



EHESP

Ingénieur d'Etudes Sanitaires

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Septembre 2017**

**Les situations d'incurie dans l'habitat :
des contextes différents et des
procédures à adapter**

**Gabrielle BRUNET DE LA
CHARIE**

Remerciements

Je remercie particulièrement Yves Ibanez, maître de stage et IGS à la DD 95, pour sa disponibilité et le soin qu'il a pris dans l'encadrement de ce stage. Je remercie Tania Serrano, enseignante référente, pour son suivi attentif et ses conseils avisés.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps précieux au cours des entretiens. La liste est longue (et disponible en annexe 2 de ce rapport) : responsables de SCHS, pilotes MAIA, coordinatrices de CLSM, représentants du Conseil Départemental, de la MDPH, des SAMSAH, des SSIAD, des CMP, des réseaux gérontologiques, de la DIHAL, de SOLIHA, de l'Alpil, mais aussi Florence Culoma de la DD73 et Catherine Rousseau de la DD69 pour les précisions sur les dispositifs mis en place dans leurs départements respectifs. Sans ces échanges, le travail mené au cours de ce stage n'aurait pas été aussi riche !

Enfin, un grand merci aux techniciens de la cellule Cadre de Vie de la DD95 qui m'ont beaucoup appris et se sont impliqués sur le sujet : Claire Valencia, technicienne référente sur la santé mentale, Sylvie Bredda, Sylvie His et Benoit Simonnet. Un merci tout particulier à Laetitia Neuville, pour la mise à disposition de ses talents de cartographe et pour sa patience dans la réalisation des livrables !

J'ai été touchée par l'implication de tous afin de me faire progresser et d'accomplir un travail qui, je l'espère, sera pertinent et utile pour la DD.

Sommaire

Introduction	1
1 Contexte et méthodologie	3
1.1. Le Val d'Oise, un département à la périphérie de l'Île-de-France.....	3
1.2. Evolution de la problématique au sein des ARS et dynamique de partenariat	3
1.3. Méthodologie	4
1.3.1. <i>Planning et livrables</i>	4
1.3.2. <i>Phase 1 : Analyse des dossiers</i>	5
1.3.3. <i>Phase 2 : Etat des lieux et analyse des partenaires dans le Val d'Oise</i>	6
1.3.4. <i>Phase 3 : Elaboration d'une procédure de traitement interne et d'une fiche d'information à destination des agents de mairie</i>	6
2 Une multiplicité d'acteurs sans chef de file	7
2.1. Etat des lieux des partenaires dans le Val d'Oise.....	7
2.1.1. <i>Structures et dispositifs territoriaux dans le champ de la gérontologie</i>	8
2.1.2. <i>Structures et dispositifs territoriaux dans le champ de la santé mentale</i>	9
2.1.3. <i>Services d'intervention à domicile / aide à la personne</i>	12
2.2. Une couverture géographique hétérogène faisant apparaître trois territoires contrastés dans le Val d'Oise	12
2.3. Une coordination des acteurs nécessaire dans une démarche « d'aller vers »..	13
3 Des situations complexes nécessitant une adaptation de la prise en charge ...	14
3.1. Panorama des typologies proposées dans la littérature	14
3.2. Proposition d'une typologie opérationnelle destinée aux agents de l'ARS	15
3.3. Mobiliser les partenaires pertinents en fonction de la typologie	17
4 Des rôles et modalités d'intervention à préciser	19
4.1. Dispositifs spécifiques Incurie mis en place en Savoie et dans le Rhône	19
4.2. Mettre en place une stratégie pérenne inscrite dans un territoire.....	20
4.3. Articuler les acteurs en définissant un coordinateur de proximité.....	20
4.4. Outiller l'ARS dans son rôle de soutien et d'accompagnement auprès des mairies	21
4.4.1. <i>Proposition d'une procédure de traitement interne à l'ARS</i>	22
4.4.2. <i>Elaboration d'une fiche d'information à destination des agents de mairies</i> .	24
Conclusion.....	25
Bibliographie	27
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALPIL	Action pour l'insertion par le Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
BOP	Budget Opérationnel de Programme
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé
CD	Conseil Départemental
CESF	Conseiller en Economie Sociale et Familiale
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centres Médico-Psychologiques
CNAV	Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
DD	Délégation Départementale
DDT	Direction Départementale des Territoires
DGS	Direction Générale de la Santé
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
EMIL	Equipe Mobile Instaurant le Lien
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie de Précarité
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAMO	Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
IDF	Île-de-France
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ONOF	Oncologie du Nord-Ouest Francilien
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées

