyé conjointement au patient et au médecin est laissée libre pour chaque CEI. Certains y voient l'avantage de promouvoir leur double compétence, quand elle est nécessaire comme, par exemple, une expertise des systèmes de ventilation. La mise à disposition d'un matériel commun à tous les CEI et d'une standardisation des méthodes de mesure semble difficile à mettre en place, d'une part, parce que les mesures ne sont pas systématiques, et que d'autre part, il faudrait former l'ensemble des CEI à l'utilisation de ce matériel.

En comparaison, les CMEI des Hauts-de-France bénéficient d'une plate-forme collaborative qui centralise les demandes d'interventions et les répartit au CMEI concerné selon son périmètre d'action. Avec la fusion des régions, 2 CMEI supplémentaires ont été intégrés, portant le total à 6 CMEI en poste. Lors de l'intervention à domicile, chaque CMEI doit utiliser un questionnaire commun pour piloter la visite, assurant ainsi une démarche qualité de la plate-forme. Par ailleurs, la plate-forme assure également une équité dans le matériel¹⁰ dont dispose chaque CMEI et négocie les frais d'analyse. Ainsi le regroupement de CMEI autour d'une plate-forme et d'un coordinateur est une force pour optimiser les coûts, uniformiser les conditions d'intervention et assurer une concertation entre CMEI, pour les retours d'expérience et la prise en charge des cas plus difficiles.

Justement dans le suivi de cas complexes, le contraste entre les CEI rhônalpins est à nouveau très fort, ce qui pourrait alors justifier le développement d'une plate-forme, à l'instar des Hauts-de-France. Au-delà des compétences du CEI et de sa structure, la facilité de gestion de cas difficiles dépend du maillage institutionnel local. Par exemple, en Ardèche, la délégation territoriale de l'ARS, le Département, la CAF, la MSA et la CEI font partie de la « commission habitat indigne ». Ils se réunissent une fois par mois, afin de traiter les dossiers qui nécessitent des compétences transversales.

La pérennisation des postes de CEI en Rhône-Alpes n'est pas encore actée. L'année 2016 est l'année de nombreux changements. Le premier élément à prendre en compte est l'échéance de la convention triennale, qui soutenait le développement de ces postes. Toutefois, le Plan National Santé Environnement 3 (2015-2019) maintient la légitimité des interventions des CEI au domicile de patients souffrant de pathologies chroniques¹¹. Mais seule sa déclinaison régionale permettra concrètement de savoir comment cette recommandation sera traduite sur le terrain. Le PRSE 3 n'étant pas prévu avant le second semestre, 2016 sera peut-être une année blanche. D'autant plus que la fusion des régions au 1^{er} janvier a probablement ralenti les processus décisionnels. Le rapprochement des régions Rhône-Alpes et Auvergne implique l'intégration de 3 nouveaux postes de CMEI¹², tous portés par la Mutualité Française d'Auvergne, au réseau déjà existant. Avec eux, un peu plus d'hétérogénéité au niveau des pratiques viendra s'ajouter aux différences déjà identifiées.

Enfin, quelle que soit la région concernée, un manque de moyens général est déploré, lié aux baisses des dotations publiques, pour permettre un déploiement homogène et pérenne des CEI sur le territoire national et leur permettre d'assurer leurs diagnostics dans les meilleures conditions possibles.

¹⁰ Thermo-hygromètre, humidimètre, scotch-test pour les moisissures, tube pour la peinture au plomb, test de fumigation, mesure de COV et CO₂, voiture de fonction...

¹¹ 2.5.1 Agir pour une meilleure Qualité de l'Air Intérieur et Action n° 49 : mettre en oeuvre le plan qualité de l'air intérieur annoncé par le gouvernement.

¹² D'après le site www.cmei-france.fr

6. Conclusion et perspectives

Le métier de conseiller fait face à de nombreuses difficultés. La première est d'ordre sémantique, conseiller en environnement intérieur, conseiller médical ou conseiller habitat santé. La difficulté sémantique souligne la complexité de l'articulation avec le monde médical et les différences d'interprétation sur ce qu'est « l'environnement immédiat ». Par exemple, la formation de Marseille encourage les conseillers à s'intéresser aux pathologies respiratoires mais également à la sécurité électrique dans le logement, aux diagnostics réglementaires : amiante, plomb, termite et DPE (Diagnostic de Performance Énergétique), au contrôle de l'eau de boisson, ou encore aux accidents domestiques et aux odeurs.

Ces hésitations autour du nom renvoient également à la nécessité de définir un cadre d'action très précis. Comme les conseillers ont le privilège d'entrer dans le logement, ont-ils le devoir, la responsabilité, de mesurer, par exemple, le monoxyde de carbone (CO) et de vérifier la bonne marche de l'appareil de chauffage en période de chauffe, ou de réaliser un diagnostic amiante, plomb ou même énergétique ? De par leur position de conseiller, doit-on également s'attendre à ce qu'ils conseillent les particuliers en matière de revêtements de sols/murs et de travaux de rénovation énergétique ?

Pour tenter de répondre à ces nombreuses questions et attentes, chaque CMEI ou CHS devrait pouvoir être rattaché à une plate-forme régionale, qui officierait alors comme un ordre des conseillers. D'autant qu'elle pourrait assurer également une aide technique et financière

(commande de matériel groupé, négociation des frais d'analyses...). La plate-forme devrait également, pour le compte des CMEI/CHS, créer autour d'eux, un réseau d'acteurs aux profils complémentaires, afin de réorienter les situations les plus compliquées, celles qui nécessitent une intervention transversale afin de rendre le logement favorable à la santé des occupants.

Enfin, la troisième – récurrente – est le financement. Les postes sont, à l'heure actuelle, soutenus à hauteur variable par la région et/ou l'ARS, selon des modalités qui leur sont propres (appel à projet sur 3 ans, convention de moyens...), ce qui explique en partie les disparités observées. Bien que ce soit un soutien public, pour le moment, l'assurance maladie n'intervient pas et les mutuelles ne se sont pas encore pleinement investies sur le sujet. Pour cela, elles attendent les résultats de l'ECENVIR¹³, menée par le CHU de Rennes. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions de CEI, uniquement pour des patients asthmatiques. Elle pose de nombreuses questions méthodologiques, car il est toujours difficile de monétariser la prévention et les coûts évités. Quels sont les indicateurs pertinents à prendre en compte ? La baisse de la consommation médicamenteuse ? La baisse de la fréquence des crises d'asthme ? L'amélioration de la qualité de l'air du logement ? De nombreux biais sont possibles. Les résultats sont attendus d'ici trois ans, 2019. Le bénéfice économique n'est pas le seul à prendre en compte, dans la mesure où la salubrité de l'habitat est également une source de bien-être.

¹³ Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de conseillers en environnement intérieur au domicile de patients asthmatiques.