



HAL
open science

Promotion de la santé environnementale auprès des familles vulnérables : quelles adaptations prendre en compte pour une intervention significative ? Réflexion entreprise auprès de familles hébergées en centre d'hébergement et de réinsertion sociale et de porteurs de projet de promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires

Valentine Chevalier

► **To cite this version:**

Valentine Chevalier. Promotion de la santé environnementale auprès des familles vulnérables : quelles adaptations prendre en compte pour une intervention significative ? Réflexion entreprise auprès de familles hébergées en centre d'hébergement et de réinsertion sociale et de porteurs de projet de promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires. Santé publique et épidémiologie. 2021. dumas-03455524

HAL Id: dumas-03455524

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03455524>

Submitted on 29 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Master 2 Sciences, Technologies, Santé mention Santé Publique
Parcours Promotion de la Santé orientation Développement Social

Promotion de la santé environnementale auprès des familles vulnérables : quelles adaptations prendre en compte pour une intervention significative ?

Réflexion entreprise auprès de familles hébergées en centre d'hébergement et de réinsertion sociale et de porteurs de projet de promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires

Valentine Chevalier

Année universitaire 2020-2021

Stage du 08/03/21 au 30/07/21

Organisme d'accueil : Fédération des Acteurs de la Solidarité de Nouvelle-Aquitaine

Remerciements

Je remercie tous ceux qui ont participé de près comme de loin à l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements vont particulièrement à l'équipe de la Fédération des Acteurs de la Solidarité de Nouvelle-Aquitaine pour m'avoir accueillie chaleureusement au sein de leur association pendant ces cinq mois de stage. Je remercie plus particulièrement Marie Poussier, ma tutrice durant ce stage, pour ses précieux conseils, sa pédagogie et sa disponibilité. Merci beaucoup pour ces partages de connaissances et d'expériences qui m'ont fait découvrir de multiples facettes du métier de chargée de mission en santé. Je tiens également à remercier Grégoire, Noëly, Maëlle, Maïté, Gaëlle et Romain pour leur bienveillance et la création d'une ambiance de travail si plaisante, accueillante et détendue. Je suis sincèrement ravie de pouvoir continuer mon parcours professionnel au sein de cette super équipe, encore une fois merci !

Je tiens grandement à remercier les personnes hébergées en CHRS d'avoir pris de leur temps pour répondre à mes questions qui n'ont pas toujours été faciles. Je suis très admirative du courage et de la dévotion des personnes hébergées vers la résilience. Je remercie également les professionnels des CHRS qui ont pris le temps de communiquer mon projet d'étude auprès de leur public pour la réalisation de ce travail. Merci également aux porteurs de projet d'avoir pris part à ce travail, de leur intérêt pour ce sujet et d'avoir partagé leur projet très pertinent sur la santé environnementale.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique du master 2 PROMS de l'ISPED pour les enseignements reçus et leur disponibilité malgré un contexte universitaire difficile.

Enfin, j'ai une dernière pensée pour mes proches qui m'ont soutenue tout au long de ce travail avec leur présence, leur soutien et leur assurance inaltérables, merci.

Table des matières

Remerciements	2
Listes des abréviations	6
PARTIE I – Rapport de stage	7
I. Introduction.....	7
II. Présentation de la structure de stage	7
1. La Fédération des acteurs de la solidarité.....	7
1.1 Histoire de la Fédération	7
1.2 Missions de la Fédération.....	7
1.3 La FAS Nouvelle-Aquitaine (FASNA)	8
2. La place de la promotion de la santé	9
III. Missions de stage	9
IV. Activités réalisées	10
V. Résultats obtenus.....	12
PARTIE II – Mémoire	12
I. La santé environnementale.....	12
1. Définition	12
2. Préoccupation de santé publique.....	13
II. Place de la santé environnementale dans les politiques françaises	14
1. Au niveau national.....	14
2. Au niveau régional et local	15
III. Les personnes en situation de précarité	16
1. Relations entre précarité, pauvreté et exclusion	16
2. Relations entre précarité et santé.....	16
3. Relations entre précarité et santé environnementale	17
4. Promotion de la santé environnementale auprès des publics vulnérables	18
4.1 Représentations sociales et promotion de la santé environnementale	18
4.2 Etat d’esprit et démarche dans la mise en place d’une action en promotion de la santé environnementale	19
4.3 Les ateliers Nesting.....	21
IV. Le questionnaire.....	22
V. Objectifs.....	23
VI. Méthode	24
1. Recherche bibliographique	24
2. Démarche qualitative	24
3. Echantillon	24

4.	Recueil de données	25
4.1	Echanges informels.....	25
4.2	Entretiens semi-directifs	25
5.	Réalisation des entretiens et collecte des données.....	26
6.	Calendrier	27
7.	Analyse	27
7.1	Analyse des entretiens semi-directifs	27
7.2	Analyse des entretiens informels.....	28
VII.	Résultats	28
1.	Description de l'échantillon d'étude	28
1.1	Les parents vulnérables en situation de précarité hébergés en CHRS.....	28
1.2	Les porteurs de projet	29
2.	Données recueillies auprès des parents hébergés en CHRS	30
2.1	Les représentations sur la santé.....	30
2.1.1	Une définition positive	30
2.1.2	Pratiques préventives en santé	31
2.1.3	Importance de la santé des enfants	32
2.2	Les représentations de la santé environnementale.....	33
2.2.1	Perception de la santé environnementale	33
2.2.2	Expériences et pratiques personnelles dans l'environnement intérieur en matière de santé environnementale	33
2.2.3	Pratiques et choix des produits pour les enfants.....	36
2.3	Influence de la santé environnementale sur le développement de leur(s) enfant(s).....	36
2.4	Moyens de prévention en santé environnementale.....	37
2.5	Les représentations sur la participation.....	38
2.5.1	Participation à un atelier de promotion de la santé	38
2.5.2	Les leviers favorisant la participation.....	38
3.	Données recueillies auprès des porteurs de projet	39
3.1	Implication des personnes en situation de précarité dans le projet.....	39
3.1.1	Le recueil des besoins.....	39
3.1.2	Le groupe projet	40
3.1.3	L'évaluation	41
3.2	Participation des personnes en situation de précarité aux ateliers.....	42
3.2.3	Les éléments organisationnels	42
3.2.4	Attitudes des intervenants	43
VIII.	Discussion	44

1.	Synthèse des résultats.....	44
2.	Pertinences de l'étude.....	45
2.1	Pertinences de la méthodologie.....	45
2.2	Diversité des personnes enquêtées	46
3.	Limites de l'étude	46
3.1	Limites de l'échantillon d'étude	46
3.2	Limites de la méthodologie de l'étude.....	46
3.3	Limites de l'analyse des données	47
4.	Discussion des résultats	47
IX.	Préconisations	49
1.	Développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des familles vulnérables en matière de santé environnementale	50
1.1	Prendre en compte les perceptions et les besoins des personnes en situation de précarité, mais également leurs compétences en matière de santé environnementale	50
1.2	Développer la mise en place de supports informatifs et autres ressources sur la promotion de la santé environnementale	51
1.3	Développer le soutien entre pairs lors d'action de promotion de la santé pour renforcer <i>l'empowerment</i>	51
2.	Promouvoir la santé environnementale auprès des personnes vulnérables.....	52
2.1	Réorienter les porteurs de projet et professionnels vers une culture de promotion de la santé	52
2.2	Faciliter la mise en place d'une démarche participative dans la mise en place d'actions de promotion de la santé environnementale	52
2.3	Intégrer la promotion de la santé environnementale dans les soins primaires	53
2.4	Continuer le développement des actions de promotion de la santé auprès des publics précaires.....	53
3.	Intégrer la promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires dans les politiques publiques	54
4.	Développer la recherche en promotion et en éducation à la santé environnementale.....	55
X.	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Annexes	61

Listes des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CLS : Contrat Local de Santé

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CRPA : Comité Régionale des Personnes Accueillies et Accompagnées

DRDFE : Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

FAS : Fédération des Acteurs de la Solidarité

FASNA : Fédération des Acteurs de la Solidarité de Nouvelle-Aquitaine

FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

IAE : Insertion par l'Activité Economique

MMMS : Ma Maison Ma Santé

PNSE : Plan National Santé-Environnement

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRSE : Plan Régional Santé-Environnement

SIAO : Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation

WECEF : Women Engage for a Common Future

PARTIE I – Rapport de stage

I. Introduction

Aujourd’hui, la santé environnementale est devenue un enjeu majeur de santé publique. Le développement de la promotion de la santé environnementale reste encore timide malgré des liens avérés avec l’apparition de maladie et d’une dégradation de la qualité de vie. Les personnes en situation de précarité sont soumises à des inégalités sociales de santé mais également à des inégalités environnementales. La promotion de la santé est un moyen de lutter contre ces inégalités tout en renforçant le pouvoir d’agir des personnes en situation de précarité et leur permettre de devenir acteur de leur propre santé.

Réaliser mon stage au sein d’une association venant en aide aux personnes en situation de précarité permet de toucher au plus près les problématiques de terrain rencontrées en matière de santé. Au regard de ces besoins, la promotion de la santé prend tout son sens pratique bien au-delà de la théorie. Le sentiment d’utilité apporté par la réalisation d’action de promotion de la santé environnementale auprès des publics, au-delà d’être gratifiant, appuie l’envie de continuer et démocratiser la promotion de la santé comme une discipline majeure de la santé publique.

II. Présentation de la structure de stage

1. La Fédération des acteurs de la solidarité

1.1 Histoire de la Fédération

En 1956, le regroupement de 18 présidents de foyers répartis sur toute la France a créé la Fédération des centres d’hébergement Libérés pour accompagner les personnes libérées de prison et les prostituées. L’objectif était de pouvoir représenter auprès des pouvoirs publics de jeunes associations mobilisés pour l’acquisition ou la construction de structures d’hébergement. Ces premiers pas de la Fédération ont pu permettre la création des Centres d’Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) en 1970. (1)

En 1977, la Fédération change de statut et de nom pour devenir la Fédération Nationale des Associations d’accueil et de Réadaptation Sociale (FNARS). En 1988, ces changements ont pu mener à la naissance des 18 associations régionales de la Fédération, dont celle de Nouvelle-Aquitaine. Le siège de la Fédération est basé à Paris. (1)

En 2017, la Fédération change de nom pour devenir la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS). (1)

1.2 Missions de la Fédération

La Fédération agit selon trois axes principaux :

- Représenter et défendre des positionnements communs : elle mobilise de nombreux plaidoyers pour la lutte contre les exclusions, l'accès aux droits fondamentaux des personnes, de la citoyenneté et du retour à l'autonomie auprès des politiques publiques ;
- Accompagner et appuyer son réseau : elle propose des journées d'échanges et de rencontre, des formations et des outils méthodologiques à destination des professionnels des structures adhérentes ;
- Porter des expérimentations et des projets d'innovation sociale : l'objectif est de pouvoir proposer des solutions aux personnes en situation de précarité via des actions ambitieuses et innovantes. (2)

Ces axes principaux sont déclinés dans chaque région selon les besoins et les attentes du terrain. Les Fédérations régionales animent le réseau des adhérents et les représentent au niveau territorial. (2)

1.3 La FAS Nouvelle-Aquitaine (FASNA)

J'ai réalisé mon stage au sein de la FASNA durant la période du 8 Mars jusqu'au 30 Juillet 2021. Les modalités du stage étaient sous forme de deux jours en présentiel au sein des locaux de la Fédération, et trois jours en télétravail. Ces conditions sont restées souples selon les différents déplacements réalisés auprès des structures sur la Nouvelle-Aquitaine.

La FASNA est un réseau généraliste de lutte contre les exclusions qui défend un accompagnement global et la participation des personnes en situation de vulnérabilité. Elle regroupe 70 associations adhérentes ce qui représentent plus de 200 structures sur toute la région Nouvelle-Aquitaine. Les structures adhérentes sont des CHRS, des CHU, des SIAO, des chantiers d'insertion, le Samu social... autant de diversité pour permettre un accompagnement personnalisé des professionnels et des personnes accueillies et accompagnées. (3)

La FASNA déploie des actions sur différentes thématiques afin de répondre aux besoins diversifiés de ses adhérents : des actions sur l'hébergement, l'asile et le logement, d'autres actions sur l'emploi, sur l'Insertion par l'Activité Economique (IAE) et des formations, et enfin des actions portant sur la participation et la santé. (3)

Au-delà des actions proposées, un des rôles de la FASNA est de soumettre des plaidoyers auprès des politiques publiques locales pour faire évoluer la construction et l'évaluation de celles-ci. Sa place de tête de réseau permet également le décloisonnement entre les différentes structures du social, du médico-social et de l'insertion par l'activité économique. (2,3)

Les financements de la FASNA proviennent majoritairement de réponse d'appel à projet. Les principaux soutiens financiers sont : la Dirrecte Aquitaine, le Conseil Régional d'Aquitaine, le Fonds social européen, l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Fondation Abbé Pierre et la Fondation de l'Armée du Salut. (3)

La FASNA est constitué d'un bureau associatif et d'une équipe de 8 salariés, l'organigramme présentant les membres du bureau et les salariés est présent en Annexe 1. (3)

2. La place de la promotion de la santé

La FASNA s'inscrit dans une approche globale et positive de la santé en proposant aux structures adhérentes des actions co-construites avec elles et répondant aux différentes problématiques recueillies : vieillissement, accès aux soins, santé mentale, addictions, alimentation et santé environnementale.

Une implication d'acteurs pluridisciplinaires est requise pour l'élaboration et le suivi de chaque action portant sur la santé. La démarche participative occupe une place primordiale au sein de chaque projet avec l'implication dans le comité de pilotage d'au moins une personne accueillie et accompagnée. La Fédération a développé le Conseil Régional des Personnes Accueillies et Accompagnées (CRPA) où des représentants des personnes hébergées sont élus pour favoriser leur prise de parole et implication citoyenne dans les actions menées. La santé est vue dans toute sa transversalité du fait des nombreuses thématiques traitées par la Fédération.

L'objectif de toutes ces actions de promotion de la santé est de pouvoir renforcer l'*empowerment* en santé des professionnels et des publics des structures adhérentes.

III. Missions de stage

Mes missions principales de stage ont été les suivantes :

- Informer, sensibiliser et promouvoir les bons gestes en santé environnementale autour de la petite enfance pour les structures de l'AHI et de l'Asile ;
- Déployer une action de sensibilisation à la santé environnementale autour de la petite enfance auprès des professionnels exerçant dans les structures de l'AHI et de l'Asile de Nouvelle-Aquitaine.

L'objectif est de permettre aux professionnels de devenir des médiateurs de la santé environnementale auprès des publics accueillis.

À la suite de la mise en place de la stratégie régionale de prévention et de promotion de la santé environnementale autour de la petite enfance de l'ARS, celle-ci a sollicité la FASNA afin

de cibler les professionnels des structures de l'AHI et de l'Asile accueillant des parents ayant des enfants âgés de 0 à 6 ans.

L'action de sensibilisation à la santé environnementale autour de la petite enfance a été créée en 2018. Elle se centre sur l'environnement intérieur en abordant 4 thématiques principales : les produits ménagers, les produits d'hygiène et cosmétiques, l'alimentation et les produits de puériculture. L'action est animée par deux intervenants extérieurs : une écotoxicologue et un animateur en santé environnementale. Cette action est proposée gratuitement aux structures grâce au financement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

En amont de chaque intervention, un diagnostic de la structure est réalisé pour recueillir les habitudes des structures en termes de santé environnementale : quels produits d'entretien sont utilisés dans les locaux, quels types de contenants alimentaires dans les cuisines communes... Les échanges avec les professionnels favorisent aussi l'émergence des besoins rencontrés en santé environnementale et des différentes problématiques vécues par le public accueilli.

A partir de ce diagnostic, les intervenants adaptent et personnalisent l'action à chaque structure. Le déroulement de l'action est articulé autour de quatre ateliers : un atelier sur les produits ménagers, un deuxième sur les produits d'hygiène et cosmétiques, un troisième sur les contenants alimentaires et un dernier sur les produits de puériculture. L'animation faite par les intervenants alterne entre théorie et pratique dans un climat bienveillant et participatif. La réalisation de recettes maison par les professionnels participants renforce cette dynamique de groupe mais leur donne aussi des pistes d'animation pour de futurs ateliers sur la santé environnementale auprès de leur public.

A la fin de chaque action de sensibilisation, un questionnaire de satisfaction est distribué à chaque participant dans un souci d'amélioration continu. Enfin, quelques mois après la réalisation de l'action, un bilan est programmé avec les structures afin d'avoir une visibilité sur les changements et améliorations opérées suite à la formation.

IV. Activités réalisées

La première activité réalisée a été de répertorier l'ensemble des structures de l'AHI et de l'Asile présentes sur la Nouvelle-Aquitaine accueillant des parents avec des enfants âgés de 0 à 6 ans. Dans un deuxième temps, les structures répertoriées ont été contactées pour leur présenter l'action de sensibilisation et connaître leur intérêt pour celle-ci. Des tableaux de suivi par département ont été élaborés.

Après échange avec ma tutrice, nous nous étions fixées l'objectif de réaliser l'action de sensibilisation au sein de cinq structures.

Après la prise de contact, cinq structures ont émis le souhait de bénéficier de l'action de sensibilisation à la santé environnementale autour de la petite enfance.

Le premier diagnostic a été mené auprès du CHRS Clair Foyer à Agen à la mi-mars où l'intervenante a pu recueillir et analyser les pratiques de la structure en termes de santé environnementale. Lors de cette rencontre, l'action de sensibilisation est présentée en détails aux membres de la direction ainsi qu'à des travailleurs sociaux. Par la suite, les professionnels peuvent faire remonter leurs besoins et les problématiques rencontrées au sein de leur structure et poser leurs questions éventuelles.

Cinq autres diagnostics ont été réalisés sous le même schéma : au CHRS La Roseraie à Agen fin Mars, au CADA de Bon-Encontre fin Mars, au CHRS Safed à Périgueux début Juin, au CHRS et au DUP de la Maison de 2 Rives à Bordeaux début Juin et au CHRS Cité Béthanie à Bergerac mi-Juin.

Trois journées de sensibilisation à la santé environnementale autour de la petite enfance ont été réalisées : deux au début du mois de Juin au CHRS Clair Foyer et au CHRS La Roseraie à Agen. Une dernière journée a été programmée au CHRS Safed fin Juin. Les autres journées de sensibilisation pour les autres structures sont prévues pour le mois d'Octobre.

Après chaque diagnostic et journée de sensibilisation, des comptes rendus ont été écrits pour suivre au plus près l'évolution de l'action. Les comptes rendus ont été transmis aux intervenants dans un souci de transparence et également aux structures pour leur permettre d'avoir tous les éléments nécessaires sur les bons gestes à avoir en santé environnementale.

Enfin, l'organisation et la programmation d'une journée d'échanges régionale sur la santé environnementale autour de la petite enfance à destination des professionnels de l'AHJ et de l'Asile a été programmée initialement le 8 Juillet. La recherche d'un objectif, d'intervenants pour l'animation de cette journée et de toute la mise en place de l'organisation et de la logistique ont été opérées. Hélas, au vu d'un nombre de participants faible, la journée a été reprogrammée en Octobre.

En parallèle de mes missions de stage, j'ai également travaillé sur un projet en lien avec la Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DRDFE) de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de leur appel à projet sur les inégalités de genre chez les personnes en situation de précarité où quarante projets ont été retenus. Le travail demandé par la DRDFE est de réaliser le suivi et l'évaluation de ces quarante projets essaimés sur toute la Nouvelle-Aquitaine. A la fin de mon stage, quinze évaluations avaient été réalisées.

V. Résultats obtenus

Environ trente structures ont été contactées, dont cinq structures qui ont exprimé leur intérêt pour l'action de sensibilisation.

Cinq diagnostics et présentations détaillées de l'action ont été réalisés dans cinq structures. Après chaque diagnostic, un compte-rendu a été établi et transmis aux intervenants pour qu'ils aient en leur possession tous les éléments relatifs à l'adaptation de l'action.