POLHI	Pôle Ornaï de Lutte contre l'Habitat Indigne
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les publics démunis
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
RESAD	Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté
RSD	Règlement Sanitaire Départemental
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SSD	Service Social Départemental
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et / ou handicapées psychiques
VAD	Visite à Domicile
VSS	Veille et Sécurité Sanitaire

Introduction

Participant aux conditions de vie, « *le logement est reconnu comme étant l'un des facteurs clés déterminants de la santé* »¹. Les personnes en situation d'incurie sont particulièrement vulnérables, du fait de l'absence de souci de soi et de l'entassement de déchets dans leur logement. Ce mode d'occupation peut alors entraîner la mise en danger de la santé et de la sécurité de l'occupant, voire de son voisinage².

« Incurie », « Syndrome de Diogène », « Accumulation de déchets » : les termes utilisés dans la gestion de ces situations sont multiples. Il convient de les clarifier pour mieux délimiter le sujet abordé dans ce rapport.

« *L'incurie dans l'habitat se caractérise par une manière d'habiter qui rend certaines pièces inutilisables et qui perdent leur fonction soit à cause d'un encombrement excessif soit par une dégradation extrême de l'état de la pièce* ». ³ **L'incurie est un symptôme** qui peut prendre plusieurs formes (accumulation de déchets ou d'objets, hygiène négligée...). Elle n'est pas le signe spécifique d'une pathologie mais l'un des signes d'un tableau clinique plus large tel que la démence, le syndrome dépressif, la schizophrénie.² Les différents auteurs s'accordent sur le fait qu'un élément déclenchant (décès d'un proche, isolement lors du passage à la retraite...) est à l'origine de l'entrée dans l'incurie.

L'accumulation est l'une des formes que peut prendre l'incurie et l'un des symptômes du syndrome de Diogène.

Le syndrome de Diogène est un trouble du comportement. Il peut se traduire par de l'incurie mais les personnes en situation d'incurie ne sont pas toutes atteintes du syndrome de Diogène.² Il est souvent associé à d'autres pathologies psychiatriques (psychoses, troubles de l'humeur et troubles obsessionnels compulsifs) et à l'alcoolisme, sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agit de facteurs déclenchants, co-morbides ou étiologiques.⁴ **Il est donc difficile de le définir en tant que maladie ou symptôme.**

Le présent rapport traite de **l'incurie dans l'habitat**, problématique à laquelle les services santé environnement des ARS (Agences Régionales de Santé) sont confrontés. Ce terme permet de couvrir l'ensemble des situations individuelles signalées, quel que soit le diagnostic (incurie liée au syndrome de Diogène ou non). Les situations et le contexte étudiés sont ceux de la délégation départementale du Val d'Oise.

¹ BARTON H. & TSOUROU C., 2004, *Urbanisme et Santé - Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*

² DIHAL, 2013, *Lutter contre l'habitat indigne : Agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté*

³ ALPIL, 2014, *Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat*

⁴ HANON, C., PINQUIER, C., GADDOUR, N. et al., 2004, « Diogenes syndrome: a transnosographic approach », *L'Encéphale* [en ligne], XXX : 315-22

Face au nombre croissant de signalements reçus et à la diminution progressive des budgets alloués aux travaux d'office, l'ARS se heurte à la problématique de récurrence quasi-systématique sur les situations d'incurie. En effet l'ARS, pour le compte du préfet de département, dispose d'une procédure coercitive visant la résorption rapide des désordres constatés dans l'habitat lorsque ceux-ci constituent un danger imminent et ponctuel pour la santé de l'occupant ou du voisinage (article L1311-4 du Code de la Santé Publique). Cette procédure ne constitue pas à elle seule une réponse satisfaisante permettant de traiter la situation de façon globale et pérenne.