Trois journées de sensibilisation à la santé environnementale ont été établies : au sein du CHRS Clair Foyer à Agen, du CHRS La Roseraie à Agen et du CHRS Safed à Périgueux. L'évaluation à l'aide du questionnaire de satisfaction montre un réel intérêt des participants pour la thématique et une bonne appréciation des ateliers. Les moyennes vont de 4 à 4,8/5 selon les structures.

De plus, une évaluation plus qualitative à la fin des journées de sensibilisation, montre une satisfaction des participants mais ceux-ci souhaiteraient que la formation soit plus centrée vis-à-vis de leur pratique professionnelle.

Après chaque journée de sensibilisation, un compte-rendu est également rédigé et transmis aux intervenants, ainsi qu'à la structure pour lui transmettre tous les conseils délivrés lors de l'animation. (Annexe 2)

Toutes ces activités m'ont permis de développer des compétences en ingénierie de projet et de me familiariser avec le milieu social, mais également d'améliorer mon aisance dans la présentation d'un projet en fonction des interlocuteurs. La découverte du fonctionnement d'une Fédération a aussi été bénéfique pour moi pour améliorer ma polyvalence en fonction des thématiques traitées.

PARTIE II – Mémoire

I. La santé environnementale

1. Définition

Lors de la conférence européenne sur l'environnement et la santé d'Helsinki en 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé environnementale comme étant *« les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures. »* (4)

Cette définition très large montre que la santé environnementale peut être impactée par de nombreux facteurs exogènes : la qualité des milieux, les activités humaines, les conditions de vie, les comportements individuels. Dans les politiques françaises, la santé environnementale est définie de manière précise en prenant en compte les différents milieux mais en laissant de côté les comportements individuels pour pouvoir agir sur la santé d'une population. (5)

Du fait du large panel de thématiques lié à la santé environnementale, j'ai fait le choix d'accès mon mémoire sur l'environnement intérieur : les polluants présents dans nos logements comme les produits ménagers, les produits d'hygiène et cosmétiques et tout ce qui se rapporte à l'alimentation peuvent avoir des impacts importants sur la santé.

2. Préoccupation de santé publique

La qualité de l'environnement est aujourd'hui un facteur déterminant de la santé et responsable de l'apparition potentielle de maladie. La qualité de l'air intérieure, les polluants physiques, chimiques et biologiques peuvent impacter la santé. (6) D'après l'OMS, « 24 % de la charge mondiale de morbidité et 23 % de tous les décès peuvent être attribués à des facteurs environnementaux. » (7)

L'environnement intérieur des logements expose également l'organisme à des polluants. Le temps passé à l'intérieur peut atteindre jusqu'à 90%. L'air intérieur peut être cinq à dix fois plus pollué que l'air extérieur. Ces pollutions intérieures sont souvent invisibles mais le délai d'exposition sur le long-terme peut conduire à des effets sur la santé : fatigue, allergies, problèmes respiratoires. La toxicité de certains produits introduits dans les logements liés aux perturbateurs endocriniens ou à des substances cancérigènes peut avoir des effets encore plus graves sur la santé. (7,8) De nombreux produits et pratiques impactent la qualité de l'air : le mobilier, les produits d'entretien, les produits d'hygiène, le tabagisme, le lavage des sols, les moisissures, etc. (9,10)

Les femmes enceintes et les enfants sont une population particulièrement fragile face aux polluants présents dans les environnements intérieurs. L'état actuel de la recherche démontre que les 1000 premiers jours de vie de l'enfant sont cruciaux pour sa santé. (7,11) « *Les polluants environnementaux (notamment les substances Cancérigènes Mutagènes Reprotoxiques et les perturbateurs endocriniens) peuvent agir directement sur le développement du fœtus et parfois générer des implications sur les générations futures.* » (11)

De plus, d'après l'INSERM, « *les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité. Plus précisément, elles représentent 70 % des travailleuses pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel, et forment 85 % des familles monoparentales, dont une sur trois vit sous le seuil de pauvreté.* » (12) Les familles précaires, notamment

monoparentales, habitent le plus souvent dans des logements de mauvaises qualités, voir vétustes. La variable environnementale a un réel effet sur les inégalités socio-économiques. (13)

La prise de conscience par les politiques est en plein cheminement avec la mise en place de différents plans sur la santé environnementale. Cependant, la lenteur de leur mise en place, surtout dans un contexte localisé où les acteurs ont peu de connaissances du domaine de la promotion de la santé environnementale reste problématique. (6,8) Lutter contre la fracture environnementale en améliorant le pouvoir d’agir des parents en situation de précarité à l’aide d’action de promotion de la santé environnementale est une solution pour agir sur les inégalités environnementales et sociales, mais également les inégalités de genre.

II. Place de la santé environnementale dans les politiques françaises

1. Au niveau national

Depuis 2004, la politique en santé environnementale est en marche avec la mise en place des Plans Nationaux Environnement Santé (PNSE) renouvelés tous les 5 ans. Chaque PNSE s’articule autour de plusieurs axes : favoriser la communication et l’information autour de la santé environnementale sur le territoire, renforcer la recherche en santé environnement et répondre aux différents enjeux posés par les maladies en lien avec l’environnement. (5,14)

Quatre PNSE ont été réalisés en France. Le PNSE 4 vient de sortir en Mai 2021. Depuis leur création, les PNSE ont permis la réduction des impacts négatifs de l’environnement sur notre santé, une promotion de la santé environnementale au niveau régionale, départementale et locale, et le développement de programme de recherche. Deux des enjeux du PNSE 4 sont de limiter « *l’exposition aux produits chimiques via l’alimentation, les objets du quotidien (cosmétiques, jouets, vêtements, produits ménagers, etc.)* » et limiter « *la pollution de l’air intérieur souvent liée à des conditions d’aération insuffisantes et susceptible d’entraîner le développement de moisissures, à des émissions provenant des matériaux de construction, de décoration et des meubles, à des appareils de chauffage mal réglés ou à l’utilisation d’encens, de bougies ou de produits d’entretien.* » (5,6,14)

La santé environnementale à l’intérieur du logement devient une préoccupation de plus en plus importante pour les citoyens. Cet intérêt a été renforcé par la crise du covid-19. Plusieurs axes du PNSE 4 souhaitent répondre à cette attente citoyenne avec notamment l’axe 1 « *S’informer, se former et informer sur l’état de notre environnement et les bons gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes* » s’accompagnant de ces trois premières actions « *Connaître l’état de son environnement et des bonnes pratiques à adopter* », « *Identifier les substances dangereuses pour la santé et l’environnement dans les objets du*

quotidien » et « *Être mieux informé sur la bonne utilisation des produits ménagers et leur impact sur la santé et l'environnement* ». (14)

Enfin, l'industrie des produits d'entretien et d'hygiène doit répondre à des cadres réglementaires nationaux précis émis par le code du travail, de la santé, de l'environnement, de la consommation et du commerce. Des règlements spécifiques aux produits chimiques ou biocides sont aussi en vigueur pour leur commercialisation. (14,15) Les politiques européennes en santé environnementale ont pour objectifs de réviser ces différentes réglementations suite à l'évolution rapide des différents processus chimiques ou biologiques utilisés dans la création de ces produits. (14)

2. Au niveau régional et local

Chaque PNSE est décliné au plan régional sous forme de Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE). Ces plans sont menés par les ARS, l'Etat et les conseils régionaux en lien direct avec les collectivités territoriales. Ces PRSE permettent de répondre aux besoins spécifiques des différentes régions en matière de santé environnementale pour lutter contre les inégalités environnementales en santé. (5,14)

Depuis 2017, quinze PRSE sont à ce jour établis en région. 500 actions ont été réalisées localement sur tout le territoire grâce à ces différents plans régionaux dont 25% concernent l'environnement intérieur et ses polluants. (14)

Au niveau régional, le PRSE de Nouvelle-Aquitaine répond aux enjeux régionaux en lien avec l'amélioration de l'environnement intérieur autour de deux axes : « *Protéger la santé des femmes enceintes, des jeunes enfants et des adolescents* » et « *Permettre à chacun d'être acteur de sa santé* ». Pour répondre à ces objectifs des actions ciblées sont mises en place. (16)

Au niveau local, des mesures et stratégies peuvent être prises au sein des Contrats Locaux de Santé (CLS) en faveur d'une meilleure santé environnementale des habitants d'un territoire. (6)

Les personnes en situation de précarité sont exposées aux inégalités sociales de santé et également aux inégalités environnementales. (17) Les politiques régionales ont mis en place un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes vulnérables. En lien avec le PRSE, des axes du PRAPS s'intéressent à la santé environnementale avec comme sous-objectif « *Mener des actions de sensibilisation des professionnels de la petite enfance relative à la santé environnementale, notamment sur les perturbations endocriniennes, des enfants en situation*

de précarité » mais aussi de « Développer les actions de prévention et de promotion de la santé en direction des publics cumulant des fragilités ». (18)

III. Les personnes en situation de précarité

1. Relations entre précarité, pauvreté et exclusion

En 1987, lors d'un conseil économique et social, Joseph Wresinski définit la précarité comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. » (19) Il faut distinguer la précarité de la pauvreté, la pauvreté fait référence à des manques de moyens matériels, culturels ou sociaux en contradiction avec ceux déterminés par la société pouvant conduire à l'exclusion. (20)

La précarité renvoie à un aspect multidimensionnel et ne s'arrête plus à un manque de ressources. (21) Bien au-delà du seul plan économique, elle atteint le plan symbolique suivant les parcours et histoires de chaque individu. (22,23) Elle désigne des catégories populationnelles différentes comme les familles monoparentales, les travailleurs pauvres, tout comme les SDF et « les vagabonds ». L'état précaire basé initialement sur du provisoire tend à devenir « un phénomène progressif vers la marginalisation ». (21)

Cette précarité installée fragmente l'identité et le lien social des individus pouvant conduire à une exclusion sociale. (22) Ce paradigme social renvoie à un échec des sociétés occidentales en perpétuelle évolution avec des règles et des normes changeantes « qui risquent, si la précarité de l'emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement les individus vers la grande pauvreté et l'exclusion. » (23)

2. Relations entre précarité et santé

Il n'est pas démontré que la précarité engendre des pathologies spécifiques. Le lien indolore entre la précarité et la santé repose sur des paradigmes sociaux, des parcours de vie et des imaginaires subjectifs. (24) Les évaluations des précédents PRAPS ont mis en évidence les difficultés et les comportements observés chez les publics précaires : angoisse concernant les ressources et le logement, recours aux soins plus tardifs, prise de risque pour la santé plus importante et des comportements défavorables à la santé (addictions, violences). (25) Ces problématiques s'accompagnent le plus souvent d'une méconnaissance du système de santé, des remboursements des frais médicaux et des droits sociaux. (24)

La précarité et l'exclusion impactent la santé mentale. Les publics précaires, face à la perte des objets sociaux, sont dirigés vers une souffrance psychique impactant directement leur

santé mentale. De nombreux travaux mettent en lien la précarité, l'exclusion et la santé mentale. (25)

Les nombreux déterminants sociaux, culturels, économiques et notamment environnementaux peuvent avoir des effets sur la santé. La qualité du logement de vie est un facteur clé du bien-être qui est cependant vécu parfois comme un stress chez les personnes en situation de précarité. (25,26)

3. Relations entre précarité et santé environnementale

L'environnement est devenu une problématique de santé publique suite à la crise des logements vétustes contenant des peintures au plomb. L'inhalation et l'ingestion de fragments de peinture par les enfants ont conduit à l'apparition de nombreux cas de saturnisme. Tous les logements en question étaient occupés par des personnes en situation de précarité. Cette crise a mis au jour l'importance de la qualité du logement pour la santé et la mise en place d'action publique pour y remédier. (27)

L'environnement est responsable d'un rôle très large dans sa relation avec la santé, notamment dans l'apparition d'inégalités sociales de santé. Les populations vulnérables sont plus exposées à des facteurs de stress environnementaux. Ces expositions peuvent être sous différentes formes :

- Privation de certains biens
- Dégradation du cadre de vie
- Impuissance d'action sur l'environnement
- Exposition aux différents polluants naturels (26)

Ces différentiels d'exposition entraînent l'apparition des inégalités environnementales. (17) Les inégalités environnementales sont définies comme « *les inégalités d'exposition aux risques environnementaux, exposition qui est jugée disproportionnée quand certains groupes sociaux ou certaines catégories sociales en souffrent plus que d'autres de façon significative.* » (28)

Le seul critère d'exposition n'explique pas à lui seul les inégalités environnementales. Le différentiel de vulnérabilité est un facteur engendrant des inégalités. Il montre qu'à exposition égales, les personnes en situation de précarité ont une apparition de risques sanitaires plus élevés due à un état de santé dégradé et un manque d'accès aux soins. (17) Cette vulnérabilité est souvent renforcée par un manque d'estime de soi et une capacité d'engagement qui peut être réduite par la situation de précarité. (29)

Au-delà des risques d'exposition, les personnes les plus pauvres ont plus de mal à réagir et à se reconstruire face aux inégalités. Le cumul d'inégalités sociales et environnementales a un

impact retentissant sur leur bien-être et leur qualité de vie. (26,27) La précarité environnementale montre la relation entretenue par les facteurs de stress environnementaux avec les personnes vulnérables dans leur vie et leur lieu de vie. (30) Les difficultés financières et l'influence du contexte social rendent l'accès à un logement de qualité plus compliqué pour les personnes vulnérables, notamment pour les familles monoparentales. Le logement représente un lieu identitaire et sécurisé, fait d'interactions familiales, construisant une symbolique propre à chacun. Certaines études mettent en lien la qualité du logement, avec ses conditions et ses événements, et le développement de l'enfant, notamment son influence sur la santé et le bien-être infantile. (31,32)

Afin d'améliorer le pouvoir d'agir et la résilience des plus fragiles, la promotion et l'éducation à la santé environnementale permettent de lutter contre les inégalités favorisant la justice environnementale. Le développement de la participation des personnes en situation de précarité aux mouvements de droits civiques ouvrent les portes à un décloisonnement entre « *les champs de l'environnement, de la classe sociale et des conditions de vie.* » (26,27)

4. Promotion de la santé environnementale auprès des publics vulnérables

Les personnes en situation de précarité sont soumises à des inégalités environnementales impactant leur bien-être et leur santé. Pour lutter contre ces inégalités, le renforcement de l'*empowerment* et la participation de ces personnes à des actions de promotion et d'éducation à la santé environnementale semblent nécessaires. (26,27)

Or, l'éducation et la promotion de la santé environnementale se focalisent surtout auprès des classes moyennes et hautes délaissant les groupes socio-économiques les plus faibles. (33) L'élaboration d'action de terrain auprès de personnes en rupture avec la société et les autres rend les interactions avec les porteurs d'actions difficiles. Ce constat conduit souvent à un oubli de ce public dans la mise en place d'action de promotion et d'éducation à la santé. (34) Des questionnements sur l'adaptation des projets de promotion de la santé environnementale destinés « au grand public » sont envisagés par les acteurs de la santé environnementale afin de pouvoir toucher les publics vulnérables selon leur environnement et leur représentations sociales. (29,34)

4.1 Représentations sociales et promotion de la santé environnementale

Les interventions en santé environnementale ont souvent lieu dans un territoire localisé. La notion de territoire, notamment urbain et défavorisé, est définie par celui qui y habite. Chaque quartier s'organise de manière particulière afin de répondre aux besoins de la population locale. L'installation des démarches d'intervention doit prendre en compte cette organisation du territoire et s'inscrire dans la quotidienneté des milieux de vie. (35)

Le logement représente un territoire immédiat où les caractéristiques spatiales, sociales et temporelles propres à chacun engendrent diverses « *pratiques d'habiter* ». Les pratiques d'habiter s'articulent autour de l'imaginaire, du vécu et des liens sociaux de chaque individu. La mise en place d'intervention en éducation à la santé environnementale s'appuie beaucoup sur des faits épidémiologiques (mortalité, exposition au plomb...) pouvant provoquer une déshumanisation du territoire cible. Au-delà des problématiques répertoriées, les porteurs de projet doivent apprendre à connaître la population avec ses spécificités et humanités. (35,36)

L'écoute des personnes défavorisées résidant dans un même territoire permet de déceler le rapport qu'ils ont à leur environnement et à leur santé. En effet, les publics vulnérables étant plus exposés à des risques sanitaires et environnementaux, s'intéresser à leur appartenance sociale au travers de leur représentation de leur environnement et de leur santé semble importante pour l'élaboration d'intervention en éducation de la santé environnementale appropriée. (35)

L'appartenance sociale des personnes défavorisées ne s'arrête pas uniquement aux questions de l'environnement et de la santé. Elle s'enracine autour de liens personnels et sociaux d'une communauté par le biais des représentations sociales. Les représentations sociales sont le « *patrimoine* » culturel et social partagé par un groupe. Les intervenants d'une action d'éducation en santé-environnement doivent connaître en amont les représentations sociales en lien avec la santé environnementale du public cible pour la mise en place de pratiques éducatives et de promotion de la santé significatives pour une visée émancipatoire des personnes vulnérables. (35,37)

4.2 Etat d'esprit et démarche dans la mise en place d'une action en promotion de la santé environnementale

La mise en place d'action de promotion et d'éducation à la santé environnementale n'est pas toujours bien accueillie par les travailleurs sociaux. Leurs arguments étant que les personnes défavorisées polluent peu dues à la corrélation entre le faible niveau de revenu et une empreinte écologique moindre. Cependant, des aprioris des professionnels concernant l'assiduité et la participation des publics vulnérables aux actions existent. D'après eux, le sujet de la santé environnementale n'est pas une priorité pour les personnes précaires. (29,34,38)

Les interventions d'éducation à la santé environnementale sont un droit universel susceptible de toucher l'ensemble de la population. Malgré les difficultés financières rencontrées par les personnes en situation de précarité, leur manque d'intérêt pour la thématique de la santé-environnement doit être nuancé. L'absence de discours vulgarisé et adapté à leur propre représentation ne facilite pas leur implication. Lorsque le sujet est abordé et creusé avec ces

personnes, celles-ci y sont parfois sensibles inconsciemment et peuvent même conduire à des débats critiques sur les pratiques santé-environnement. (29)

La démarche participative dans l'élaboration d'intervention d'action en promotion de la santé environnementale doit être privilégiée. Les publics précaires participent à la co-construction du projet avec les autres acteurs impliqués. Cette participation directe permet la remontée des besoins réels et de connaître les raisons qui poussent ces personnes à agir. L'implication directe des personnes défavorisées permet également de les valoriser et d'être reconnues. Cet état d'esprit participatif pourrait également soulever des besoins et des attentes ne relevant plus uniquement d'une intervention en promotion de la santé mais d'une prise de conscience collective. (29,34,39)

L'adaptation d'une action de promotion santé-environnement auprès des personnes vulnérables relève de l'état d'esprit des intervenants. Ils doivent faire preuve d'une grande écoute et bienveillance tout en se focalisant prioritairement sur ce qui a une réelle signification pour le public. Les animateurs, souvent issus de classe moyenne, doivent pouvoir dépasser leurs préjugés et leurs craintes concernant les publics précaires pour aller au-delà des problèmes véhiculés par la société et les considérer comme des experts de leur situation. Le contact humain est primordial pour amorcer les publics vulnérables à devenir acteur du changement. (29,34)

Les intervenants peuvent également faire appel à des pairs sensibles à la thématique de la santé environnementale. Le soutien entre pairs a démontré ses effets bénéfiques sur la participation des publics précaires à des actions de promotion de la santé. Le partage de savoirs expérientiels favorise le lien social entre les publics et le médiateur pair. L'influence social émit par ce médiateur améliore la confiance des publics précaires en eux-mêmes, mais aussi celle vis-à-vis des institutions qui jusqu'alors pouvait être mitigée. (34,40)

L'élaboration d'un projet de promotion de la santé environnementale relève de la mobilisation de plusieurs acteurs. Les publics vulnérables demandent des compétences multiples. Outre leur participation directe à l'élaboration du projet, de nombreux professionnels pluridisciplinaires doivent également en prendre part. Or, les professionnels de l'éducation en santé environnementale, du social et de la santé publique, au-delà de leurs valeurs communes, sont encore peu amenés à travailler ensemble. Un travail de décroisement entre les différentes professions est envisageable pour assurer une démarche collective et participative. (29,34)

Enfin, des éléments d'organisation doivent être pris en compte dans l'élaboration de chaque action : des éléments temporelles et géographiques, des éléments méthodologiques avec la

création d'outils de sensibilisation et de vulgarisation adaptés, et des éléments communicationnels. (34)

La mise en place d'une action de promotion de la santé environnementale centrée sur l'environnement intérieur doit prendre en compte un panel d'éléments humains et méthodologiques. Certains ateliers traitent cette thématique comme les ateliers Nesting, mais peu sont encore à destination des personnes en situation de précarité.

4.3 Les ateliers Nesting

Le projet Nesting, porté par l'association Women Engage for a Common Future (WECF), sensibilise le grand public aux enjeux de santé environnementale, notamment de la qualité de l'air intérieur. Les polluants présents à l'intérieur de nos logements peuvent impacter notre santé, en particulier chez les personnes fragiles comme les femmes enceintes et les enfants. (8)

Les populations cibles du projet Nesting sont les femmes enceintes et les jeunes parents avec des enfants en bas-âge. Le projet s'articule autour de trois piliers :

- Un site Internet d'informations avec des fiches pratiques et des actualités ;
- La formation des professionnels de la santé environnementale ;
- Les ateliers Nesting pour le grand public. (8)

Les ateliers Nesting ont pour objectif de faire comprendre le lien entre l'environnement intérieur et la santé de l'enfant. Plusieurs thématiques touchant à l'environnement des jeunes enfants sont abordés : mobilier, produits de décoration, articles de puériculture, produits d'entretien, contenants alimentaires, etc. L'animateur s'appuie sur une pédagogie bienveillante avec une approche positive de la santé favorisant la participation équilibrée de tous les bénéficiaires. (8,41)

Au sein des ateliers Nesting, on retrouve le programme Ma Maison Ma Santé (MMMS) qui suit la même pédagogie. Le format du programme MMMS permet d'approfondir un sujet traité lors des ateliers Nesting, ainsi que la réalisation d'une recette maison saine (lessive, dentifrice...). Ce programme a été conçu de façon à être adapté aux personnes en insertion sociale et/ou en situation de précarité. Les outils de sensibilisation et de vulgarisation à la santé environnementale sont visuels avec peu de textes pour permettre une mémorisation facilitée des messages clés. (8,41)

La pédagogie des ateliers Nesting a démontré ses preuves au travers des retours d'expérience. Le mélange de convivialité et de conseils scientifiques permet une dédramatisation des sujets abordés. Les participants ont le sentiment d'appartenir à un groupe. Cette dynamique favorise

le partage de savoirs expérientiels entre pairs excluant toutes formes de culpabilisation. Ces résultats positifs ne sont pas dissociés entre les ateliers Nesting et le programme MMMS. (8)

La santé environnementale renvoie à un sujet intime de la gestion de nos logements. L'appartenance sociale, tout comme les représentations qui sont associées au logement, les connaissances scientifiques et les potentielles solutions rendent les choix compliqués en matière de santé environnementale. La mise en place d'intervention en promotion de la santé environnementale relève d'un accompagnement délicat au vu de la confrontation des questionnements en lien avec les lieux de vie intime. (8,35)

L'adaptation des ateliers Nesting à destination des personnes en situation de précarité convient d'être établie sous la forme d'une démarche participative, avec en amont une connaissance des différentes représentations sociales en matière de santé environnementale à l'intérieur du logement. La prise en compte de tous les éléments d'organisation semble nécessaire pour l'élaboration d'une action de qualité. Lutter contre la fracture environnementale passe par la mise en place d'action participative basée sur une approche positive de la santé renforçant le pouvoir d'agir des personnes en situation de précarité mais aussi de faire entendre leur voix auprès des politiques publiques. (8,29,35)

IV. Le questionnement

En plus de la recherche bibliographique présentée précédemment, le contact du terrain pendant mon stage m'a permis de faire des observations et de me poser certaines questions en lien avec la promotion de la santé environnementale.

Mon sujet de stage portait sur le déploiement d'une action de sensibilisation sur la santé environnementale autour de la petite enfance auprès des professionnels exerçant dans les structures de l'AHI et de l'Asile de Nouvelle-Aquitaine.

Au fil des rencontres avec les professionnels, dans le cadre de la mise en place de cette action, beaucoup font remonter des habitudes et des comportements des personnes accueillies et accompagnées vis-à-vis des produits d'entretiens et d'hygiène qu'ils jugent en non-adéquation avec les recommandations de santé publique.

De plus, à travers ces échanges avec les professionnels de l'AHI et de l'Asile, beaucoup ne se sentent pas capable d'animer une action de sensibilisation sur la santé environnementale suite à un manque de connaissance sur le sujet, mais aussi d'une méconnaissance de la mise en place d'une action participative et adaptée aux personnes accueillies et accompagnées.

Au niveau plus interne, le projet de mon stage a été créé en 2018 où l'action de sensibilisation était initialement prévue à destination des personnes accueillies et accompagnées hébergées

au sein des structures de l’AHI et de l’Asile. Cette action n’a pas donné les résultats prévus, plusieurs difficultés ont été rencontrées comme la barrière de la langue et une participation des personnes accueillies et accompagnées basées sur l’amélioration de leur dossier pour la demande d’asile. Également, une communication fragile du projet a été établie avec la structure bénéficiaire ne favorisant pas l’efficacité de celui-ci.

En parallèle de ces constats, il est démontré que l’environnement est un déterminant essentiel de la santé. (26) Aussi, les personnes en situation de précarité sont plus sujettes à être exposées à des pollutions environnementales pouvant impacter leur santé, notamment celle des jeunes enfants. (26,42) La promotion de la santé environnementale reste encore très peu développée auprès des publics précaires où elle nécessite d’être adaptée dans son approche et sa méthodologie. (6)

Au travers de ces observations, je me suis posée la question suivante : **Comment adapter une action de sensibilisation à la santé environnementale autour de la petite enfance à destination des familles en situation de précarité hébergées au sein des structures de l’AHI et de l’Asile ?**

De ce questionnement et des différents propos tenus par les professionnels, les gestes des personnes hébergées en matière de santé environnementale peuvent relever de plusieurs choix :

- Des choix économiques ;
- Des choix culturels et à l’acculturation ;
- Des choix sociaux :
 - o Des choix liés aux marques et aux packagings des produits
 - o Des choix olfactifs (produits parfumés, encens, bougies...)
- Des choix pour optimiser le temps (couches jetables, lingettes, produits sans rinçage).

Enfin, la santé environnementale est aussi liée aux représentations des parents sur leur santé mais aussi sur celle de leur(s) enfant(s).

V. Objectifs

D’après les différents constats présentés précédemment, voici les objectifs rédigés pour mon mémoire :

- **Objectif général** : Comprendre les facteurs favorisant et limitant l’adaptation d’une action de sensibilisation à la santé environnementale auprès de parents accueillis et

accompagnés ayant des enfants âgés de 0 à 6 ans au sein de CHRS en Gironde et dans le Lot-et-Garonne entre Mai et Juillet 2021.

- **Objectifs spécifiques :**

- Comprendre les représentations et les perceptions des parents hébergés en CHRS en matière de santé environnementale ;
- Identifier les facteurs favorisant et limitant la participation des parents hébergés en CHRS ;
- Identifier les actions existantes à destination des publics précaires sur la santé environnementale en France.

VI. Méthode

1. Recherche bibliographique

En amont, une étude de la littérature a été réalisée afin de connaître et recueillir les données sur le sujet. Cette étude m'a aidée à orienter et à affiner ma réflexion concernant la promotion de la santé environnementale auprès des personnes en situation de précarité. Cette recherche bibliographique m'a permis également le choix de la méthodologie la plus appropriée pour l'attente des objectifs de mon mémoire.

Les bases de données suivantes ont été consultées : Cairn, PubMed, ScienceDirect, Cochrane, ainsi que Babord+ de l'université de Bordeaux. Des sites institutionnels ont également été utilisés : le site du Ministère de la Santé, le site de la Fabrique Territoire Santé, les sites des IREPS, ainsi que certains sites d'associations œuvrant dans le champ de la santé environnementale.

2. Démarche qualitative

L'approche qualitative a été retenue pour pouvoir répondre au mieux aux objectifs du mémoire. En effet, pour pouvoir comprendre les représentations, les habitudes et les ressentis (1) des personnes en situation de précarité vis-à-vis de la santé environnementale, l'approche qualitative semble la plus appropriée.

Il en est de même pour le recueil de données sur la mise en place d'une action de promotion de la santé environnementale auprès des différents porteurs de projet. La démarche qualitative permet de recueillir leur ressenti et la méthode entreprise dans l'élaboration de leur projet.

3. Echantillon

3.1 Les familles en situation de précarité

Les populations cibles sont les familles en situation de précarité ayant des enfants en bas âge et hébergées en CHRS. Dans le cadre des missions de mon stage, j'ai pu rencontrer et travailler avec des professionnels exerçant dans des CHRS. Cette création de liens professionnels m'a permis de pouvoir les contacter afin qu'ils puissent informer les familles avec de jeunes enfants sur mon projet de mémoire.

En amont de cette prise de contact, j'ai réalisé une courte affichette (Annexe 3) adaptée aux personnes accueillies et accompagnées présentant mon projet de recherche.

Quatre CHRS répartis sur les départements de la Gironde et du Lot-et-Garonne ont été contactés. Trois CHRS m'ont répondu favorablement via le souhait de la participation des personnes accueillies et accompagnées au sein de leur structure. Un seul CHRS m'a répondu négativement car aucune famille hébergée ne souhaitait participer à mon projet.

3.2 Les porteurs de projet

Concernant la prise de contact avec des porteurs de projet sur la promotion de la santé environnementale, une recherche bibliographique a été faite en amont pour connaître les différents acteurs présents sur le territoire français.

De plus, au fil de mon stage, j'ai pu rencontrer des acteurs de la santé environnementale œuvrant auprès des personnes en situation de précarité. Une prise de contact avec eux a été établie avec la présentation de mon projet de mémoire et la programmation d'une date d'entretien.

J'ai sollicité la participation de trois porteurs de projet dans le cadre de ma recherche qui ont accepté favorablement ma demande.

4. Recueil de données

4.1 Echanges informels

Au travers de mes missions de stage, j'ai pu échanger avec des professionnels exerçant en CHRS concernant la promotion de la santé environnementale (place de la promotion de la santé, les pratiques professionnelles, les difficultés rencontrées, les projets mis en place) dans leur établissement mais aussi des observations qu'ils ont pu faire des habitudes des personnes accueillies et accompagnées en matière de santé environnementale.

4.2 Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs explorent les discours des personnes en soulignant leurs parcours de vie, leurs perceptions et leurs pratiques. (44) A contrario des entretiens directs et non directs, les entretiens semi-directifs sont « *semi-structurés et semi-dirigés* ». « *Les thèmes*

qui sont abordés sont pensés à l'avance. L'ordre et la forme de présentation des thèmes restent cependant libres et dépendants du déroulement de l'entretien. » (45)

Alors, en amont de la programmation des entretiens, deux guides d'entretien ont été élaborés : un concernant les personnes en situation de précarité (Annexe 4), et le deuxième à destination des porteurs de projet (Annexe 5).

Le guide à destination des parents en situation de précarité aborde les sujets suivants :

- La situation de la personne
- Les représentations en santé et en santé environnementale
- Les influences de l'environnement intérieur sur la santé et celle de leur(s) enfant(s)
- Les moyens de prévention mis en place
- Les représentations sur la participation et la participation à des ateliers sur la santé

Le guide pour les porteurs de projet aborde les thèmes suivants :

- La présentation de leur structure
- L'implication et la participation des personnes en situation de précarité à la construction et l'élaboration du projet (méthodes utilisées)
- Les moyens nécessaires
- La participation des personnes en situation de précarité aux ateliers
- L'évaluation

Les guides ont été rédigés selon les données recueillies dans la revue de littérature mais également lors des observations de terrain durant mon stage. Chaque thème abordé lors des entretiens fait l'objet d'une déclinaison de questions adaptables selon le discours de l'interviewé(e).

5. Réalisation des entretiens et collecte des données

L'ensemble des entretiens auprès des familles en situation de précarité ont été menés en présentiel au sein des locaux des trois CHRS. Soit ils étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord au préalable de la personne interrogée, soit une prise de note détaillée et fidèle était réalisée dans le non-souhait de la personne d'être enregistrée.

Lors de l'ensemble des entretiens, il a été précisé que les données recueillies étaient anonymes et non reliées à leur identité, ni à celle de leur CHRS.

Une retranscription de chaque entretien a été réalisée fidèlement en respectant les termes utilisés et pour pouvoir recueillir les *verbatim* utiles pour l'analyse. À la suite de chaque retranscription, les enregistrements ont été supprimés.

Les entretiens avec les porteurs de projet ont également été enregistrés et retranscrits fidèlement avec les termes utilisés nécessaires pour l'analyse. Deux entretiens ont été réalisés en présentiel au sein des locaux des associations ou entreprises des porteurs de projets, et un autre a été pratiqué en visioconférence via le logiciel *Teams*.

6. Calendrier

L'ensemble des étapes du projet de mon mémoire a été programmé à l'aide d'un diagramme de Gantt entre Mars et Septembre 2021. (Annexe 6)

7. Analyse

7.1 Analyse des entretiens semi-directifs

Après la retranscription de l'ensemble des entretiens, un codage a été élaboré pour préserver l'anonymat de chaque personne interviewée.

Une analyse thématique a été réalisée pour l'ensemble des entretiens. Une relecture et la rédaction de synthèse pour chaque personne interrogée a permis l'identification de thèmes récurrents. Certains thèmes contiennent des sous-thèmes pour une analyse plus fine et répondre de manière précise aux objectifs de l'étude.

Les thèmes apparaissant de manière récurrente dans les entretiens auprès des parents en situation de précarité :

- Thème 1 : Les représentations de la santé
 - o Une définition positive
 - o Pratiques préventives en santé
 - o Importance de la santé des enfants
- Thème 3 : Les représentations de la santé environnementale
 - o Perception de la santé environnementale
 - o Expériences et pratiques personnelles dans l'environnement intérieur en matière de santé environnementale
 - La place de l'eau de Javel
 - La place des produits parfumés
 - L'influence de l'entourage et des médias
 - L'influence de la culture et des mœurs
 - o Pratiques et choix des produits pour les enfants
- Thème 4 : Influence de la santé environnementale sur le développement de l'enfant
- Thème 5 : Moyens de prévention en santé environnementale
- Thème 6 : Les représentations sur la participation

- Participation à un atelier de promotion de la santé
- Les leviers favorisant la participation

Les entretiens auprès des porteurs de projet ont fait émerger les thèmes suivants :

- Thème 1 : Implication des personnes en situation de précarité dans le projet
 - Le recueil des besoins
 - Le groupe projet
 - L'évaluation
- Thème 2 : Participation des personnes en situation de précarité aux ateliers
 - Les éléments organisationnels
 - L'attitude des intervenants

Deux grilles d'analyses respectivement pour les entretiens auprès des parents hébergés et une autre pour les porteurs de projet ont été construites. (Annexe 7 et 8)

7.2 Analyse des entretiens informels

Les données répertoriées lors des entretiens informels avec les professionnels exerçant en CHRS ont permis de relever certains éléments liés aux habitudes des personnes accueillies et accompagnées, mais aussi au travail d'élaboration et à la mise en place d'atelier de sensibilisation à la santé environnementale dans leur établissement. Ces différents éléments ont enrichi ma réflexion dans l'analyse globale du mémoire.

VII. Résultats

1. Description de l'échantillon d'étude

1.1 Les parents vulnérables en situation de précarité hébergés en CHRS

Neuf personnes ont été interviewées sous forme d'entretiens semi-directifs. Les principales caractéristiques des interviewées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau présentant les caractéristiques principales des parents hébergés en CHRS

Code	Date et durée	Homme/Femme	Age	Nationalité	Profession	Nombre d'enfants
A	09/06/21 45 minutes	Femme	24 ans	Franco-Ivoirienne	Agent de service	Un enfant de 3 ans
B	17/06/21 40 minutes	Femme	35 ans	Comorienne	Sans emploi	5 enfants : 16 ans, 12 ans, 10 ans, 5 ans et 16 mois

C	17/06/21 51 minutes	Femme	30 ans	Zimbabwéenne	En recherche d'emploi	3 enfants : 13 ans, 10 ans et 11 mois
D	17/06/21 1h03	Femme	43 ans	Franco- Marocaine	Sans emploi	3 enfants : 9 ans, 6 ans et 3 ans
E	17/06/21 1h01	Femme	40 ans	Surinamienne	A un emploi	6 enfants : 14 ans, 12 ans (jumeaux), 5 ans, 2 ans et demi, 6 mois
F	17/06/21 1h03	Femme	37 ans	Marocaine	Femme de ménage	Un enfant : 2 ans et demi
G	16/07/21 1h	Femme	46 ans	Française	Sans emploi	5 enfants : 6 ans, 15 ans et les autres sont majeurs
H	16/07/21 49 minutes	Femme	36 ans	Française	Touche l'AH	3 garçons : 11 ans, 8 ans et 7 ans
I	16/07/21 22 minutes	Femme	24 ans	Française	Sans emploi	Un enfant de 3 ans

1.2 Les porteurs de projet

Trois porteurs de projet ont été également interrogés à l'aide d'entretiens semi-directifs. Avec leur accord, les noms de leurs associations ou entreprises peuvent être partagés dans le cadre de mon étude. De plus, une valorisation du travail et des projets en promotion de la santé environnementale qu'ils portent auprès des personnes en situation de précarité sert d'exemples concrets. Trois entretiens ont été réalisés :

Tableau de codage pour les entretiens avec les porteurs de projet

Code	Porteur de projet
A	Avec la CAF de Floirac qui a mis en place des ateliers de sensibilisation à la santé environnementale à la suite d'une demande de jeunes mères en situation de précarité
B	Avec la micro-entreprise POLLENS (Pollution-Environnement-Santé), qui réalise des interventions sur la santé environnementale autour de la petite enfance auprès de personnes en situation de précarité
C	Avec l'association APPA (Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique) qui réalise également des ateliers autour de la santé environnementale auprès de parents en situation de précarité et qui a co-construit

avec des personnes hébergées au sein de CHU et CHRS, un outil de sensibilisation à la santé environnementale à destination des publics vulnérables
--

2. Données recueillies auprès des parents hébergés en CHRS

2.1 Les représentations sur la santé

2.1.1 Une définition positive

Une majorité des femmes interrogées ont une définition large de la santé. La santé est caractérisée par « *un tout* » avec une importance pour la santé physique et mentale. La santé est également assimilée au bien-être. On observe que différents facteurs sont en lien avec la santé, et pas uniquement une absence de maladie.

E : « *Santé... c'est le bien-être de quelqu'un, que ce soit physique, dans tous les sens. Santé c'est tout, un tout. Le bien-être dans tous les sens, c'est beaucoup.* »

G : « *La santé... C'est être en pleine forme. Être sain de corps et d'esprit.* »

I : « *Santé... bah ça va être santé mentale et physique, c'est les deux.* »

Une seule femme interrogée a assimilé la santé à une absence de maladie. On peut supposer que la culture peut impacter la vision de la santé selon le pays d'origine.

« *Le mot santé vous fait penser à quoi ?* » B : « *Sans maladie.* »

La notion de « bonne santé » semble très importante pour les interviewées. L'état de « malade » empêcherait un grand nombre de réaliser des tâches du quotidien. La crainte d'être malade est très forte, accompagnée d'une inquiétude sur la garde des enfants. En effet, toutes les familles interrogées sont monoparentales, si la mère tombe malade celle-ci ressent de l'angoisse vis-à-vis de ses enfants. Les contraintes économiques renforcent cette crainte, de ne pas pouvoir payer un professionnel pour garder les enfants. Cependant, nombre d'entre elles font appel à la solidarité en demandant de l'aide à des amies ou à d'autres femmes hébergées au CHRS.