Les situations d'incurie sont particulièrement complexes, de par la diversité de leurs causes et de leurs conséquences, à l'intersection des secteurs de l'habitat, de la santé et du social. En l'absence d'une intervention coordonnée, les acteurs se retrouvent limités dans leur capacité à faire évoluer la situation de manière satisfaisante. La nécessité de se déplacer à plusieurs reprises au domicile de la personne constitue une difficulté supplémentaire.

Avec une trentaine de dossiers traités ces six dernières années, la délégation départementale du Val d'Oise a souhaité qu'une réflexion soit menée sur les situations d'incurie dans l'habitat, afin de mieux définir son action selon la situation rencontrée.

Ce rapport présente la méthodologie employée (*partie 1*) et les résultats des travaux réalisés à ce sujet (*parties 2 à 4*). L'état des lieux des partenaires dans le Val d'Oise met en évidence une multiplicité d'acteurs sans chef de file (*partie 2*). Le travail de typage des situations permet de proposer une adaptation de la prise en charge en mobilisant les partenaires pertinents (*partie 3*). Des recommandations sur les rôles et modalités d'intervention de chacun des acteurs sont ensuite proposées (*partie 4*).

1 Contexte et méthodologie

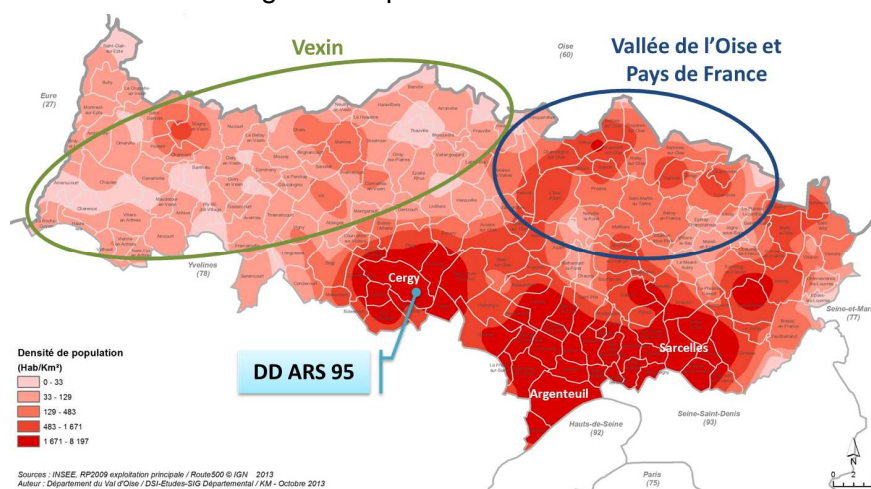
1.1. Le Val d'Oise, un département à la périphérie de l'Île-de-France

Le Val d'Oise est un département de la grande couronne de la région d'Île-de-France. Avec 185 communes et une population de 1.2 millions d'habitants, c'est le département le moins peuplé de la région. Il se caractérise par une urbanisation très contrastée : très dense au sud dans le prolongement de l'agglomération parisienne (Argenteuil, Cergy, Sarcelles), il est composé de territoires à dominante rurale à l'ouest vers la Normandie (Vexin) et au nord vers la Picardie (Vallée de l'Oise et Pays de France).

Le stage s'est déroulé au sein de la délégation départementale du Val d'Oise située à Cergy (voir la carte).

Figure 1: Démographie du Val d'Oise

Source : Carte du département du Val d'Oise d'après des données INSEE RP2009, modifiée pour les besoins du rapport.



1.2. Evolution de la problématique au sein des ARS et dynamique de partenariat

Les délégations départementales des ARS partagent le même constat : sans qu'il y ait de statistiques précises, les signalements de situations d'incurie dans l'habitat portées à leur connaissance sont de plus en plus nombreux ces dernières années. Si cette tendance est difficile à expliquer, elle peut se comprendre par une prise de conscience collective de l'existence du phénomène, un repérage accru de la part des collectivités et une meilleure communication entre les différents services publics sur ces situations (SDIS, Police nationale et municipale, collectivités locales, assistantes sociales...).

Parallèlement à l'évolution de cette problématique, on observe dans les champs du social et de la santé une dynamique nouvelle de partenariat. Cela correspond à la volonté de traiter de manière globale et concertée les besoins spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité. Ainsi, des équipes de soins psychiatriques et des acteurs sociaux et médico-sociaux se rassemblent autour de dispositifs ou de réseaux coordonnés. Les services d'accompagnement et d'aide à domicile se développent également.⁵

⁵ ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2016, *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Île-de-France*

Au niveau ARS, une nouvelle dynamique est impulsée pour décroisonner et mettre en réseau les professionnels des champs sanitaire et social. Les réflexions menées actuellement dans le cadre du PRAPS 2 d'Île-de-France (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les publics démunis) ont permis d'identifier de nouveaux enjeux : la réalisation de diagnostics territoriaux sur plusieurs thématiques dont « les dispositifs de coordination entre acteurs », la « gestion des cas complexes » et la « santé mentale ». Le PRAPS francilien propose parmi ses priorités de « Mieux répondre aux problématiques de santé mentale »⁶.

En ce qui concerne le Val d'Oise, l'amélioration du parcours de santé par des « actions multi-partenariales autour des personnes âgées, de la santé mentale, de la périnatalité et des publics précaires et exclus » constituait l'une des priorités du PRS 2013-2017.

Sur le plan financier, « les contraintes budgétaires auxquelles la lutte contre l'habitat indigne est confrontée [...] impliquent une nécessaire priorisation des actions financées sur le BOP 135 en matière de travaux [...] d'office »⁷. Le nettoyage d'un logement Diogène est particulièrement couteux et le faible nombre de sociétés spécialisées dans ce type de prestation dans le Val d'Oise entraîne une envolée des prix ces dernières années. Les devis disponibles dans les dossiers traités par le département entre 2011 et 2017 vont de 2 250 à 14 650 euros selon l'état, la surface du logement et les prestations incluses (tri, évacuation des déchets, nettoyage, désinfection, désinsectisation, dératisation). **Il s'agit donc de pérenniser les bénéfices obtenus suite à l'exécution des mesures d'office et d'éviter la récurrence.**

1.3. Méthodologie

1.3.1. Planning et livrables

Le travail mené lors du stage s'est déroulé en 4 phases :

Tableau 1 : Planning global et phases de l'étude

Mois	Mai		Juin				Juillet			
Semaine	22-26	29-2	5-9	12-16	19-23	26-30	3-7	10-14	17-21	24-28
Phases	1 Analyse des dossiers Incurie du Val d'Oise	2 Etat des lieux et analyse des partenaires dans le Val d'Oise					3 Elaboration d'une procédure de traitement interne et d'une fiche à destination des agents de mairies		4 Rédaction du rapport	

L'emploi du temps détaillé des 10 semaines de stage est disponible en annexe 1.

⁶ ARS ÎLE-DE-FRANCE, Point DD du 16 mars 2017, *Présentation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les publics démunis*

⁷ MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT INSALUBRE. Instruction interministérielle du 26 octobre 2016 relative au suivi des procédures administratives de lutte contre l'habitat indigne et à la mise en œuvre de l'astreinte administrative.

Dès la deuxième semaine de stage, j'ai soumis au maître de stage des objectifs en termes de livrables pour avis et validation. Quatre livrables ont ainsi été identifiés afin que le travail réalisé soit utile à la cellule cadre de vie de la délégation départementale :

- Une **cartographie géographique et opérationnelle des acteurs** en identifiant non seulement les partenaires privilégiés pour l'ARS mais aussi les acteurs plus indirects. La réalisation d'un état des lieux complet permet de développer une connaissance plus fine des acteurs sur le territoire afin de pouvoir assurer un rôle de conseil, notamment auprès des communes.
- Un **annuaire des partenaires** ;
- Une **procédure interne de traitement** des dossiers permettant d'éviter la récurrence en assurant une prise en charge plus globale des situations ;
- Une **fiche d'information à destination des agents de mairie**. Plusieurs voies de diffusion sont envisagées : mise en ligne sur le site du PDALHPD⁸ piloté par la Préfecture et le Conseil Départemental, distribution au cours des formations à destination des agents de mairie mises en place deux fois par an par le service et envoi aux mairies au moment du signalement.