A : « *Oui, c'est important d'être en bonne santé. C'est un frein si on a une mauvaise santé pour s'occuper de son enfant.* »

I : « *En bonne santé, c'est être bien dans sa peau, bien dans sa vie, que ce soit mentalement et physiquement.* » « *Euh bah... Si je suis pas bien physiquement, je peux pas trop me déplacer, je peux pas faire certaines activités. Et quand je suis pas bien mentalement, bah j'ai pas trop envie de voir du monde. Je vais plutôt rester en retrait. Ça m'empêche de m'ouvrir aux autres.* »

F : « *Je pense pour mon fils. Qui va garder mon fils quand je suis seule à l'appartement ? Parfois de la fièvre, de la gastro... Parfois moi aussi ça fait mal. Mais je veux pas penser ça, toujours je pense à mon fils.* » « *Je cherche toujours des amis gentils, si un jour je suis malade, les gens viennent garder mon fils.* »

La santé sociale est également abordée par plusieurs femmes. L'entourage semble être un critère important pour leur bien-être, ainsi que le soutien entre pairs. Ces femmes ont pour beaucoup d'entre elles des parcours de vie difficiles et singuliers qui ont pu conduire à des isolements sociaux dans le passé.

I : « *Il vaut mieux avoir une bonne hygiène de vie, s'occuper de soi et avoir des bonnes personnes autour de soi.* »

G : « *Le mental peut influencer. On peut dans la vie avoir à vivre des choses qui ne font pas vivre et qui influe sur l'état mental. On a du mal à passer par-dessus ces éléments qui peuvent être dévastateurs. Il faut être entouré de gens qui sont en forme et équilibrés.* »

La santé est très assimilée au bien-être mentale et physique. Cependant, le caractère environnemental est très peu abordé par les femmes. Une seule a parlé spontanément de l'environnement.

E : « *Pour moi être en bonne santé ça veut dire que tu fonctionnes bien, il y a tout ce qu'il faut. Pour être en bonne santé, ce n'est pas seulement la nourriture, il y a l'environnement, les pensées qui peuvent être mentales, c'est tout.* »

2.1.2 Pratiques préventives en santé

La notion de prévention en santé est assimilée par l'ensemble des femmes interrogées. Toutes mettent en place des habitudes et des comportements, pour elle-même et leur(s) enfant(s), qu'elles jugent préventifs pour le maintien d'une bonne santé.

A : « *Manger des fruits et des légumes, marcher tous les jours, pas mélanger certains aliments qui ne vont pas ensemble, beaucoup d'eau euh... voilà.* »

C : « *Euh... Pour moi c'est manger bien, dormir bien et faire pas trop. Attention aux choses que je mange, que je fais oui.* »

H : « *Santé... Bin il faut faire attention. Déjà alimentation, attention à ce qu'on mange. Boire beaucoup d'eau, pas se déshydrater. Plus à côté les loisirs, que ça corresponde à tout.* »

La mise en place de gestes préventifs en santé est pour lutter contre les dangers en santé susceptibles d'amener l'apparition de maladies. Les femmes citent de nombreux dangers, mais seulement une seule assimile l'environnement à un danger potentiel de la santé.

E : « Dangers... Ah ça c'est beaucoup. Ça peut être la façon de vivre, de manger, de tout, de l'environnement. »

G : « Mal se nourrir, maladies, virus, problèmes dentaires, oculaires, tellement de choses... Handicap d'un membre, beaucoup de choses... »

2.1.3 Importance de la santé des enfants

Malgré des cultures différentes parmi les femmes interrogées, toutes appuient une importance dans la bonne santé de leurs enfants. Deux d'entre elles placent la santé de leur enfant au centre de leur préoccupation pouvant conduire à un oubli d'elle-même.

« Vous ne pensez pas à votre santé parce que vous êtes préoccupées par celle de vos enfants ? » D : « Je ne pense pas à moi, je m'occupe d'elle [sa fille] surtout, les problèmes tout ça... » « Le danger ça fait peur pour la santé parce que je pense mes enfants. J'ai peur qu'ils leur arrivent quelque chose parce que le stress, tout ça... »

F : « Je pense pour la santé bien. Bien, parce que je suis toute seule avec mon fils. Je veux protéger mon fils, sa santé. Parce que c'est moi la famille pour mon fils. »

Aborder le thème de la santé des enfants a pu être difficile et engendrer beaucoup d'émotions chez certaines femmes. Discuter de ce sujet a été délicat par la relation parfois difficile entretenue avec la mère et son enfant, et d'un autre côté les maladies chroniques dont peuvent être atteints les enfants et la culpabilité parentale qui en résultent.

D : « Que ma fille se trouve bien. Elle va respirer, changer un petit peu. Être tranquille. Parce qu'il y a beaucoup de chose qui me travaillent pour le moment, le divorce, ma fille. Je cherche pour mes enfants le mieux. Je ne veux pas qu'ils souffrent comme moi. »

Des gestes de prévention sont mis en place par les mères pour maintenir une bonne santé de leur(s) enfant(s). Cependant, aucune n'aborde spontanément des gestes en matière de l'environnement intérieur.

D : « Besoin de surveiller ce qu'ils mangent, besoin que je prépare le mieux pour la santé de eux. Surveiller par exemple... euh... les choses qui est pour la nourriture, les choses qui est limité par exemple les bonbons, les choses sucrées. Pour mes enfants, je veux le sport, tout ça. J'ai inscrit mes filles à la danse. »

H : « Il faut bien s'occuper de lui, jouer avec, avoir beaucoup d'attention, de bien l'assurer, parler, sortir avec lui. Aussi faire attention à ce qu'ils mangent, éviter les grignotages, qu'ils mangent des fruits, des légumes. Boire beaucoup d'eau, éviter les sodas comme les adultes. »

2.2 Les représentations de la santé environnementale

2.2.1 Perception de la santé environnementale

Pour 5 des femmes interviewées, le terme santé environnementale renvoie à la nature par le biais des plantes et des animaux. Une enquêtée a exprimé son besoin de prendre soin de la nature et des animaux pour être capable de prendre soin d'elle lorsqu'elle se trouvait dans son pays d'origine. Son arrivée en France l'a rendue malade à cause de la pollution atmosphérique.

G : « *Vivre dans un endroit sain, tranquille, où on est bien, avec un jardin plein de fleurs, avec des animaux, avoir un petit chez soi.* »

A : « *Ça me fait penser à la nature, à la santé de la terre.* »

Deux femmes interrogées n'ont pas réussi à définir le terme santé environnementale à cause de la barrière de la langue.

Une femme enquêtée a parlé spontanément de l'environnement intérieur dans sa définition de la santé environnementale.

E : « *Disons que c'est l'environnement de l'entourage, la maison où tu vis. Tout ce qui a dedans, comment on la nettoie, le lave-vaisselle, le linge, les serviettes...* »

2.2.2 Expériences et pratiques personnelles dans l'environnement intérieur en matière de santé environnementale

- **La place de l'eau de Javel**

Sept femmes interrogées utilisent de l'eau de Javel pour l'entretien de leur logement. L'eau de Javel est perçue comme un produit nettoyant et désinfectant efficace qui laisse les surfaces brillantes avec une odeur « *de propre* ». Cependant, les femmes l'utilisant savent que celle-ci n'est pas recommandée pour la santé sans savoir pourquoi. Le manque de connaissance d'une alternative à l'eau de Javel fait que son utilisation continue.

B : « *Moi je suis trop Javel. Parce que j'aime bien quand ça brille. Tout ce qui étaient des draps et serviettes c'étaient des blancs, quand ça change de couleurs, j'ai des tonnes de Javel.* »

E : « *J'achète pas les produits ici parce que je connais pas les produits. J'utilise que les produits Javel avec savon.* » « *Enfaite moi, je sais que c'est pas bon, j'utilise beaucoup la Javel pour le sol et les toilettes.* »

Les deux personnes n'utilisant pas d'eau de Javel venait du fait qu'elles vivaient avec des chats dans le passé et pour éviter que ceux-ci ne fassent leurs besoins dans leur logement attirés par l'odeur d'eau de Javel.

G : « Je me suis habituée à ne pas utiliser d'eau de Javel parce que j'avais des chats et que la Javel risque d'abîmer la tuyauterie. »

- **La place des produits parfumés**

Le choix des produits selon leur parfum occupe une place importante lors de l'achat. De plus, une odeur de parfum après l'entretien du logement semble également notable pour les femmes interrogées. On constate aussi que la bonne odeur est associée à un environnement sain.

H : « Je prends toujours parfumé comme ça, ça sent bon. Je lave par terre avec Ajax parfumé aux fleurs, ça sent très bon. Je prends toujours des produits avec parfum, je sens avant d'acheter. » « Je choisis des gels douches et des crèmes qui sentent toujours bon, j'adore ça. »

A : « J'achète des sprays qui sentent bons. J'aime bien que ma maison sente toujours bon, ça veut dire que c'est propre, surtout quand je reçois des gens. »

- **Influence de l'entourage et des médias**

L'entourage proche et de confiance peut influencer l'achat de produits d'entretien et d'hygiène pour les femmes interrogées. Cette influence est d'autant plus forte entre les femmes étrangères qui ne lisent et ne comprennent pas toujours le français entièrement.

E : « Une amie elle m'avait parlé du produit Action. J'ai acheté pour essayer parce que c'était pas trop fort et pas cher. »

G : « Si une copine me parle d'un produit, c'est possible que je l'achète après. C'est déjà arrivé. »

Les médias, notamment la télévision et Internet, influence également le choix de plusieurs femmes interrogées. Les informations provenant de ces différents canaux de communication semblent être perçues comme probantes et peuvent conduire à l'achat de certains produits.

D : « Pour mon visage, important je vais le faire. Je fais huile de pépin de Barbarie. Il en parle à la télé pour les rides. C'est passé à le journal. Après je l'ai prise en bio, une petite bouteille s'est 10 euros. J'utilise pas souvent. »

C : « Avant je regarde à Internet les bonnes choses. J'écris « les bons produits en France. » »

- **L'influence de la culture et des mœurs**

Les femmes interrogées d'origine étrangère, en particulier d'Afrique, ont des pratiques culturelles vis-à-vis de l'utilisation de certains produits. Pour les produits d'hygiène, le savon de Marseille solide est un élément récurrent : la majorité l'utilisait déjà avant d'arriver en France. Le recours à certaines huiles végétales, comme l'huile de coco, est également observé comme un geste de beauté déjà pratiqué dans leur pays d'origine.

B : « *Moi, pour me doucher, c'est savon de Marseille en cube depuis des années. Moi, je suis allergique avec mes enfants.* » « *La peau devient sèche, surtout en France. J'utilise l'huile de coco et de ricin pour les cheveux.* »

A : « *J'utilise des choses de la Côte d'Ivoire pour les cheveux et le corps, des huiles pour les cheveux, de l'huile de carotte et une huile pour les lèvres.* »

On peut observer que les produits d'hygiène d'origine naturelle occupent une place importante chez les femmes interrogées.

Pour les produits d'entretien, le savon de Marseille associé à de l'eau de Javel est également une pratique récurrente pour les femmes. L'eau de Javel est déjà un élément connu et utilisé avant leur arrivée en France.

Concernant les contenants alimentaires, on observe des pratiques différentes. Le choix des poêles et des plats de cuisson est réalisé en fonction du poids de l'objet. Si l'objet est lourd, celui-ci est associé à une bonne qualité et une durée de vie importante dans le temps. On peut supposer que les femmes d'origine étrangère se basent sur ce constat car dans leur propre culture, elles cuisinent avec des marmites en fonte très lourde qui restent intactes pour plusieurs générations familiales.

C : « *Comme je suis nouveau avec les noms, je choisis les choses lourdes.* » « *Parce que si c'est trop léger, on sait pas. Ça dure plus longtemps. Quand c'est léger, ça brûle les viandes et les sauces.* »

B : « *En France, on n'a pas le choix, on ne sait pas ce qui est bon ou pas. Parce que chez nous, on a des marmites en fonte. Ce sont des bonnes marmites fait main, avec du bon matériel. C'est des marmites qui changent jamais de couleur. C'est très lourd. Je ne garde que les marmites traditionnelles de nos papas qui ne sont jamais tombés malades, pas de cancers.* »
« *Moi, je sais ce qui est bon, je regarde quand c'est lourd, c'est bon.* »

En opposition, les femmes d'origine françaises choisissent leur contenant alimentaire selon le prix. Le choix de poêles, casseroles et plats est fait en fonction du prix le plus bas. Elles expriment le fait de ne pas connaître ce qui est sain ou non-sain et de ne pas prendre le temps de se renseigner.

I : « *J'utilise plutôt en inox. Je sais pas trop. Je me suis pas trop renseignée sur le sujet.* »

H : « *Oui, je regarde toujours le prix. Comme ça je prends le moins cher et je trouve. Je change pas souvent.* »

2.2.3 Pratiques et choix des produits pour les enfants

On observe que la santé des enfants des enquêtées est une préoccupation primordiale qui influe sur le choix des produits. Cette préoccupation peut même conduire à l'inquiétude chez certaines, notamment avec la crise sanitaire du covid-19. Le choix des produits d'hygiène ou des contenants alimentaires pour les enfants demande une réelle attention pour l'ensemble des femmes interrogées. On observe que les femmes d'origine étrangère n'hésitent pas à demander aux professionnels de santé, comme le médecin généraliste et le pharmacien, des renseignements et des conseils d'utilisation pour des produits d'hygiène et de puériculture. Beaucoup d'entre elles achètent des produits en pharmacie suite à une prescription du médecin ou suite aux conseils du pharmacien.

C : « Le médecin m'a dit de changer de couches et après de changer les lingettes, car lingettes trop fortes. Et il m'a dit du coton et de l'eau. »

D : « Pour mes enfants, j'ai acheté shampoing à la pharmacie. Moi, je préfère dans les pharmacies, c'est protégé. Même moi, pour le corps... Le docteur m'a dit le Sanex 0, j'utilise toujours pour moi. » « Moi, toujours bio ou pharmacie. Je demande au pharmacien. »

Pour les contenants alimentaires de leur(s) enfant(s), on observe des changements de pratique entre l'utilisation de contenant en verre vers une utilisation de contenant en plastique. La fragilité du verre avec le risque de cassage par l'enfant explique le recours au plastique. Cependant, les femmes interviewées ont connaissance des effets du plastique sur la santé et souhaitent réinvestir dans des objets en verre. Le prix plus élevé des produits en verre constitue parfois une barrière à l'achat.

A : « J'utilise du plastique pour bébé parce que c'est moins cher et plus pratique. »

C : « Pour les assiettes en plastique des enfants, je ne mets pas au micro-ondes parce que j'ai peur parce que parfois si tu regardes sur les assiettes c'est écrit dessus pas de micro-ondes et de lave-vaisselle. »

B : « Quand je suis arrivée ici, j'ai utilisé du verre au début. En plastique c'est pas de bonne qualité. Du coup, tous les mois, je change les biberons en plastique. Il faut que je retourne à mon ancienne coutume que j'avais et que j'ai acheté verre. »

2.3 Influence de la santé environnementale sur le développement de leur(s) enfant(s)

L'ensemble des femmes interrogées s'accordent à dire que l'utilisation de produits au sein de leur logement peut impacter leur santé et celle de leur(s) enfant(s). Elles veulent changer certains produits et mettre en place de nouvelles pratiques. Elles ont conscience de

l'importance de la qualité de l'air du logement pour le bien-être de leur(s) enfant(s). Une femme interrogée a émis son inquiétude de l'impact de l'environnement sur le développement de son enfant. Malgré le fait que la santé n'est pas toujours associée aux risques environnementaux, on peut observer que les enquêtées se questionnent quant à ses effets sur la santé et le développement des enfants.

B : « *Moi, début, j'avais qu'un seul enfant... Maintenant avec beaucoup, je passe mon temps chez les médecins, dermatologues, dentistes... Moi-même, chez le médecin généraliste. C'est moi qui est en train d'empoisonner mes enfants. Il faut que je vois ce qui est bon pour moi et mes enfants. Du coup, j'ai dit il faut que je retourne sur mes anciennes coutumes et changer. C'est cher tout ce qui est bio, mais je vais m'y mettre pour la lessive. Je fais attention aux habits, aux draps, tout ce qui est coton. »*

E : « *Oui, parce qu'avec les enfants, ils mettent dans la bouche. Si le sol est pas propre, ils jouent, ils respirent... Pour cette raison, je suis vigilante avec le bébé, je le laisse pas par terre. Mon fils, il parle pas à 2 ans et demi. Ça vient de l'environnement. Ici, ils sont enfermés dedans. Maintenant y a les téléphones. Ça peut avoir des effets sur la croissance. »*

C : « *J'ai peur pour tout ça. Parce que l'environnement change tout le temps, le climat change. C'est pas comme avant. Les produits d'aujourd'hui, c'est pas comme les produits d'avant. Les produits maintenant sont trop chimiques... Les enfants vont tomber malades. »*

2.4 Moyens de prévention en santé environnementale

Les femmes interrogées mettent en place différents moyens de prévention pour améliorer la qualité de vie de leur logement sans pour autant relier ceux-ci à une prévention et amélioration de la santé environnementale. Elles regardent les étiquettes, les ingrédients, et pour certaines les labels présents sur les produits.

G : « *Je regarde que les produits qui sont vraiment adaptés pour être inoffensifs pour nos voies respiratoires. Je lis les étiquettes, les logos, les produits bio et je regarde après le prix. » « J'évite d'utiliser les bombes anti-moustiques et de parfums. J'aère tous les jours longtemps. »*

D : « *Pour les choses dangereuses, j'ai laissé loin pour mes enfants. Je laisse pas à côté d'eux. Je mets en hauteur dans placard. »*

A : « *Il y a des produits, je sais que c'est pas bon, que c'est cancérogène, mais j'aime bien les utiliser. Je les utilise quand mon bébé n'est pas là et j'ouvre les fenêtres. Je voudrais changer ces choses mais je connais pas d'autres choses biens. »*

Cependant, on ressent une inquiétude des personnes sur l'utilisation des produits qu'elles jugent dangereux sans pour autant en connaître d'autres alternatives plus naturelles.

Beaucoup on posait des questions sur des alternatives possibles à l'eau de Javel, à certains produits de puériculture ou par rapport à l'usage du plastique. On observe un réel intérêt des femmes pour améliorer leur geste quotidien en matière de santé environnementale.

E : « *Pas d'eau de Javel. Mais sinon y a quoi comme bons produits pour laver ?* »

On observe que les enquêtées connaissent les alternatives naturelles aux produits d'entretien comme le vinaigre blanc et le bicarbonate de soude mais que leurs utilisations restent marginales face à l'eau de Javel. Ce faible recours est souvent associé à un manque d'efficacité des produits face à la désinfection et une forte odeur.

E : « *J'utilise le vinaigre blanc pour les poignées mais ça sent fort.* »

F : « *Je veux prendre le vinaigre blanc alcool. C'est pas dangereux pour la santé et je veux prendre ça et nettoyer tout mais je sais pas si ça nettoie bien pour bactéries et tout.* »

2.5 Les représentations sur la participation

2.5.1 Participation à un atelier de promotion de la santé

Toutes les enquêtées ont déjà participé à un atelier de promotion de la santé, notamment sur la nutrition. On observe un réel attrait à bénéficier de ses ateliers où celles-ci peuvent partager et valoriser leurs connaissances en cuisine. De plus, on remarque que le partage de savoirs entre pairs pendant l'atelier mais également après via le bouche à oreille est vécue comme valorisant par les enquêtées. Au fil des différents entretiens, toutes souhaiteraient un atelier accès sur la santé environnementale parlant des produits ménagers, d'hygiène et des contenants alimentaires. Cependant, de nombreux critères doivent être pris en compte pour permettre leur participation.

D : « *On en a reparlé avec mes copines après l'atelier cuisine, ce qui est bien et pas bien. Je leur dis la marque ça, et après elles essayent et trouvent ça bien.* »

H : « *J'ai participé à un atelier sur la nutrition, j'ai participé, j'étais présente. J'y suis retournée plusieurs fois. On fait des recettes que je puisse faire. Des gâteaux, des cuisines que je peux faire moi-même. Et je peux dire ce que je sais faire avec les autres.* »

E : « *Un atelier sur l'environnement oui, je sais qu'on peut apprendre des choses intéressantes et importantes, pour évoluer tout ça. C'est important de savoir pourquoi et pourquoi pas, pour protéger mes enfants.* »

2.5.2 Les leviers favorisant la participation

Les enquêtées ont partagé des éléments précis pour favoriser leur participation à un atelier de promotion de la santé. Le premier est un mode de garde en parallèle de l'atelier, sinon

celles-ci ne pourront pas participer. La proximité est également un critère important : les ateliers doivent être prioritairement réalisés au sein du CHRS et être communiqués à l'avance pour favoriser la participation des personnes. L'aspect temporel doit également être pris en compte, un atelier d'une journée semble trop pour les enquêtées qui préfèrent quelque chose sur un format d'une demi-journée. Enfin, le caractère économique entre en jeu, l'action ne doit pas être forcément gratuite mais renvoyer à un prix jugé raisonnable par les enquêtées.