1.3.2. Phase 1 : Analyse des dossiers

La phase 1 a un double objectif : collecter des données pour élaborer une typologie des situations et réaliser une première liste des partenaires locaux.

Les données utilisées sont celles des dossiers « Incurie » traités par le service VSS de la délégation départementale du Val d'Oise de 2011 à mai 2017, soit 33 dossiers. Etaient disponibles les rapports d'enquête, les arrêtés et des échanges de mail.

Afin de compléter les informations et obtenir des données plus informelles (situation médicale, accompagnement social, suivi de la situation après nettoyage...), j'ai échangé avec les trois techniciens référents sur les dossiers à raison d'un entretien d'une heure chacun. Lorsque cela était nécessaire (manque d'informations concernant les suites du dossier), j'ai contacté par téléphone les CCAS et SCHS concernés pour compléter les informations.

Toutes ces informations ont été synthétisées et rassemblées sur un tableau Excel dont un extrait est présenté en annexe 6.

Un travail de « typage » des situations a ensuite été réalisé. La typologie proposée est une synthèse des recherches bibliographiques et des échanges avec les partenaires.

⁸ « Le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) vise à définir les objectifs et les moyens pour aider les personnes fragilisées, sans abri ou mal logées, à accéder à des hébergements ou des logements adaptés à leurs besoins et à construire des parcours leur permettant de s'y maintenir durablement. » (Source : <http://www.val-doise.gouv.fr>)

1.3.3. Phase 2 : Etat des lieux et analyse des partenaires dans le Val d'Oise

L'identification des partenaires s'est nourrie de l'analyse des dossiers (partenaires connus par l'ARS), de recherches bibliographiques (notamment du Guide Santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement, ARS IDF, 2016) et des échanges au fil de l'eau avec les différents acteurs.

Les prises de contact et de rendez-vous pour les entretiens téléphoniques n'ont pas posé de difficultés particulières. Au vu du nombre important d'acteurs, une priorisation des entretiens à mener a été effectuée avec le maître de stage. La plupart des acteurs ont pu être contactés grâce à leur réactivité (voir annexe 2).

L'état des lieux visait à collecter non seulement des données sur les périmètres d'intervention géographique des différents acteurs mais aussi sur leurs capacités de prise en charge en fonction du cas rencontré. Cela a permis de :

- **Réaliser plusieurs cartographies des secteurs d'intervention des acteurs** (voir annexe 3), avec l'aide de la technicienne référente en cartographie du département VSS (logiciel utilisé : ArcGis 10) ;
- **Elaborer une cartographie opérationnelle des partenaires** en fonction de la typologie proposée précédemment.

1.3.4. Phase 3 : Elaboration d'une procédure de traitement interne et d'une fiche d'information à destination des agents de mairie

Ces deux livrables ont été élaborés dans une démarche de co-construction avec les techniciens de la cellule cadre de vie et les partenaires.

Une première ébauche des documents a été présentée aux techniciens au cours d'une réunion de travail dédiée. Ceux-ci ont donné leur avis et commentaires.

La procédure interne de traitement des dossiers s'est nourrie des recherches sur les dispositifs existants dans d'autres délégations départementales (en Savoie, dans le Rhône et dans l'Orne) et des entretiens menés auprès des partenaires. Elle a évolué jusqu'à ce que tous les techniciens soient à l'aise avec les objectifs et avec le déroulé de la procédure.

La fiche d'information à destination des agents de mairies a fait l'objet d'un envoi par mail pour relecture et commentaires aux six SCHS du département, à la coordinatrice du CLSM Est, aux pilotes des trois MAIA et aux agents de six mairies différentes proposées par les techniciens de la cellule (Cergy, Persan, Ecoeu, Arnouville, Ezanville, Goussainville). Sept structures ont répondu (4 SCHS, 2 mairies ainsi que la MAIA Sud) ce qui a permis de faire évoluer le document et de le faire connaître.