D : « *Je suis intéressée par un atelier sur santé environnementale. Je préfère que soit vers chez moi, le CHRS. Et gratuit, ça dépend, des fois il y a des choses qui ont le prix.* »

E : « *Ici, s'il y a des activités, on garde nos enfants et je participe. Comme j'ai une grande famille, c'est important la garde de mes enfants.* »

I : « *Une après-midi ça me dérange pas si j'ai rien d'autre. Il faut que ça soit prévu à l'avance pour m'organiser.* »

3. Données recueillies auprès des porteurs de projet

3.1 Implication des personnes en situation de précarité dans le projet

3.1.1 Le recueil des besoins

L'ensemble des porteurs de projet interrogés émettent l'importance d'impliquer les personnes en situation de précarité dès le début du projet. Le projet étant souvent localisé sur un territoire délimité, un diagnostic des besoins de ces personnes en matière de santé environnementale doit être organisé, notamment sous forme d'échanges informels pour laisser une prise de parole plus libre par les personnes vulnérables envers les professionnelles.

De plus, on observe que les partenariats de différentes structures médico-sociales permettent le retour de plus de personnes ayant parfois des approches différentes selon le contexte de recueil des besoins.

L'ancrage territoriale des structures semble également important. La connaissance de ces établissements et des différentes actions menées par ceux-ci par les personnes en situation de précarité augmentent la création de lien avec les professionnels et fait que les personnes se rendent régulièrement au sein des établissements. Ces rencontres régulières permettent aux professionnels de pouvoir interagir directement avec les personnes et de pouvoir recueillir leurs besoins et co-construire une action avec elles.

A : « *Des personnes ont souhaité participer à l'élaboration de la prochaine action thématique. On a échangé sur les thématiques qu'elles voulaient qu'on explore ensemble. Et en est ressorti la thématique autour de la toxicité des emballages, l'environnement intérieur, voilà.* »

A : « On est un regroupement de quatre structures, on rencontre le même public. On est dans le même sens, un public qui vient profiter de telle action de telle structure, pourra être amené à connaître telle autre structure. L'idée est de pouvoir repérer qu'il y a plusieurs interlocuteurs pour les personnes, pour l'expression de leurs besoins et de leur favoriser l'accès à ces différents espaces. »

C : « Les échanges informels entre les personnes et les professionnels sont plus propices à la confiance. L'écoute est un élément très important dans le recueil des besoins sur la santé environnementale, il faut déceler le moteur du changement en écoutant la personne. »

3.1.2 Le groupe projet

L'ensemble des porteurs de projet marque l'importance d'inclure des personnes en situation de vulnérabilité au sein du groupe projet. Une démarche participative tout au long de la mise en place de l'action renforce la mobilisation des personnes. En partant de leurs besoins et de leurs volontés, la mobilisation est renforcée, les personnes se sentent écoutées et valorisées par les professionnels.

De plus, une composition du groupe projet par des professionnels du social et du médico-social semble être un élément jouant sur la qualité du projet en renforçant la confrontation de différents points de vue et expériences.

D'après les porteurs de projet, le groupe projet doit prévoir des réunions en prenant en compte les disponibilités de chacun, en particulier des personnes en situation de précarité qui ont souvent leurs enfants à charge. La communication autour des dates de réunion est surtout faite via les appels téléphoniques et par mails.

Deux porteurs de projet mettent le point sur la valorisation des expériences. Une méthode utilisée par un porteur de projet est le partage de savoirs entre les différents membres du groupe projet. Chaque membre présente un atelier en lien avec la santé environnementale. Ces échanges permettent la valorisation des personnes en situation de précarité et renforcent leur mobilisation au projet.

B : « Quelques personnes doivent être intégrées dans la création du projet pour avoir leur point de vue, les valoriser et pérenniser leur mobilisation. »

C : « En plus de la présence de personnes vulnérables, le COPIL doit être pluridisciplinaire pour une meilleure visibilité des problématiques rencontrées. Le travail en équipe entre les champs du social et du médico-social semble indissociable pour la mise en place d'un projet en promotion de la santé environnementale. »

A : « Je crois qu'en les associant par des échanges de savoirs, c'est un moyen de mobilisation puisqu'elles sont impliquées directement. C'est parti de leur proposition de proposer aux membres du groupe, de pouvoir faire cet échange de savoirs. Elles sont reconnues, c'est valorisant et de la création de liens directs aussi. » « Elles ont pu elles-mêmes partager leurs savoirs avec les membres du groupe projet, elles ont animé elles-mêmes des ateliers sur cette thématique : une personne qui fabrique un déodorant, une autre une bougie et une dernière des yaourts. Tout le groupe projet a contribué, tout le monde a partagé ses savoirs. » « On n'est pas venu proposer une action, on est venu la construire avec elle. »

3.1.3 L'évaluation

Pour les porteurs de projet interrogés, l'évaluation est réalisable plus facilement via des échanges informels. L'évaluation qualitative est plus propice à des retours et à des réflexions de la part des participants aux ateliers, mais également pour l'évaluation réalisée par le groupe projet.

Pour l'évaluation des ateliers, l'expression orale du ressenti après l'action est plus simple à réaliser pour les participants. Un porteur de projet a déjà mis en place des questionnaires, mais les personnes y répondent très rapidement sans réellement transmettre leurs retours. L'interrogation orale par l'intervenant du ressenti et de la qualité de l'atelier permet aux personnes de partager leurs retours et leurs difficultés rencontrés.

B : « A la fin des ateliers, j'interroge les participants sur ce qu'ils ont pensé de l'animation et de me citer une chose auxquels ils vont réfléchir et peut-être changer dans leur quotidien. Les échanges oraux sont plus simples pour les personnes, et une libération de la parole. Les questionnaires ne fonctionnent pas très bien, les personnes y répondent très rapidement et ne font pas vraiment passer leur ressenti. »

Concernant l'évaluation du projet par le groupe projet, une évaluation qualitative via l'expression orale semble à privilégier pour favoriser la prise de parole des personnes précaires membres du groupe projet. Le langage parfois employé dans la conduite de projet comme les résultats à court ou long terme peuvent être équivoques pour les personnes vulnérables. L'expression du ressenti tout au long du projet permet une visualisation générale du parcours des personnes précaires et leurs souhaits de continuer la mise en place d'action sur la santé environnementale. Des personnes vulnérables très investies peuvent également montrer leur intérêt à continuer dans cette voie et devenir par la suite une personne relais dans l'animation d'action de promotion de la santé environnementale.

A : « Ce que l'on a fait c'est qu'on est parti des objectifs de départ qu'on avait recensé initialement. On est parti de ces objectifs là autour d'échanges assez informelles. L'objectif est

de favoriser la prise de parole des personnes. On peut se rendre compte que si on est derrière nos objectifs, nos résultats courts, moyens, long-termes, ça ne parle pas au public. On est parti sur une expression globale, et d'après cette expression on a su raccrocher aux objectifs de départ le retour qui a été fait. Le bilan a montré qu'elles voulaient continuer autour de cette thématique-là. » « Une personne est très en demande et à très envie. Vu qu'elle était à l'initiative, qu'elle a participé à l'élaboration du projet, qu'elle a participé aux ateliers et à l'évaluation, automatiquement elle sera porte-parole beaucoup plus impliqué, parce qu'elle va en parler à son entourage directement, ça aura plus d'effets qu'une action menée par un professionnel. Automatiquement, les actions sont construites avec les bénéficiaires, ça a forcément plus de sens et d'impact dans la transmission du message. Si elles se l'approprient totalement, elles pourront en être le relais. »

3.2 Participation des personnes en situation de précarité aux ateliers

3.2.3 Les éléments organisationnels

L'ensemble des porteurs de projet interviewés s'accordent à dire que la mobilisation de personnes en situation de précarité au groupe projet améliorent la participation d'autres personnes en situation de précarité aux ateliers. En effet, les personnes prenant part au groupe projet en parlent à leur entourage facilitant par la suite le bouche à oreille au sein de la communauté.

De plus, la réalisation du plan de communication du projet sur la santé environnementale permet d'ajuster le vocabulaire employé pour toucher une majorité de publics à l'aide des personnes vulnérables membres du groupe projet. Le partenariat entre les différentes professions et structures permet également un élargissement de la communication pour une potentielle plus grande participation.

Les personnes vulnérables membres du groupe projet permettent également de faciliter une date où la participation des personnes en situation de précarité sera la plus propice. Elles connaissent les habitudes de leur groupe communautaire.

Les actions étant à destination de parents en situation de précarité, un mode de garde des enfants doit être organisé en amont des ateliers pour permettre une participation plus grande. Les partenariats entre les différentes structures peuvent être propices à cette mise en place de garde selon l'âge des enfants. Les questions de mobilité peuvent également être envisagées, la mise en place de transport en commun par les porteurs de projet jusqu'à la structure où se déroule les actions est réfléchi et mise en place si nécessaire. La notion de gratuité des actions semble également être un critère important pour les porteurs de projet.

C : « Les personnes présentes au sein du COPIL facilitent la communication au sein de leur communauté et entourage. Il ne faut pas négliger l'importance du bouche à oreille pour la participation des parents vulnérables à l'action. Le fait que des personnes de leur communauté soit impliqué dans le projet, favorise la confiance envers les structures porteuses. »

A : « On a fait une plaquette de communication avec le groupe projet. Ensuite on l'a présentée, puis on a choisi les titres, les couleurs avec les femmes membres du groupe projet. Définir un petit peu plus le Nesting et les notions pour que ça puisse parler à une majorité des publics. »
« Un mode de garde a été mis en place selon l'âge des enfants. Pour les enfants de plus de 3 ans, le centre social a pu mettre en place la garde. » « Des choses peuvent être mise en place pour la mobilité des personnes jusqu'à la structure, pour l'instant cela n'est plus possible à cause du contexte sanitaire. »

3.2.4 Attitudes des intervenants

Deux porteurs de projet parlent des attitudes que l'animateur doit avoir lors du déroulement des ateliers. L'adaptabilité et l'écoute sont deux facteurs très importants. L'animateur doit partir des questions amener par le groupe de participants et trouver des leviers que ce groupe puissent mettre en place.

D'après les porteurs de projet enquêtés, l'animateur doit composer avec les résistances des participants et éviter les argumentations. Une attitude empathique et bienveillante est nécessaire pour respecter les rythmes des participants lors des ateliers. Les intervenants doivent soutenir le sentiment d'efficacité personnelle des participants en valorisant leurs expériences. Il faut insister sur les informations pratiques, le quotidien et les solutions à hauteur des caractéristiques socio-économiques des participants. Le discours et les termes employés doivent être en adéquation avec le public rencontré. Les explications doivent être adaptées pour permettre l'appropriation des messages par les participants.

B : « Il faut savoir s'adapter très rapidement pour saisir les besoins des participants. Selon leur question, je peux passer plus de temps sur certaines thématiques que d'autres. L'objectif est que toutes les personnes présentes puissent s'exprimer pour favoriser les échanges et les expériences. J'essaye toujours de trouver des solutions qu'elles peuvent mettre en place, notamment en jouant sur le levier économique. Il faut être bienveillant et à l'écoute, et prendre en compte parfois la culture des personnes. »

C : « Il faut partir des questions et des échanges avec le groupe pour trouver par la suite des leviers que ces personnes vont pouvoir mettre en place. Une attitude coercitive n'est clairement pas adaptée. Il faut jouer sur la motivation des personnes, en insistant sur des infos pratiques, sur le quotidien en proposant des solutions adaptées, parfois sur du court-terme

avec des victoires rapides pour conforter la personne dans ces efforts. Il faut faire preuve de bienveillance et favoriser les échanges entre les participants. Les échanges vont permettre le partage d'expérience et parfois la création de lien social entre les parents vulnérables. Il faut valoriser chaque parcours, le changement de comportement se déclenche par soi-même et non via quelqu'un. »

VIII. Discussion

1. Synthèse des résultats

Les différentes données recueillies permettent de comprendre les représentations en matière de santé environnementale des parents hébergés en CHRS, ainsi que certains facteurs transverses telle que la culture et la parentalité. Malgré des profils avec des cultures différentes, des pratiques communes sont identifiées lors de l'entretien du logement. La culture est plus présente pour les habitudes concernant les produits d'hygiène et l'usage des contenants alimentaires. La prise en compte de ces différentes représentations associées aux différentes méthodes recueillies auprès des porteurs de projet dans l'élaboration d'une action de promotion de la santé environnementale semble être une piste d'amélioration pour la mise en place d'une action adaptée et significative auprès de ces publics.

Les résultats recueillis par les entretiens semi-directifs auprès des parents vulnérables démontrent des pratiques répétées lors de l'entretien de la maison avec l'usage central de l'eau de Javel où celle-ci est assimilée à la propreté et à la brillance renvoyant à un logement sain. Les habitudes concernant les produits d'hygiène et les contenants alimentaires sont corrélés avec la culture : l'usage d'huiles déjà présentes dans le pays d'origine et contenants alimentaires lourds renvoient à la marmite familiale présente dans la culture africaine. Cependant, les résultats tendent à montrer une réelle réflexion dans l'achat et l'usage des différents produits chez les enquêtées. La notion de prévention est bien présente avec la consultation des pictogrammes, des labels et de la liste des ingrédients, même si ceux-ci ne sont pas toujours compris comme le paradoxe de l'eau de Javel. Cette prévention dans les gestes est très fortement en lien avec la santé de leur(s) enfant(s) : la protection de leur santé est au centre des préoccupations des enquêtées qui s'inquiètent d'autant plus après la crise sanitaire du covid-19. Ces différents résultats ne mettent pas au jour des pratiques qui diffèrent énormément du reste de la population : l'usage de l'eau de Javel n'est pas propre aux personnes en situation de précarité. Néanmoins, on remarque que les gestes de prévention ne sont pas toujours compris par les enquêtées, comme la lecture des labels sans en comprendre le sens, ou le choix de produits parfumés assimilés à un environnement sain, la prévention doit être alors adaptée et vulgarisée auprès de ces publics selon leurs représentations et leurs caractéristiques socio-économiques. Dans un deuxième temps, les

résultats mettent au jour les différents facteurs susceptibles d'interférer avec la participation des personnes à une action de promotion de la santé. Le premier facteur est la garde des enfants, l'absence d'un mode de garde empêcherait la venue des parents à un atelier. La proximité du lieu de réalisation de l'action et son moindre coût sont également à privilégier.

Les résultats recueillis auprès des porteurs de projet démontrent une place prédominante de la démarche participative dans l'élaboration d'action de promotion de la santé environnementale. Impliquer les personnes en situation de précarité tout au long des étapes du projet, au-delà de la finalité de valorisation des personnes, leur donnent également le pouvoir d'agir sur elles-mêmes. Le travail en équipe avec des acteurs pluridisciplinaires renforce la qualité du projet dans la réponse aux besoins de ces publics. Lors des ateliers l'adaptation du discours de l'intervenant est primordiale pour une explication compréhensible pour les participants. Une attitude bienveillante et d'écoute de l'animateur est nécessaire pour renforcer les échanges de savoirs entre les participants et valoriser chaque parcours de vie. Enfin, les porteurs de projet soulignent l'importance de prendre en compte certains facteurs organisationnels comme la gratuité des ateliers, la mise en place d'un mode de garde des enfants en parallèle des ateliers et la réalisation de l'action à proximité du lieu d'habitation des participants.

2. Pertinences de l'étude

2.1 Pertinences de la méthodologie

Le choix d'une méthode qualitative a permis d'obtenir des données riches et singulières sur les représentations sur la santé environnementale des parents précaires, mais également des méthodes dans la mise en place d'action auprès de ces publics.

Les entretiens semi-directifs auprès des parents vulnérables a permis le recueil de données en profondeur alliant leurs représentations sur la santé, leurs cultures et leur rapport à la parentalité. L'identification de ces différents liens permet de mieux comprendre les habitudes mises en place mais également les difficultés et problématiques rencontrées par ce public en matière de santé environnementale. De plus, les entretiens semi-directifs avec les porteurs de projet ont pu mettre au jour les méthodes employées dans l'élaboration et le déroulement d'action de promotion de la santé environnementale auprès des parents vulnérables. L'association des données obtenue via ces entretiens permet de comprendre les adaptations nécessaires à mettre en place pour augmenter la pertinence des actions de promotion de la santé environnementale auprès des parents vulnérables aussi bien sur la forme que sur le fond, et rendre compte de leur transversalité.

2.2 Diversité des personnes enquêtées

Les personnes interrogées pour cette étude ont des profils très différents permettant une vision plus globale, singulière et transversale des perceptions de celles-ci en matière de santé environnementale. Chaque enquêtée a un vécu propre et un rapport personnel à sa santé entraînant une richesse des données collectées lors des entretiens.

3. Limites de l'étude

3.1 Limites de l'échantillon d'étude

L'échantillon d'étude ne peut pas être considéré comme représentatif de la population des personnes en situation de précarité et de leurs représentations sur la santé environnementale en Gironde et dans le Lot-et-Garonne.

Il aurait été intéressant de mener plus d'entretiens auprès de parents hébergés en CHRS pour enrichir davantage l'analyse. Cependant, la prise de contact avec les CHRS a été longue et compliquée. Les professionnels devaient prendre le temps de communiquer mon étude auprès des parents hébergés, en plus de leurs tâches respectives. Cette méthode a pu rendre la démarche plus compliquée et freiner l'adhésion à l'enquête. De plus, elle a pu également impacter la participation des enquêtées à l'étude qui pour certaines étaient déjà sensibilisées au sujet. Les différents profils rencontrés lors des entretiens n'ont pas facilité l'analyse des données. En effet, certaines femmes étaient en demande d'asile, tandis que d'autres étaient d'origine française. La mise en lien des différentes pratiques, représentations et besoins n'est pas toujours simple entre des personnes avec une situation financière et un accès au droit et d'autres sans.

Il aurait été également intéressant d'interroger plus de porteurs de projet ayant mis en place des actions de promotion de la santé environnementale auprès des parents vulnérables pour recueillir plus de méthodes possibles au niveau du déroulé du projet, du diagnostic à l'évaluation, et à la mobilisation des parents précaires pour permettre une analyse plus poussée et hétérogène.

3.2 Limites de la méthodologie de l'étude

Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des parents hébergés au sein de CHRS a pu s'avérer émotionnelle pour certains d'entre eux. Le fait d'aborder le vécu de chacun vis-à-vis de la santé et la parentalité a pu réveiller des souvenirs douloureux chez les personnes qui ont été parfois difficile à gérer lors des entretiens. L'attitude de l'enquêteur de rester objectif tout en étant empathique, dans ces situations, a été compliqué à maintenir pour laisser plus de place à la subjectivité.

La barrière de la langue a également rendu plus difficile la réalisation des entretiens semi-directifs. Certaines enquêtées ne comprenaient pas en totalité le français, malgré un vocabulaire adapté certaines questions ont pu perdre de leur sens ou bien être non posée à cause d'un manque de compréhension.

La réalisation des entretiens s'est déroulée au sein des CHRS respectifs. Lorsque des professionnels étaient présents, ceux-ci pouvaient garder les enfants des enquêtées. Si ce n'était pas le cas, les enquêtées réalisaient l'entretien avec leur(s) enfant(s). La présence de l'enfant et sa surveillance ont pu rendre moins attentive l'enquêtée aux questions posées lors de l'entretien et impacter sa réflexion.

3.3 Limites de l'analyse des données

L'analyse des résultats est réalisée à l'aide des codages et des guides d'analyse. Elle nécessite une interprétation des données qui peuvent faire intervenir la subjectivité malgré la création de guide d'entretien, en amont, sur la base de la littérature.

Les données recueillies avec les entretiens semi-directifs viennent avec l'expérience au cours de la pratique professionnelle. Au fil des entretiens, la pertinence des questions et des mots employés a pu impacter les données recueillies.

Enfin, certaines enquêtées n'ont pas souhaité être enregistrées, malgré une prise de notes la plus fidèle possible de leurs propos, des données ou des observations de gestuelles ont pu être omises pour l'analyse.

4. Discussion des résultats

La revue de la littérature réalisée en amont de l'étude rejoint certains points mis en avant lors de l'analyse des données. Des similitudes, en particulier dans les méthodes employées pour la mise en place d'action de promotion de la santé environnementale auprès des publics vulnérables, sont observées.

Les porteurs de projet interrogés se rejoignent tous pour la mise en place d'une démarche participative en intégrant dès le début du projet les bénéficiaires pour une action plus significative. Cette méthode basée sur la démocratie et la participation est également décrite dans plusieurs études et articles de la littérature. (29,34,35) Cependant, au regard du terrain, la mise en place d'une telle démarche par les professionnels est parfois très compliquée. La mobilisation et la disponibilité d'acteurs pluridisciplinaires peuvent rendre les rencontres et les échanges compliquées, ainsi que l'intégration pérenne des publics précaires tout au long du projet. Ces complexités sont également bien appuyées par la littérature. (35) La mobilisation des bénéficiaires au projet semble être davantage encrée en utilisant le levier de

partage des savoirs expérientiels qui favorise la valorisation et la légitimité des publics dans le processus dynamique du projet.

Au-delà de la santé environnementale, la promotion de la santé auprès des publics vulnérables nécessite un travail d'adaptation en amont, pendant et après le projet. Le partenariat entre différentes professions semble être une clé importante dans la mise en œuvre d'action de promotion de la santé auprès des publics précaires : le décloisonnement entre les champs du social et de la santé pour arriver à une coopération sert à la qualité du projet. Les porteurs de projet interrogés soulignent également cette idée, ainsi que la littérature. (29,46)

Le déroulement d'actions en promotion de la santé auprès des publics vulnérables sont centrés sur la participation des bénéficiaires lors des ateliers. (46,47) La réalité du terrain fait que la notion de participation peut être floue au vu de la présence obligatoire perçue ou réelle. (46) Les porteurs de projet interrogés insistent bien sur le caractère volontaire d'assister à un atelier, ainsi qu'à un nombre de participant limité (maximum 15 personnes) pour favoriser les échanges de savoirs et savoir-faire et de solutions concrètes. Ces observations sont également évoquées dans la littérature où la pertinence de petits effectifs sont assimilés à un accompagnement pérenne et adapté. (46,48) L'attitude bienveillante des intervenants avec un discours adapté aux bénéficiaires de l'action est également décrite par les porteurs de projet interrogés et la littérature. (29,34) Les intervenants représentent des apports extérieurs pouvant empêcher la pérennisation des interventions et la capacité d'identification auprès des personnes précaires. (46) L'association d'un intervenant avec la présence d'un médiateur pair semble être une alternative bénéfique dans l'animation d'action où le public s'identifie et se confie davantage entre pairs. (29,34,49) L'évaluation des actions en promotion de la santé auprès des publics précaires est parfois limitée par son manque d'indicateurs quantitatifs mesurables, en jouant plus sur des indicateurs qualitatifs. (46,50) L'évaluation rapportée par les porteurs de projet s'inscrit plus sur le recueil des ressentis après les ateliers où chaque participant prend la parole. Cette méthode évaluative rend plus compliquée la mesure des résultats et leur lien de cause à effet sur la santé. Ce constat rejoint l'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé, où l'amélioration de l'état de santé d'une population est difficilement reliée uniquement à l'intervention réalisée. (50) Des résultats bénéfiques ont cependant été observés dans les changements de comportement à la suite des ateliers Nesting. (8) En outre, le caractère multifactoriel de la santé ne peut rendre l'impact d'une action en promotion de la santé exhaustif. (51) Le manque d'outils adaptables, les variables aléatoires entrant dans l'évaluation et le nombre de participant sont autant de facteurs entraînant des différences évaluatives importantes. (46)

Les représentations sociales en termes de santé environnementale des personnes vulnérables sont très peu étudiées en France. Des études sont menées en Belgique et au Canada afin de rendre les actions de promotion et d'éducation à la santé environnementale plus pertinentes. (34,35,52,53) Comprendre les représentations et l'appartenance sociale des publics vulnérables sont des plus-values importantes dans la mise en place d'action en promotion de la santé environnementale pouvant directement renforcer la participation et la mobilisation des bénéficiaires mais également les méthodes participatives et émancipatrices. (34,52) De nombreuses enquêtées ont émis utiliser l'eau de Javel pour l'entretien de leur logement. Ce constat peut être lié à l'utilisation très importante de l'eau de Javel en France. « *La France est au 2ème rang de la consommation européenne avec 7 ménagères sur 10 qui l'utilisent.* » (54) L'environnement intérieur est un déterminant de la santé qui peut avoir des effets irréversibles sur celle-ci. L'apparition des inégalités environnementales auprès des personnes en situation de précarité doit être un facteur alarmant pour l'étude de ses représentations et habitudes sociales en lien avec l'environnement pour de meilleures pratiques en promotion de la santé environnementale. (34,35)

IX. Préconisations

Les données recueillies par ce travail permettent de faire émerger des pistes de réflexion intéressantes sur les adaptations à mettre en place pour la réalisation d'une action de promotion de la santé environnementale auprès des familles vulnérables. Ces préconisations et pistes de réflexion ont été élaborées par suite des résultats des enquêtes menées auprès des familles hébergées en CHRS et auprès des porteurs de projet, ainsi qu'au regard de la littérature étudiée. Les différentes perceptions, mais aussi les freins et leviers identifiés par cette étude veulent permettre la mise en place d'action de promotion de la santé adaptée et significative auprès des publics précaires. Au-delà de la promotion de la santé environnementale, promouvoir la santé des personnes en situation de précarité selon une approche globale et positive de celle-ci relève de différents critères. Il s'agit d'intégrer une démarche de promotion de la santé dans la mise en place d'action adaptée pour renforcer l'*empowerment* de ce public, changer le paradigme des porteurs de projet en renforçant la culture de promotion de la santé et permettre un décroisement des professions pour tendre vers une démarche participative où les publics précaires sont au cœur du processus et acteurs de leur santé.

Ces préconisations ont pour objectif de conduire à la mise en place d'une action adaptée de promotion de la santé auprès des familles vulnérables, en s'appuyant notamment sur les axes de la Charte d'Ottawa promouvant la santé des individus. (1) Cependant, ces recommandations sont l'objet d'une étude de terrain et de données de la littérature, et n'ont pas le but d'être exhaustives mais d'apporter une réflexion sur la mise en place d'action de

promotion de la santé auprès des publics précaires. Elles peuvent être potentiellement transférables et prises en compte pour la mise en place d'une action selon une approche de promotion de la santé auprès des publics vulnérables.

1. Développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des familles vulnérables en matière de santé environnementale

D'après la Charte d'Ottawa, « *la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.* » (55) Les résultats de l'étude ont démontré l'importance d'adapter l'information et le soutien aux personnes vulnérables en termes de santé environnementale, pour renforcer leur pouvoir d'agir et être acteur central de leur santé.

La notion de pouvoir d'agir ou *empowerment* renvoie à « *renforcer ou acquérir du pouvoir* ». (56) En promotion de la santé, la Charte d'Ottawa introduit à la notion d'*empowerment* par la définition donnée à la santé qui est « *le processus qui confère aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé...* ». (55,57) La démarche de promotion de la santé liée à l'*empowerment* a déjà pu montrer des résultats positifs auprès des publics précaires engendrant un renforcement des compétences en santé, mais aussi en créant une dynamique communautaire autour des comportements en santé. (57) D'après ces constats, des préconisations à destination des personnes en situation de précarité sont essentielles.

1.1 Prendre en compte les perceptions et les besoins des personnes en situation de précarité, mais également leurs compétences en matière de santé environnementale

Les perceptions en santé environnementale sont propres à chacun selon son vécu et son identité. La prise en compte et l'étude des perceptions et des besoins des personnes en situation de précarité semblent nécessaires pour la mise en place d'une action adaptée. Associer cette étude de compréhension des besoins, à celles des compétences acquises en santé environnementale, donne une véritable valorisation aux personnes précaires pouvant directement jouer sur leur mobilisation et entrer dans une démarche participative nécessaire en promotion de la santé. Les professionnels, notamment du champ social et environnemental, doivent être formés à l'investigation de ces données mais également à la démarche participative dans la création d'action de promotion de la santé environnementale.

1.2 Développer la mise en place de supports informatifs et autres ressources sur la promotion de la santé environnementale

Des supports sous forme de livret, ou format vidéo, peuvent être envisagés. Leur format devra s'appuyer sur une méthodologie adaptée aux personnes précaires avec une vulgarisation simple, des couleurs associées et des images représentatives pour lever tous les obstacles à l'incompréhension. Ces outils doivent nécessairement prendre en compte la notion de littératie en santé définie comme « *La littératie en santé, intimement liée à la littératie, représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en terme de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence.* » (58) Ces supports pourraient être basés sur une approche positive de la santé, et être coconstruits directement avec le public cible pour une adaptation la plus proche possible et toujours rester dans un esprit participatif et démocratique.

1.3 Développer le soutien entre pairs lors d'action de promotion de la santé pour renforcer l'empowerment

La littérature démontre que le soutien entre pairs, via la promotion et l'éducation à la santé entre pairs, a des bénéfices sur les comportements en santé permettant aux personnes de devenir actrices de leur santé. (34,40,59)

Le médiateur en santé peut constituer une véritable plus-value dans la mise en place d'action de promotion de la santé environnementale. Sa présence permet de répondre aux besoins réels des publics précaires, il apporte une expérience complémentaire et peut-être source d'innovation dans la création d'action et également d'outils informatifs. La présence du travailleur pair peut également conduire à un effet d'identification par le public cible de l'action dont celui-ci dispose des codes et des notions entrepris par ce public. Le médiateur pair permet le développement de l'autonomie des personnes en situation de précarité et peut-être vu comme une personne ressource pour toutes les questions et conseils en santé environnementale. (49,60) Le soutien entre pairs constitue un véritable levier de participation à des actions de promotion de la santé environnementale en s'inscrivant également dans une démarche participative.

2. Promouvoir la santé environnementale auprès des personnes vulnérables

2.1 Réorienter les porteurs de projet et professionnels vers une culture de promotion de la santé

D'après la Charte d'Ottawa, la réorientation des services de santé est « *la tâche de promotion partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.* » (55) D'après cette définition, des acteurs pluridisciplinaires sont engagés dans la réorientation des services de santé. Dans un contexte préventif, les actions de promotion de la santé environnementale font parties intégrantes des systèmes de santé même si leur développement en est à leurs prémices. Les professionnels de la promotion de la santé et des sciences sociales sont encore peu sensibilisés et formés à l'utilisation et aux notions de la santé environnementale. Il en est de même pour les professionnels de la santé environnementale qui sont peu sensibilisés à la promotion et à l'éducation à la santé et aux sciences sociales. (6,29,34) Un maillage territorial répertoriant les différents professionnels pourrait être réalisé pour envisager par la suite des rencontres autour de la construction d'une démarche de promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires.

Le travail en équipe des professionnels du social, de la santé environnementale et de la santé publique semble être nécessaire dans l'élaboration d'action de promotion de la santé environnementale. Le partenariat entre ces professionnels pourrait permettre la mise en place d'une réflexion collective sur l'approche de la promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires. (29,34) On a pu observer que les partenariats avec d'autres structures du champ social et médico-social lors de l'élaboration d'une action de promotion de la santé environnementale amélioreraient la qualité organisationnelle et participative de l'action en prenant en compte de nombreux freins et leviers connus grâce à la pluridisciplinarité des professionnels.

La rencontre des différents professionnels, la construction et l'utilisation d'outils seraient à envisager pour des actions de promotion de la santé environnementale. De plus, des actions communes participatives ont des effets plus importants auprès des décisions politiques. (6)

2.2 Faciliter la mise en place d'une démarche participative dans la mise en place d'actions de promotion de la santé environnementale

Comme décrit précédemment, la participation de professionnels de différents secteurs est primordiale dans la mise en place d'une action de promotion de la santé. De plus, la participation dès le début du projet de personnes en situation de précarité n'est pas à

négliger : cette mobilisation permet de toucher aux besoins réels du public mais également la naissance d'un sentiment de valorisation face à l'écoute et aux partages d'expériences. La démarche participative semble être une solution au manque de participation des personnes en situation de précarité aux actions de promotion de la santé. La co-construction avec elles d'action en alliant différents professionnels renforcent le lien de confiance avec les institutions tout en renforçant la justice environnementale.

Cette démarche peut être mise en œuvre au sein d'un territoire délimité avec la présence de professionnels de santé, du médico-social, du social, de la santé environnementale et de personnes en situation de précarité. La mobilisation des personnes précaires peut être envisagée par les professionnels en contact direct avec ce public, pour repérer les personnes ayant des appétences pour la santé environnementale. Enfin, des focus group peuvent également être réalisés sur le thème de la santé environnementale au sein de quartiers prioritaires et dans les structures de l'AHJ pour identifier des besoins, des avis et des stratégies d'interventions.

2.3 Intégrer la promotion de la santé environnementale dans les soins primaires

Les résultats de cette enquête démontrent un recours aux professionnels de santé de soins primaires, notamment le médecin généraliste et le pharmacien, dans le choix des produits impactant la santé environnementale. Ces professionnels, en première ligne, pourraient également être des acteurs de la promotion de la santé environnementale en prodiguant des conseils et en répondant à des besoins rencontrés par les publics vulnérables. L'utilisation de support et d'outils adaptés semblent être intéressante pour permettre une sensibilisation et une promotion de la santé environnementale. De plus, ces professionnels pourraient également faire remonter des besoins redondant et spécifiques au public vulnérable en matière de santé environnementale, jouant le rôle de veille sanitaire. Les professionnels du médico-social pourraient également être formés à la promotion de la santé environnementale, de par leur proximité avec le public précaire. Une harmonisation des messages délivrés par les différents professionnels semble nécessaire pour éviter toutes contradictions et renforcer ainsi le pouvoir d'agir des publics précaires.

2.4 Continuer le développement des actions de promotion de la santé auprès des publics précaires

Au-delà de la démarche participative décrite auparavant, de nombreux facteurs organisationnels sont à prendre en compte pour la mise en place d'une action auprès des publics précaires. Le développement de la promotion de la santé environnementale est encore très faible, en particulier auprès des publics précaires. La santé environnementale doit être intégrée aux autres thématiques représentatives de la promotion de la santé (nutrition,

addiction, sexualité...) De plus, les éléments de diagnostic territorial réalisés en matière de santé environnementale doivent être partagés avec l'ensemble des acteurs concernés pour alimenter le domaine de la promotion de la santé environnementale. (6)

L'attitude bienveillante et une adaptabilité extrême des intervenants est nécessaire pour les actions de promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires, comme l'on décrit les résultats de l'étude auprès des porteurs de projet mais également la littérature. (29,34) Les freins à la participation doivent être anticipés au mieux, notamment avec la mise en place d'un mode de garde pour les enfants, la gratuité des actions, et leur proximité des lieux de vie des bénéficiaires.

3. Intégrer la promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires dans les politiques publiques

Un des axes fondateurs de la Charte d'Ottawa est la mise en place de politique saine. « *La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.* » (55)

La démarche d'une promotion de la santé environnementale repose sur un bassin de vie délimité. L'inclusion de la promotion de la santé environnementale dans les politiques territoriales locales semble nécessaire afin de pouvoir toucher toute la population, notamment les publics précaires. (6) A l'heure actuelle, les actions de promotion de la santé environnementale touchent les classes moyennes et hautes. Pour arriver à une démocratisation de la promotion de la santé environnementale, l'inscription de celle-ci au sein des contrats locaux de santé semble nécessaire notamment avec un axe privilégiant la sensibilisation des publics précaires. (6,33) De plus, une inscription claire et concise de la mise en place d'action de promotion de la santé environnementale auprès des publics vulnérables au sein des programmes régionaux comme le PRAPS et le PRSE pourrait ouvrir les portes à la justice environnementale.

L'inscription de la promotion de la santé-environnement au sein des Contrats Locaux de Santé (CLS) joue sur la pérennisation des actions sur le long-terme mais également à déconstruire la seule image de la santé-environnement à travers la gestion des risques et des effets attendus parfois longs et difficilement quantifiables. Cette inscription territoriale dans les CLS renforcent la sensibilisation du territoire à la thématique, et incite les acteurs du territoire à porter des actions de promotion de la santé environnementale. (6,61)

Enfin, l'annonce par le gouvernement du projet de la mise en place d'un Toxi-Score sur les produits ménagers, à l'image du Nutri-Score, pourrait jouer un rôle sur le choix facilité des produits lors de l'achat. Les modalités de sa mise en place seront importantes pour favoriser le pouvoir d'agir des consommateurs sur leur santé. (3)

4. Développer la recherche en promotion et en éducation à la santé environnementale

La mise en place d'action de promotion de la santé résulte de méthodes d'intervention en lien avec des déterminants de la santé. Ces données probantes nécessitent des recherches actuellement peut mener en France. La Belgique et le Canada (34,35,52) sont très présents sur le sujet de l'éducation à la santé environnementale auprès des publics précaires, des études propres à la France pourraient permettre un renforcement de la pertinence des actions de promotion de la santé avec des méthodes probantes, participatives et significatives d'intervention.

X. Conclusion

La promotion de la santé environnementale est en plein développement : les actions et les ateliers se multiplient sur le territoire au regard de l'environnement, notamment le logement, qui peut avoir des impacts avérés ou potentiels sur la santé. La prise de conscience des risques possibles vis-à-vis des produits introduits dans nos logements est faite avec l'observation de certains gestes de prévention. Lutter contre la fracture environnementale passe par une promotion de la santé environnementale auprès de toute la population. Les publics vulnérables demandent des adaptations dans la mise en place de projet en promotion de la santé, pour assurer une meilleure mobilisation et valorisation de ceux-ci. Ces publics sont encore peu touchés par la promotion de la santé environnementale, malgré le fait qu'ils soient les plus exposés à des inégalités sociales et environnementales.

Le changement de paradigme pour orienter une culture commune de la santé avec les acteurs du territoire est à privilégier pour favoriser la mise en place d'une démarche participative, la mobilisation et le pouvoir d'agir des habitants d'un territoire, notamment des personnes en situation de précarité. De plus, la mise en place de programme de promotion de la santé environnementale ne doit pas s'arrêter à la création d'indicateurs environnementaux, mais être associée à des plus-values économiques, de bien-être ou encore d'emplois. Les projets en promotion de la santé environnementale sont force de proposition de par leur échelle réduite, par la dynamique créée et par la spontanéité des actions élaborées.

De plus en plus de porteurs de projet mettent en place des actions de promotion de la santé environnementale auprès des personnes vulnérables. Durant ce travail, notamment les entretiens auprès des familles vulnérables, j'ai pu voir l'intérêt donné et les questionnements

en lien avec cette thématique. La prise en compte de nombreux facteurs organisationnels, mais également sociaux est à envisager dans l'élaboration de l'action.

Tout au long de ce travail, j'ai pu me familiariser avec la promotion de la santé environnementale, thématique encore peu démocratisée en promotion de la santé. Au travers de mes recherches et mes missions de stage, j'ai pu observer une réelle mobilisation des acteurs du territoire pour promouvoir la santé environnementale auprès des publics précaires. Ce dynamisme de groupe d'acteurs renforce le décroisement et conforte la culture de promotion de la santé. Au vu du contexte sanitaire actuel, la santé environnementale a subi de nombreux changements, sa promotion doit être poursuivie, adaptée et démocratisée pour toute la population.