La quatrième phase (rédaction et finalisation du rapport) ne nécessite pas de description.

2 Une multiplicité d'acteurs sans chef de file

La connaissance mutuelle est le premier pas vers le décloisonnement des acteurs. C'est pourquoi la réalisation d'un état des lieux des partenaires dans le Val d'Oise est une étape indispensable afin de savoir mobiliser les bons leviers.

2.1. Etat des lieux des partenaires dans le Val d'Oise

L'analyse des dossiers traités par la cellule Cadre de Vie entre 2011 et 2017 a permis de dresser une première liste des partenaires. Ces derniers sont présentés dans le tableau 2 ainsi que le nombre d'occurrences de chacun dans les dossiers.

Tableau 2 : Occurrences des partenaires dans les dossiers traités entre 2011 et 2017 dans le Val d'Oise

Partenaires	Social							Santé		Coordination			Autres	
	Mairie	CCAS	SCHS	Bailleur social	Famille	Autres AS	Aide à domicile	Médecin traitant	Infirmière à domicile	MAIA	Réseau Joséphine	SAMSAH Horizon	ESAT	Autres associat°
Nombre de dossiers	18	6	4	8	6	3	2	2	2	5	2	2	1	1

Cet exercice met en évidence le manque d'implication connue des professionnels de la psychiatrie, ce qui est étonnant au vu de la problématique. Le suivi social est le plus présent mais ne semble pas permettre de diriger vers un accompagnement psychologique. Ceci est cependant à nuancer car les acteurs de coordination comme la MAIA font souvent le lien avec les professionnels de santé locaux.

La figure 1 propose une vue d'ensemble des partenaires du Val d'Oise présentés dans les chapitres suivants (2.1.1, 2.1.2 et 2.1.3).

Figure 1 : Cartographie fonctionnelle des partenaires dans le Val d'Oise

	2.1.1 Gérontologie	2.1.2 Santé mentale	2.1.3 Hygiène et Soins à domicile	Social
Structures et dispositifs de coordination	<ul style="list-style-type: none"> Service de gestion de cas de la MAIA Réseaux de santé gérontologiques CLIC 	<ul style="list-style-type: none"> SAMSAH CLSM / RESAD 		Mairie
Structures et dispositifs de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant Autres professionnels de santé (psychiatres, infirmiers psychologues...) 	<ul style="list-style-type: none"> Etablissements hospitaliers EMPP CMP CSAPA (volet addiction) 	<ul style="list-style-type: none"> SSIAD SAAD Portage de repas à domicile Auxiliaires de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Travailleurs sociaux (CCAS, SSD, SAVS, bailleur social, service social de l'hôpital...)

2.1.1. Structures et dispositifs territoriaux dans le champ de la gérontologie

La MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), **les réseaux gérontologiques et les CLIC** (Centres Locaux d'Information et de Coordination) **accompagnent les personnes âgées en perte d'autonomie**. Ces acteurs n'interviennent pas sur les mêmes situations, il existe une certaine gradation dans la prise en charge : les CLIC accompagnent des situations peu complexes alors que la MAIA prend en charge la grande complexité.

Les CLIC sont des services de proximité dédiés aux personnes âgées (à partir de 60 ans) et à leur entourage. Ils visent le maintien à domicile en établissant un partenariat entre les proches et l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux. Les CLIC dans le Val d'Oise sont au nombre de trois : le **CLIC de Sarcelles**, qui travaille en lien avec le SCHS de la commune, les **CLIC Val et Forêt et Rives de Seine**, tous deux regroupés au sein de l'AGVMRS (Association Gérontologique Vallée Montmorency Rives de Seine). En lien avec d'autres partenaires (SCHS, réseaux gérontologiques et MAIA), les CLIC peuvent prendre le relais dans les situations de perte d'autonomie peu complexes.