Bibliographie

- (1) Fédération des acteurs de la solidarité (s.d.). *Histoire*. <https://www.federationsolidarite.org/qui-sommes-nous/histoire/>
- (2) Fédération des Acteurs de la Solidarité (s. d.). *Présentation et missions*. <https://www.federationsolidarite.org/qui-sommes-nous/presentation-et-missions/>
- (3) Fédération des Acteurs de la Solidarité Nouvelle-Aquitaine (s. d.). *Fédération des Acteurs de la Solidarité Nouvelle-Aquitaine*. <https://www.federationsolidarite.org/regions/nouvelle-aquitaine/>
- (4) Organisation mondiale de la santé (1994). *Déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/113326/Helsinki-Declaration-Action-Environment-Health-in-Europe-fr.pdf
- (5) Lajarge E, Debiève H, Nicollet Z, Piou S (2017). 11. La santé environnementale. *Santé publique*, 271-279. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/sante-publique--9782100765331-page-271.htm#pa3>
- (6) Saintobert, H. (2011). *Comment initier une démarche de promotion de la santé environnementale ?* [mémoire, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique]. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/igs/saintobert.pdf>
- (7) Organisation Mondiale de la Santé (2007). Prévenir la maladie grâce à un environnement sain. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43615/9242594201_fre.pdf?sequence=1
- (8) Delbays-Atge E, Mang-Joubert L (2017). Changement des comportements en santé environnementale. Exemples des programmes de sensibilisation Nesting et MA Maison MA Santé. *Revue de médecine périnatale*, 9(3), 157-164. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-de-medecine-perinatale-2017-3-page-157.htm>
- (9) Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (2015). *Un air sain chez soi*. <https://www.corse.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/guide-pratique-un-air-sain-chez-soi-Ademe.pdf>
- (10) Agence Régionale de Santé Grand-Est (2021). *Qualité de l'air intérieur grand public*. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/qualite-de-lair-interieur-grand-public>
- (11) Femmes Enceintes Environnement et Santé (s.d.). *Présentation*. <http://www.projetfees.fr/presentation/>
- (12) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2019). *Genre, Santé au travail et Environnement*. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02334057/document>
- (13) Lejeune Z, Chevau T, Teller J (2012). La qualité du logement comme variable environnementale : l'exemple de la région urbaine de Liège (Wallonie). *Flux*, 3-4(89-90), 30-45. <https://www.cairn.info/revue-flux1-2012-3-page-30.htm>
- (14) Ministère des Solidarités et de la Santé (2021). *Un environnement, une santé 4^e plan national santé environnement*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnse4.pdf>
- (15) Association Française des Industries de la Détergence (s.d.). *Un marché réglementé pour des produits sûrs*. <https://www.afise.fr/dossiers/un-marche-reglemente-pour-des-produits-surs/>

- (16) Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (2017). Plan Régional Santé Environnement Nouvelle-Aquitaine. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/16325/download>
- (17) Fabrique Territoires Santé (2019). *Précarité et santé-environnement : lutter localement contre les inégalités environnementales de santé*. https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dr_envir_vf.pdf
- (18) Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (2018). *Programme Régional pour l'Accès aux Soins et à la Prévention des plus Démunis*. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PRS_NA_2018_PRAPS_07_2018_0.pdf
- (19) Wresinski J (1987). Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale. *Journal officiel de la République Française*, (6). <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
- (20) Sichère P (2016). Pauvreté, précarité, exclusion : questions posées au Docteur Xavier Emmanuelli. *Douleurs : Evaluation – Diagnostic – Traitement*, 17(1), 34-36. <https://www.sciencedirect-com.docelec.u-bordeaux.fr/science/article/pii/S1624568715001845>
- (21) La Rosa E (1998). Chapitre II - Précarité, exclusion et pauvreté. Dans : *Santé, précarité et exclusion* (p. 51-85). Edition Presses universitaires de France. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/sante-precarite-et-exclusion--9782130497196-page-51.htm>
- (22) Colignon M (2020). 6. Le territoire de l'exclusion. Dans : *Exclusion, précarité et médiation créatrice* (p. 77-98). Edition Erès. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/exclusion-precarite-et-mediation-creatrice--9782749267470-page-77.htm>
- (23) Vandecasteele I, Lefebvre A (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, (26), 137-162. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2006-1-page-137.htm>
- (24) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. <file:///C:/Users/silve/Downloads/hc001043.pdf>
- (25) Forichon E (2005). Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? *Empan*, 4(60), 86-90. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-empan-2005-4-page-86.htm>
- (26) Denoual, E. (2012) L'éducation relative à la santé environnementale : agir sur les liens entre vulnérabilités sociales et santé environnementale. *Horizon pluriel*, (23), 9-10. <https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/05/hp-numero23.pdf>
- (27) Fassin D (2008). 1 – Les impensés des inégalités sociales de santé. Dans : *Lutter contre les inégalités sociales de santé* (p. 19-28). Edition Presses de l'EHESS. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante--9782859529840.htm>
- (28) Larrère C (2017). Les inégalités environnementales. *Etudes internationales*, 50(1), 7-184. <https://www.erudit.org/fr/revues/ei/2019-v50-n1-ei04809/1062823ar/>
- (29) Institut Formation Recherche Education à l'Environnement (2012). *Education à l'environnement vers des publics en situation de précarité économique et sociale*. <http://temis.documentation.developpement-durable.gouv.fr/docs/Temis/0081/Temis-0081896/21969.pdf>

- (30) Vanderveken J (2020). Précarité et environnement, enjeux croisés. *Education Santé*, (366), 14-17. <https://educationsante.be/content/uploads/2020/12/es-366-br.pdf>
- (31) Troupel O, Zaouche Gaudron C (2017). Environnement de l'enfant. Dans : *Enfants de la précarité* (p. 103-120). Edition Erès. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/enfants-de-la-precarite--9782749254142-page-103.htm#no53>
- (32) Shelter. *Chance of a lifetime The impact of bad housing on children's lives*. <file:///C:/Users/silve/Downloads/Chance-of-a-lifetime-the-impact-of-bad-housing-on-childrens-lives.pdf>
- (33) Zaccai, E. (2008) Moins tu es riche, moins tu pollues, plus tu trinques. *Symbioses*, (80), 7. <https://symbioses.be/pdf/80/Sy-80.pdf>
- (34) Van Steenberghe E (2015). Pour en lire plus : Éducation à l'environnement vers des publics en situation de précarité économique et sociale. *Education relative à l'environnement*, 12. <https://journals-openedition-org.docelec.u-bordeaux.fr/ere/566>
- (35) Van Steenberghe E (2005). Caractériser l'appartenance sociale pour de meilleures pratiques en éducation relative à la santé environnementale. *Education relative à l'environnement*, 5. <https://journals-openedition-org.docelec.u-bordeaux.fr/ere/4262>
- (36) Villemagne C (2005). Le milieu de vie comme point d'ancrage pour l'éducation relative à l'environnement : réalité ou chimère ?. *Education relative à l'environnement*, 5. <https://journals-openedition-org.docelec.u-bordeaux.fr/ere/4206>
- (37) Boggi Cavallo P, Iannaccone A (1993). Représentations sociales et constructions des connaissances. *Textes sur les représentations sociales*, 2(3), 1-150. http://www.psr.jku.at/PSR1993/2_1993Boggi.pdf
- (38) Binsfeld-Houléné C, Laurent-Beq A (2000). Recueillir la parole de personnes hébergées en CHR. *La santé de l'homme*, (48), 33-34. file:///C:/Users/silve/Downloads/43178_spf00000938.pdf
- (39) Galli M, Lebourdais P, Victor N (s.d.). *Démarche participative Les conditions de réussite qui concernent tous les acteurs (habitants, élus, professionnels)*. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23864/mod_resource/content/1/co/Chap_2_Conditions_tous.html
- (40) Bellot C, Rivard J (2012). Québec : l'intervention par les pairs investit la promotion de la santé. *La Santé de l'Homme*, (421), 18-19. file:///C:/Users/silve/Downloads/14300_doc00000223.pdf
- (41) Women Engage for a Common Future (s.d.). *Participer à un atelier*. <https://wecf-france.org/sante-environnement/participer-a-un-atelier/>
- (42) Réseau méditerranée (2017). *La santé environnementale en périnatalité et petite enfance*. <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-06/sant%C3%A9%20env%20et%20p%C3%A9rinatalit%C3%A9%20r%C3%A9seau%20m%C3%A9diteran%C3%A9e.pdf>
- (43) Balard F, Fournier C, Kivits J, Winance M (2016). Introduction. Dans : *Les recherches qualitatives en santé* (p. 13-20). Edition Armand Colin. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-13.htm>
- (44) Sifer-Rivière L (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Dans : *Les recherches qualitatives en santé* (p. 86-101). Edition Armand Colin.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-86.htm>

(45) Blanchet A, Gotman A (2010). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien. *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127-131. <https://www.erudit.org/fr/revues/mee/2010-v33-n2-mee01385/1024898ar.pdf>

(46) Lamour P, LeHélias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P (2005). « Qu'est-ce qu'un atelier santé » ?. *Santé Publique*, 17(1), 121-134. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-sante-publique-2005-1-page-121.htm>

(47) Société Française de Santé Publique (2000). *Développement social et Promotion de la Santé La démarche communautaire*. https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/la_collection_sante_societe/sfsp_sante_societe_9.pdf

(48) Bury J (1988). Dans : *Education pour la santé : concepts enjeux planifications*. Edition De Boeck Université. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=23271>

(49) Fédération des Acteurs de la Solidarité (2018). *Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/12/publication_travail_pair.pdf

(50) Pirard AM (2001). Petit guide d'évaluation en promotion de la santé. *Education Santé*, (164), 15. <https://educationsante.be/petit-guide-devaluation-en-promotion-de-la-sante/>

(51) Renaud M, Bouchard L (1995). Pour un nouveau paradigme de la santé. *Prévenir*, (28), 37-48. <https://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/4-150320100351.pdf>

(52) Van Steenberghe E (2004). Le croisement des savoirs au coeur des recherches en éducation relative à l'environnement. *Education relative à l'environnement*, 5. <https://journals-openedition-org.docelec.u-bordeaux.fr/ere/4278>

(53) Charland P (2003). L'éducation relative à l'environnement et l'enseignement des sciences : d'une problématique théorique et pratique dans une perspective québécoise. *Vertigo*, 4(2). <https://journals.openedition.org/vertigo/4486>

(54) Eau de Javel (s.d.). *Les chiffres de l'eau de Javel*. <https://www.eaudejavel.fr/>

(55) Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Promotion de la santé Charte d'Ottawa*. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

(56) Persiani M (2018). Développer les aptitudes individuelles. *Actualité et dossier en santé publique*, (103), 40-44. <file:///C:/Users/silve/Downloads/ad1034044.pdf>

(57) Augoyard P, Renaud L (1998). Le concept d'« empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & Education*, 5(2), 28-35. <https://journals-sagepub-com.docelec.u-bordeaux.fr/doi/pdf/10.1177/102538239800500212>

(58) Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

(59) Amsellem-Mainguy Y (2014). Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ?. *Cahiers de l'action*, 3(43), 9-16. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2014-3-page-9.htm>

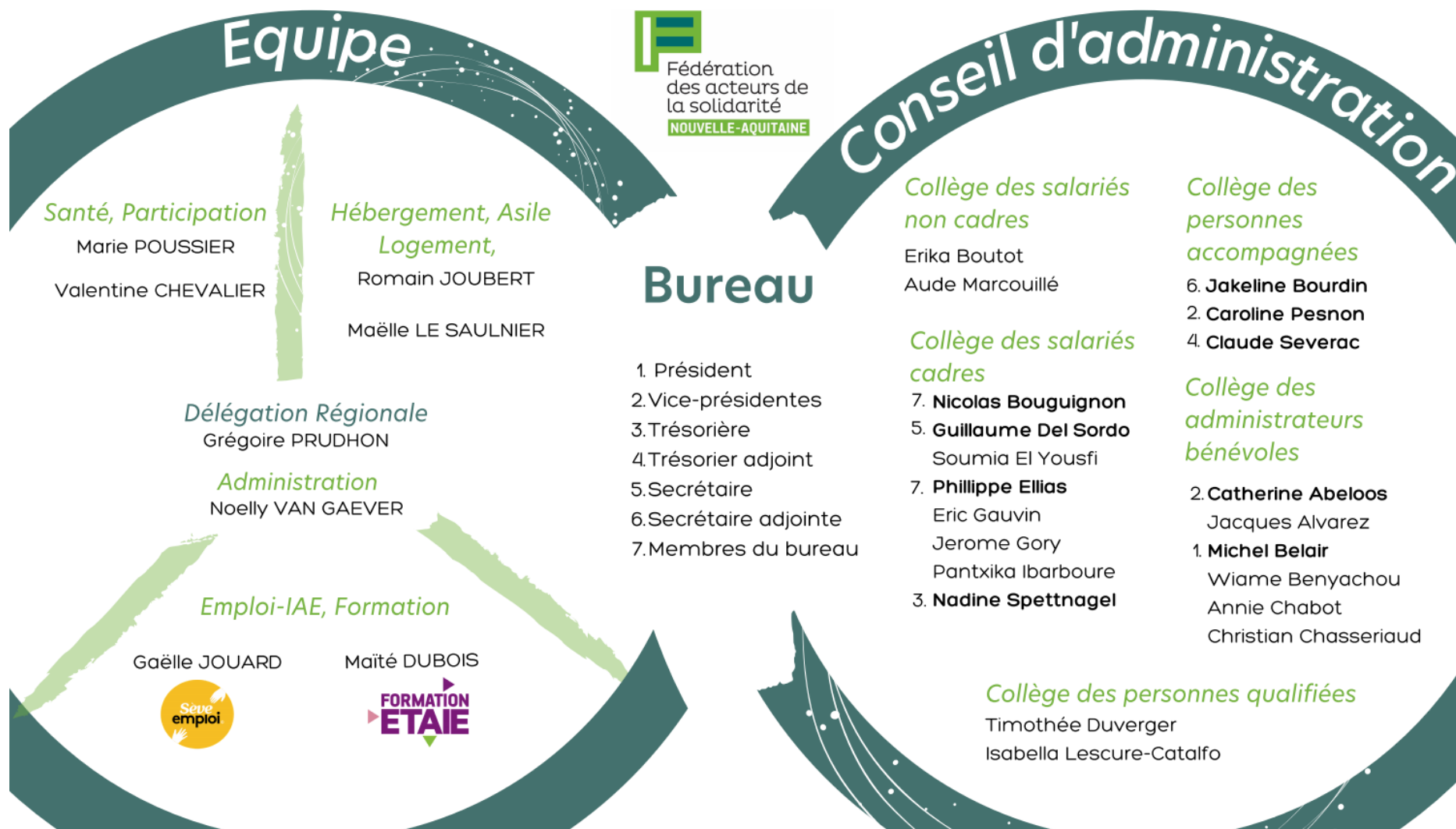
(60) Troisoefus A (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ?. *Rhizome*, 1-2(75-76), 27-36. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2020-1-page-27.htm>

(61) Harpet C, Templon J, Fonteneau R, Sherlaw W, Breton E (2019). The importance of environmental health in local health contracts. *Environnement, risques & santé*, 18(2), 135-147. http://www.jle.com.docelec.u-bordeaux.fr/en/revues/ers/e-docs/contrats_locaux_de_sante_quelle_place_pour_la_sante_environnement_314205/article.phtml?tab=texte

(62) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2021). *Environnement : Vers l'élaboration d'un Toxi-Score*. <https://www.inserm.fr/actualite/environnement-vers-lelaboration-dun-toxi-score/>

Annexes

Annexe 1 : Organigramme de la Fédération des Acteurs de la Solidarité de Nouvelle-Aquitaine



Annexe 2 : Compte-rendu d'une journée de sensibilisation à la santé environnementale

Journée de sensibilisation à la santé environnementale

Lundi 28 Juin au CHRS Safed à Périgueux



Intervenants :

- Jennifer Oses, Ecotoxicologue
- Maxime Bonamie, animateur en Santé Environnementale
- Valentine Chevalier, chargée de mission Santé environnementale

Participants :

- Marine, conseillère en économie sociale et familiale et monitrice éducatrice
- Isabel, agent d'entretien
- Cassandre, assistante de vie aux familles et monitrice éducatrice
- Coraline, responsable qualité
- Philippe, conseiller en économie sociale et familiale
- Sophie, accompagnement social et administratif

Matinée

Qu'est-ce qui nous rend malade ?

- Age
- Génétique
- Stress
- Polluants multiples
 - ➔ Plusieurs polluants peuvent mener à l'apparition de maladies
 - ➔ Enlever un polluant peut permettre de rester en bonne santé

Notion de risque et danger

Risque = Exposition X Danger



La qualité de l'air

L'air est très important pour notre santé, sa qualité est souvent peu connue et ressentie : on parle de pollution silencieuse.

L'air intérieur est entre 5 fois et 10 fois plus pollué que l'air extérieur. La présence de rideaux, tapis et textiles peut amener des polluants dans les logements.

Les polluants sont aussi présents dans les campagnes, poussés par les vents et si ceux-ci ne sont pas détruits par différents processus physiques et chimiques.

Nous passons 90 à 95% de notre temps à l'intérieur.

Pour les enfants de moins de 3 ans, le temps passé à l'intérieur est de 99%. De plus, les jeunes enfants respirent plus que les adultes : on parle d'hyperventilation.

Aération :

- 2 fois par jour pendant 10 minutes si pas de possibilité de créer un courant d'air
- 2 fois par jour pendant 5 minutes si création d'un courant d'air : nécessite d'avoir une pièce avec au minimum deux fenêtres

Quelles sont les voies d'exposition aux polluants ?

- Voie respiratoire
- Voie cutanée
- Voie orale

La petite enfance est une période critique, les enfants sont touchés par les 3 voies : ils respirent plus et sont proches des sols, portent leurs doigts à leurs bouches fréquemment, mangent beaucoup par rapport à leurs poids. De plus, ils ont encore un système immunitaire immature.

Les publics auxquels il faut faire attention en santé environnementale sont : les enfants, les bébés, les adolescents, les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer et les personnes âgées.

Produits d'hygiène et cosmétiques

Produits d'hygiène et cosmétiques rincés et non-rincés :

Produits rincés	Produits non-rincés
Savon solide	Crème hydratante visage
Shampooing	Fard à paupières
Après-shampooing	Mascara
Masque capillaire	Déodorant bille
Dentifrice	Beurre de karité
Gel douche	Huile de coco
Marc de café/sucre	Démaquillant
Gommage	Liniment
Savon intime	Eyelinier
Argile verte	Eau de bleuet
Eau salée	Vernis à ongles
	Dissolvant
	Rouge à lèvres
	Vernis permanent
	Crème pour les mains
	Crème pour les pieds
	Sérum
	Crème contour des yeux
	Crème teintée
	Crème solaire
	Déodorant spray
	Pierre d'Alun
	Déodorant en pâte
	Shampooing sec
	Bain de bouche
	Parfum
	Crème de rasage
	Crème dépilatoire
	Cire

→ 46 produits

Une femme utilise en moyenne 20 produits d'hygiène et cosmétiques par semaine, les hommes en utilisent 7 à 8 par semaine.

Il y a environ une vingtaine d'ingrédients par produit, ce qui fait un nombre très élevé d'ingrédients par semaine.

Le gel hydro-alcoolique n'est pas un produit d'hygiène et cosmétiques, il s'agit d'un biocide.

Les produits non-rincés restent sur la peau longtemps pouvant faciliter la pénétration des substances dans l'organisme, notamment dans le sang. Cette pénétration est d'autant plus rapide sur des **peaux lésées** : épilation, coups de soleil...

Il faut privilégier les **produits solides** car ils ne possèdent pas de conservateurs. Il faut essayer de **limiter le nombre** de produits d'hygiène et cosmétiques utilisés, et privilégier les **produits labellisés**.

L'utilisation de la **crème solaire** doit prendre en compte la balance bénéfique/risque :

- Eviter de s'exposer entre **12h et 16h**
- Porter des **tee-shirts anti-UV** et **chapeaux**
- Ne mettre de la crème que sur la **peau non couverte**
- Changer de crème solaire **tous les ans** : déstabilisation des produits d'un an sur l'autre

Atelier de tri des produits d'hygiène et cosmétiques en fonction de ce qui est sain, moins sain, et pas du tout sain

- Privilégier les **labels**
- **Regarder le nombre d'ingrédients** : éviter les produits avec plus de 15 ingrédients
- **Eviter la pierre d'Alun** qui contient de l'aluminium
- Le label « **Bio cosmétique** » propose parfois des produits **moins chers** que des produits non labellisés
- Utilisation des **huiles essentielles** selon les conseils d'un **professionnel** (pharmacien, naturopathe, aromathérapeute)



Atelier recette avec la création d'un déodorant maison et d'un gommage pour les mains

Recette du déodorant maison :

- 3 cuillères à soupe d'huile de coco
- 3 cuillères à soupe de bicarbonate alimentaire
- 3 cuillères à soupe de fécule de maïs
- Facultatif : 2 à 3 gouttes d'huile essentielle

Faire fondre au bain-marie l'huile de coco. Ajoutez par la suite le bicarbonate et la fécule de maïs. Mélangez jusqu'à l'obtention d'une pâte lisse.

Recette du dentifrice maison :

- 3 cuillère à soupe d'huile de coco
- 1 cuillère à café de bicarbonate alimentaire
- 1 à 2 cuillères à café d'argile blanche
- Facultatif : 2 à 3 gouttes d'huile essentielle

Faire fondre au bain-marie l'huile de coco. Ajoutez par la suite le bicarbonate et l'argile. Mélangez jusqu'à l'obtention d'une pâte lisse.

Il faut éviter l'argile en provenance des pays d'Asie qui peuvent contenir des métaux.



Atelier sur la petite enfance

- Privilégier les **labels**
- Privilégier la **seconde main pour les peluches et les vêtements**
- Utiliser du **caoutchouc naturel non coloré**
- Privilégier les jouets commercialisés **après 2015**
- Attention à ne pas confondre **jouets décoratifs et jouets pour enfants** (réglementation différente): achat dans des magasins de jouets et non dans des magasins de décoration et d'accessoires
- Déballer le siège auto le plus tôt possible pour le laisser **dégazer**



Atelier recette de lessive maison

Recette :

- 50 grammes de savon de Marseille
- 1,5 litres d'eau chaude
- 2 cuillères à soupe de bicarbonate alimentaire
- 5 gouttes d'huile essentielle (facultatif)

Mélanger le savon de Marseille et l'eau chaude à l'aide d'un fouet jusqu'à l'obtention d'un mélange fluide. Ajouter le bicarbonate alimentaire et mélanger. Ajouter les gouttes d'huile essentielle.



Atelier sur les contenants alimentaires et les ustensiles de cuisine

- Choisir du **silicone platinum** qui peut être chauffé jusqu'à 250 degrés
- Le silicone non platinum peut être chauffé jusqu'à 150 degrés
- Privilégier l'inox, la fonte de fer et le verre

- **Eviter les plastiques** : lire le triangle sur les contenants pour connaître la catégorie du plastique
- Eviter les cloches en plastique dans les micro-ondes : plutôt **baiss**er la puissance et **augment**er le temps de cuisson
- **L'induction** est déconseillée pour les femmes enceintes
- Eviter de laver la **planche à découper en bois** avec du liquide vaisselle : préférer de l'eau



Après cette formation, qu'allez-vous mettre en place ?

Au sein de votre structure :

- Essayer de changer la lessive désinfectante fournie aux hébergés
- Reprendre tous les produits d'entretien utilisés dans les structures pour aller vers des produits labellisés
- Avoir une homogénéisation des produits d'entretien dans les structures
- Faire passer des messages lors des ateliers cuisine
- Attirer plus d'hommes lors des ateliers autour de l'entretien et l'hygiène, difficultés à aborder l'hygiène avec eux selon leur culture

Personnellement :

- Tester le déodorant maison

Evaluation

Quelques données chiffrées :

Avant la Formation	3,2/5
Organisation de la Formation	4,7/5
Contenu de la Formation	3,5/5
Animation de la Formation	4,6/5
Moyenne Générale de la Formation	4,0/5

Retours des participants :

« Les informations sont bien amenées, de manière ludique. Pas de jugement et de culpabilisation. »

« Je vais essayer la lessive en premier. Cet atelier donne envie de le refaire avec des bénéficiaires. »

« Je vais tester la lessive que je n'avais pas encore utilisé. »

« Je n'ai pas appris de choses nouvelles, plus des choses personnelles mais pas pour mon travail. »

« Je n'ai pas trop vu la notion petite enfance. »

Annexe 3 : Affichette de présentation du projet de mémoire à destination des familles hébergées en CHRS

La santé environnementale et hébergement en CHRS : quels sont vos ressentis en tant que bénéficiaires ? 🌍

Dans le cadre de mon master 2 en promotion de la santé, j'effectue mon mémoire sur la **santé environnementale auprès des parents hébergés au sein de CHRS en Gironde**. L'objectif de ce travail serait de pouvoir mettre en place une action de sensibilisation sur la santé environnementale **adaptée** aux personnes accueillies dans les CHRS en répondant au plus près à **leurs besoins et attentes**.

J'entends par santé environnementale tout ce qui est lié à **l'hygiène et l'entretien du logement** : produits ménagers, alimentation et cosmétiques, notamment les produits pour bébé.

Afin de mener à bien ma recherche, je souhaite réaliser des **entretiens avec des parents volontaires résidant dans des CHRS** pour échanger autour de la santé environnementale. Ces échanges seront libres et bienveillants, le but est de pouvoir recueillir votre **ressenti**. Toutes les données recueillies seront **anonymes**.

Je peux évidemment me déplacer jusqu'à votre lieu d'hébergement et m'adapter à vos disponibilités pour la réalisation des entretiens.

Si vous êtes intéressé(e)s pour participer à ce travail, vous pouvez me contacter au **06.xx.xx.xx.xx** ou par mail !



Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des familles hébergées en CHRS

Guide d'entretien semi-directif

Objectif : Identifier les représentations et les perceptions en matière de santé environnementale. Identifier les facteurs favorisant et limitant la participation.

Thème : Santé environnementale et participation

Remarque :

- L'enquêteur devra s'adapter à la logique du discours, les termes et le vocabulaire employés par l'enquêté
- Ce guide d'entretien sert d'outils d'aide pour l'interview : l'ordre et l'enchaînement des différents points peuvent être modifiés selon le discours de l'enquêté

Thèmes	Questions	Commentaires
<p>Introduction à l'entretien</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remercier de la participation à l'enquête - Expliquer la démarche et le but de l'entretien - Garantir la confidentialité/anonymat - Lui rappeler ses droits : non obligation de répondre aux questions, pas de « bonnes ou mauvaises » réponses 	<ul style="list-style-type: none"> - Merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien. - Mon mémoire porte sur l'adaptation d'une action de sensibilisation à la santé environnementale auprès de parents accueillis au sein de CHRS. - Nous allons aborder différents points. Je souhaite bien comprendre votre point de vue, comment vous voyez les choses. Vous pouvez parler librement, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. - Je vous rappelle que les données seront traitées dans l'anonymat, votre identité ne sera pas associée à vos réponses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre le fil de la discussion - Répondre aux questions de l'enquêté
<p>Présentation de l'enquêté</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître son contexte socio-professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? - Quelle est votre nationalité ? - Avez-vous une croyance religieuse ? - Quelle est votre situation familiale ? - Quel logement avez-vous au CHRS ? (Chambre, studio, appartement) - Quelle est votre situation professionnelle ? - Quelle est la profession de vos parents ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre le fil de la discussion - Donner des exemples à l'enquêté si celui-ci ne sait pas répondre à la question : exemple

	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des loisirs ? Des activités ? <p>Vis-à-vis de leur enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parler moi de votre/vos enfant(s) - Combien d'enfants avez-vous ? Quel âge ont-ils/a-t-il ? - Comment se passe leur scolarité ? 	d'activités (dessin, football)
<p>La santé</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître ses représentations en termes de santé - Connaître ses représentations sur la santé de leur enfant 	<p>Représentations de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour commencer, quand je vous dis le mot « santé » à quoi pensez-vous ? - Qu'est-ce que ça veut dire être en bonne santé ? - Comment définiriez-vous la santé ? - D'après-vous, est-ce important d'être en bonne santé ? Est-ce que ça vous empêcherait de faire d'autres choses ? - A quoi pensez-vous quand on parle de dangers pour la santé ? <p>Représentations de la santé de leur enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que signifie pour vous avoir un enfant en bonne santé ? - Comment cela se manifeste-t-il ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Etre le moins directif possible - Suivre le fil de la discussion - Saisir ses pratiques et ses représentations - Tenir compte du contexte socio-professionnel de l'enquête <p>Représentations sur la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'enquêté dit ne pas savoir répondre, l'aiguiller en lui donnant des pistes larges : est-ce que la santé relève seulement du physique ? Pour vous, est-ce qu'une alimentation équilibrée est favorable à la santé ?

<p>La santé environnementale Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître ses représentations en termes de santé environnementale - Connaître ses représentations sur la santé environnementale vis-à-vis de leur enfant - Décrire ses habitudes et ses gestes en rapport avec la santé environnementale et celle de son enfant 	<p>Représentations de la santé environnementale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'évoque pour vous le terme « santé environnementale » ? - Comment décrivez-vous la santé environnementale ? - Comment la définiriez-vous ? Quels mots peuvent être associés à ce terme ? - D'après vous, peut-elle impacter votre santé et celle de votre enfant ? <p>Entretien du logement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Racontez-moi ce que vous faites généralement pour l'entretien de votre logement ? A quelle fréquence ? - Quels types de produits ménagers utilisez-vous ? Combien ? - Quel choix motive l'achat de ces produits ? (Publicité, bouche-à-oreille, prix, packaging...) - Comment et où rangez-vous vos produits ? <p>Hygiène</p> <ul style="list-style-type: none"> - Racontez-moi ce que vous faites généralement lorsque vous vous préparez le matin ? - Quels produits d'hygiène et quels cosmétiques utilisez-vous ? - Quels choix motivent l'achat de ces produits ? - Utilisez-vous des produits spécifiquement à destination de vos enfants ? (Lingette, couche, savon pour bébé, parfum...) <p>Alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Racontez-moi ce que vous faites généralement lors des repas ? - Quels ustensiles de cuisine/contenants utilisez-vous ? Pour vos enfants ? (Biberon, bambou...) - Pour quel raison les utilisez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Être le moins directif possible - Suivre le fil de la discussion - Saisir ses pratiques et ses représentations - Tenir compte du contexte socio-professionnel de l'enquêté

<p>Influence de la santé environnementale sur le développement de l'enfant</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître ses représentations en termes de santé environnementale - Connaître ses représentations sur la santé environnementale vis-à-vis de leur enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui pourrait vous faire imaginer que la santé environnementale ait un impact sur votre enfant ? - Sur son développement ? - Sur sa santé ? - Comment cela se manifeste-t-il ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Être le moins directif possible - Suivre le fil de la discussion - Saisir ses pratiques et ses représentations - Tenir compte du contexte socio-professionnel de l'enquêté
<p>Moyens de prévention en santé environnementale</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître ses représentations en termes de santé environnementale - Connaître ses représentations sur la santé environnementale vis-à-vis de leur enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui pourrait vous faire imaginer qu'il faille faire quelque chose pour améliorer la santé environnementale au sein de votre logement ? - Quels moyens pourriez-vous mettre en place chez vous ? - Quelles sont les difficultés vous empêchant de mettre en place des moyens de prévention en santé environnementale ? - Pour vous, quel impact cela pourrait avoir sur votre enfant ? - Quels moyens de prévention pourriez-vous mettre en place ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Être le moins directif possible - Suivre le fil de la discussion - Saisir ses pratiques et ses représentations - Tenir compte du contexte socio-professionnel de l'enquêté
<p>Participation</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les éléments favorisant et limitant la participation 	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'évoque pour vous le mot « participation » ? - Quelles sont les choses qui motivent votre participation à un évènement ? - Quels sont les freins ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Si l'enquêté dit ne pas savoir répondre, l'aiguiller en lui donnant des pistes larges : - Levier économique et géographique - Théorie ou pratique - Côté ludique de l'évènement - Entre pairs

<p>Participation à un atelier en santé environnementale</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les éléments favorisant et limitant la participation à une action de sensibilisation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà participé à un atelier de sensibilisation sur une thématique en santé ? En santé environnementale ? - Si oui, quels éléments ont motivé votre participation ? Quels freins ? - Si non, pour quelles raisons ? - Quels leviers amélioreraient votre participation à un atelier sur la santé environnementale ? - Quels freins ralentiraient votre participation à un atelier sur la santé environnementale ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Si l'enquêté dit ne pas savoir répondre, l'aiguiller en lui donnant des pistes larges : - Atelier collectif, individuel ? - Entre pairs ? - Avec votre enfant ? - Sur quelle thématique ? (Entretien, hygiène, alimentation, petite enfance) - Proximité ? Gratuité ? Durée ?
<p>Conclusion de l'entretien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien et pour votre temps. - Avez-vous des questions ? Voulez-vous dire quelque chose d'autres que nous n'avions pas abordés ? Des notions que nous n'aurions pas abordées ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux questions de l'enquêté

Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des porteurs de projet

Guide d'entretien à destination des porteurs de projet

Objectif : identifier les méthodes d'intervention utilisées pour la mise en place d'action de promotion de la santé environnementale auprès des personnes en situation de précarité

→ **Présentation et explication des objectifs du mémoire**

Présentation de la structure :

Parlez-moi de votre structure, comment est-elle composée ? Quelles thématiques et actions y sont mises en place ?

Implication et participation des personnes à la construction et l'élaboration du projet :

Comment avez-vous mobilisé la participation des personnes en situation de précarité à la création et l'élaboration de votre projet ? Ont-elles été intégrées au comité de pilotage du projet ?

Combien de personnes en situation de précarité ont participé à l'élaboration du projet ? Quels moyens avez-vous utilisé pour permettre leur implication régulière aux réunions/rencontres ?

Comment avez-vous amené la thématique de la santé environnementale auprès des personnes en situation de précarité ? Avez-vous utilisé des outils ? Quel format avez-vous utilisé ? Etait-ce un besoin que vous aviez repéré ?

Est-ce que la participation des personnes en situation de précarité était bénévole ou rémunérée ? Si oui, de combien ? Et si oui, est-ce que cela a renforcé la mobilisation et l'implication ?

Comment avez-vous impliqué les personnes en situation de précarité lors de vos réunions ? Avez-vous organisé des temps de paroles qui leur sont réservées ? Avez-vous réalisé en amont une adaptation de votre discours ?

Comment avez-vous co-construit les futurs ateliers avec elles ?

Moyens nécessaires :

Avez-vous reçu des financements pour la réalisation de ce projet ?

Combien de partenaires ont été mobilisés ? Lesquels ?

Combien de personnes salariées ont travaillé à l'élaboration de ce projet ? Est-ce que le travail de mobilisation régulière des personnes en situation de précarité représente une charge de travail supplémentaire ?

Participation des personnes en situation de précarité aux ateliers :

Quels moyens de communication avez-vous utilisé pour promouvoir vos ateliers sur la santé environnementale ?

Est-ce que la participation aux ateliers est gratuite ? Si non, de combien s'élève-t-elle ?

Avez-vous mis en place des éléments particuliers pour lever des obstacles à la non-participation ? (Aide à la mobilité, garde d'enfants, gratuité)

Evaluation :

Avez-vous co-construit l'évaluation avec les personnes en situation de précarité ? (Quels critères évaluer, sous quelle forme...)

Comment évaluez-vous vos ateliers ? (Ressenti oral, questionnaire écrit)

Quels sont les retours des participants aux ateliers ? Sont-ils satisfaits ? Avez-vous des pistes d'amélioration pour de prochains ateliers ?

Avez-vous élaboré une évaluation sur le long-terme ?

Conclusion

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien et pour votre temps.

Avez-vous des questions ? Voulez-vous dire quelque chose d'autres que nous n'avions pas abordés ? Des notions que nous n'aurions pas abordées ?

Annexe 6 : Diagramme de Gantt du projet de mémoire

Diagramme de Gantt du projet de mémoire

Tâches	Juin 2021		Juillet 2021		Août 2021	
	1 au 15 Juin	16 au 30 Juin	1 au 15 Juillet	16 au 31 Juillet	1 au 15 Août	16 au 31 Août
Recherche bibliographique						
Entretiens avec les associations/acteurs						
Analyse des entretiens avec les associations/acteurs						
Entretiens avec les parents accueillis/accompagnés						
Analyse des entretiens avec les parents accueillis/accompagnés						
Rédaction du mémoire						
Préparation soutenance						

Annexe 7 : Grille d'analyse des données des entretiens avec les parents hébergés en CHRS

Thème	Code
Configuration familiale et sociale	1
Représentations de la santé <ul style="list-style-type: none">- Une définition positive- Pratiques préventives en santé- Importance de la santé des enfants	2
Représentations de la santé environnementale <ul style="list-style-type: none">- Perception de la santé environnementale- Expériences et pratiques personnelles dans l'environnement intérieur en matière de santé environnementale<ul style="list-style-type: none">➤ La place de l'eau de Javel➤ La place des produits parfumés➤ L'influence de l'entourage et des médias➤ L'influence de la culture et des mœurs- Pratiques et choix des produits pour les enfants	3
Influence de la santé environnementale sur le développement de leur(s) enfant(s)	4
Moyens de prévention en santé environnementale	5
Représentations sur la participation <ul style="list-style-type: none">- Participation à un atelier de promotion de la santé- Les leviers favorisant la participation	6
Divers, autres	7

Annexe 8 : Grille d'analyse des données des entretiens avec les porteurs de projet

Thème	Code
Présentation de la structure	1
Implication des personnes en situation de précarité dans le projet <ul style="list-style-type: none">- Le recueil des besoins- Le groupe projet- L'évaluation	2
Participation des personnes en situation de précarité aux ateliers <ul style="list-style-type: none">- Les éléments organisationnels- L'attitude des intervenants	3

Résumé

La santé environnementale est devenue un enjeu de santé publique très important ces dernières années. Il est démontré que l'environnement a des effets directs sur la santé à cause des nombreux polluants présents dans notre quotidien, notamment au sein des logements avec les produits d'entretien, d'hygiène et liés à l'alimentation. L'environnement devient un déterminant majeur de la santé responsable de l'apparition d'inégalités environnementales qui touchent les familles vulnérables, du fait d'une capacité d'agir sur leur environnement amoindri. De plus, on observe que les actions de promotion de la santé environnementale sont à destination majoritairement des classes moyennes et hautes. Adapter ces actions de promotion de la santé environnementale auprès des familles vulnérables paraît nécessaire pour le maintien d'une justice environnementale.

Une enquête qualitative a été menée par le biais d'entretiens semi-directif auprès de 9 parents vulnérables hébergés en CHRS, ce qui a permis de faire émerger les différents besoins et représentations en santé environnementale, et 3 entretiens avec 3 porteurs de projet de promotion de la santé environnementale auprès des publics précaires pour comprendre les éléments méthodologiques et stratégiques à prendre en compte pour adapter une action à ce public. Les préconisations émises par ce travail visent à promouvoir la santé environnementale auprès des familles vulnérables via des actions adaptées qui prennent en compte la réalité du terrain, des besoins des familles et des données de la littérature. Une démarche participative, des partenariats pluri-professionnels et le soutien entre pairs sont des éléments de réussite d'une action pour le renforcement de l'*empowerment* des familles précaires.

Mots-clés : santé environnementale ; promotion de la santé ; familles vulnérables ; *empowerment* ; démarche participative

Abstract

Environmental health has become a very important public health issue in recent years. It has been shown that the environment has direct effects on health because of the many pollutants present in our daily lives, especially in homes with cleaning, hygiene and food-related products. The environment is becoming a major determinant of health responsible for the emergence of environmental inequalities that affect vulnerable families, due to their ability to act on their diminished environment. Moreover, we observe that actions to promote environmental health are mainly aimed at the middle and upper classes. Adapting these actions to promote environmental health among vulnerable families appears necessary for the maintenance of environmental justice.

A qualitative survey was carried out through semi-structured interviews with 9 vulnerable parents housed in social rehabilitation centres, which made it possible to bring out the different needs and representations in environmental health, and 3 interviews with 3 promoters of promotion projects of environmental health with precarious populations to understand the methodological and strategic elements to be taken into account in order to adapt an action to this public. The recommendations made by this work aim to promote environmental health among vulnerable families through appropriate actions that take into account the field reality, the needs of families and data from the literature. A participatory approach, multi-professional partnerships and peer support are elements of successful action to strengthen the empowerment of precarious families.

Keywords : environmental health; health promotion ; vulnerable families ; empowerment ; participatory approach