Le département du Val d'Oise est couvert par quatre **réseaux gérontologiques** assurant une coordination médico-psycho-sociale : **Automne** à l'est, **Joséphine** au sud, **Odysée** à l'ouest et **ONOF** (Oncologie du Nord-Ouest Francilien) au centre et au nord. A la suite d'une évaluation médico-psycho-sociale à domicile, ils assurent l'organisation de la prise en charge et la coordination, puis mettent en place les relais aux professionnels de proximité tout en assurant un suivi. Les critères d'inclusion sont variables d'un réseau à un autre (prise en charge à partir de 60 ans pour Joséphine et Automne, 75 ans pour ONOF, sans limite d'âge pour Odysée).

La MAIA est un dispositif d'intégration et de coordination des services d'aide et de soins existants sur un territoire (hôpital, CLIC, réseau de santé). La MAIA dispose d'un **service de « gestion de cas »** prenant en charge des situations particulièrement complexes. L'accompagnement de la gestion de cas de la MAIA est alors intensif, personnalisé et sur le long terme, en lien avec les différents acteurs du territoire. Seules les situations complexes cumulant des difficultés médicales et sociales (isolement ou rupture de lien social) peuvent prétendre à la gestion de cas. La personne accompagnée doit également avoir plus de 60 ans et donner son accord.

Le département du Val d'Oise bénéficie d'une couverture totale par la MAIA organisée en trois secteurs :

- **La MAIA Sud** fait partie d'une association, l'AGVMRS, qui regroupe deux CLIC (Rives de Seine et Val et Forêt), le réseau Joséphine et la CNAV / MSA.

- La **MAIA Est** est en lien avec le réseau gérontologique Automne et le CLIC de Sarcelles sans que ceux-ci ne soient regroupés au sein d'une même association. Contrairement à la MAIA Sud, ces trois structures ne sont pas situées au même endroit et travaillent par conséquent plus indépendamment l'une de l'autre.
- **La MAIA Ouest**, adossée à l'hôpital de Pontoise, travaille à développer le volet psychiatrique du sujet âgé.

Le point d'entrée pour demander un accompagnement par la gestion de cas de la MAIA est le FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation, voir annexe 7).

2.1.2. Structures et dispositifs territoriaux dans le champ de la santé mentale

Les **CLSM** (Conseils Locaux de Santé Mentale) sont des « *plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants, la médecine de ville et les différents services concernés* »⁹. Ils ont pour objectifs de décloisonner la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique et de coordonner les acteurs sur les situations complexes. En plein essor, le nombre de CLSM en France est passé de 35 à plus de 100 entre 2010 et 2014¹⁰.

Dans le Val d'Oise, trois CLSM ont été créés depuis 2015. Ces structures ne sont pas encore pleinement développées :

- Le **CLSM de l'Agglomération de Cergy Pontoise** est en cours de définition de ses missions. Il intervient sur 12 communes du département.
- Le **CLSM du Haut Val d'Oise** a réalisé un état des lieux des problématiques sur son territoire. Il couvre 9 communes et travaille actuellement à la mise en place d'un GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle).
- Le **CLSM Val d'Oise Est**, intervenant sur 24 communes, a sélectionné comme axes de travail la coordination sur les situations complexes et le logement des personnes en souffrance psychique. Dans ce cadre, le CLSM a mis en place une **RESAD** (Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté) active depuis février 2017.

D'autres CLSM sont en projets sur la commune d'Argenteuil et la communauté d'agglomération du Val Parisien (Centre du Val d'Oise).

Si les CLSM de l'Agglomération de Cergy Pontoise et du Haut Val d'Oise ne peuvent jouer encore pleinement leur rôle de coordination sur les situations complexes, ils peuvent apporter des conseils ou orienter vers d'autres partenaires. En revanche, la RESAD du CLSM Est est un outil prometteur et un relai intéressant pour l'ARS (*Voir encadré*).

⁹ ARS ILE DE FRANCE, 2012, *Cahier des charges* [en ligne], disponibilité : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AAC-Cahier-des-charges-CLSM.pdf>

¹⁰ MALARET A., 2015, « Le nombre de conseils locaux de santé mentale est passé de 35 à plus de 100 entre 2010 et 2014 », *Hospimédia* [en ligne]

FOCUS SUR LA RESAD

La RESAD est une instance technique réunissant des acteurs des champs du social, de la santé et des représentants d'usagers qui tentent de réfléchir ensemble sur une situation dite complexe et d'accompagner le professionnel en difficulté par la mise en commun de leurs ressources et de leurs compétences.

La RESAD du CLSM Est rassemble des représentants des services sociaux municipaux (2 CCAS et un service prévention), du Service Social Départemental, de la médecine générale, d'un bailleur social, d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA de Garges-lès-Gonesse), du secteur psychiatrie adultes de l'hôpital de Gonesse (EMPP), du secteur médico-social (SAMSAH de Sarcelles), du service Gestion de cas de la MAIA Val d'Oise Est, du commissariat de Sarcelles, de représentants associatifs (GEM de la gare), de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM 95).

D'après la Charte de la RESAD Val d'Oise Est

Au cours des échanges téléphoniques réalisés, les coordinateurs des CLSM étaient très en demande d'orientations de la part de l'ARS concernant les objectifs et l'organisation à mettre en place, ce qui laisse un champ d'action important. Notons aussi que les CLSM créés ne couvrent pas l'ensemble du territoire du Val d'Oise mais seulement un quart des communes (voir annexe 3).

Dépendant du service psychiatrique d'un hôpital, les **Equipes Mobiles Psychiatries de Précarité (EMPP)** établissent les liens avec les équipes de psychiatrie de secteurs pouvant prendre le relais pour des soins dans la durée. La dimension « Aller vers » fait partie intégrante de leurs missions.¹²

On en dénombre deux dans le Val d'Oise. L'EMIL (Equipe Mobile Instaurant le Lien) ne dispose que d'un psychiatre à mi-temps pour les secteurs très étendus du CH de Pontoise et de Beaumont sur Oise. L'EMPP de Gonesse est confrontée actuellement à une problématique de postes vacants.¹¹ Leur intervention sur les cas complexes tels que les situations d'incurie est de fait compromise, faute de temps disponible à consacrer à une personne qui ne souhaite pas être aidée.

Les CMP (Centres Médico-Psychologiques) sont des centres spécialisés dans la prise en charge de problèmes d'ordres psychologiques. Composés de psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, assistants sociaux, ils sont rattachés à un hôpital et organisés par secteur de psychiatrie adulte. Les CMP proposent des consultations **gratuites sur rendez-vous**. Ils peuvent effectuer des visites à domicile sur prescription médicale du médecin et avec l'accord du patient. Une première consultation auprès d'un

¹¹ ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2017, *PRAPS Diagnostic territorial Val d'Oise*

médecin au sein de l'hôpital ou au CMP est donc nécessaire. De manière générale, les CMP sont très demandés et nécessitent une prise de rendez-vous à l'avance.

Dans le Val d'Oise, les CMP sont au nombre de quatorze, soit un par secteur de psychiatrie adulte (voir annexe 3).

Pour les adultes pouvant bénéficier d'une reconnaissance de situation de handicap physique, psychique ou mental par la MDPH, les **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et **SAVS** (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale) peuvent être impliqués. Les SAVS sont majoritairement composés de travailleurs sociaux et accompagnent les adultes handicapés sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne (démarches administratives, logement, travail...). En plus des prestations du SAVS, les SAMSAH proposent un suivi médical et paramédical.¹²

Les SAMSAH et SAVS interviennent uniquement sur notification de la MDPH auprès de laquelle un dossier doit être constitué. Ils bénéficient d'un agrément délivré par le Conseil Départemental qui définit les critères d'inclusion et le public accueilli (handicap moteur, handicap psychique).

Le département du Val d'Oise dispose de trois SAMSAH dont deux accueillent le handicap psychique et les personnes en déficience intellectuelle. L'ouverture d'un troisième SAMSAH accueillant le handicap psychique est en projet afin de mieux couvrir l'ouest du Val d'Oise. Les SAVS, au nombre de quatorze, peuvent constituer des « relais » lorsque l'accompagnement SAMSAH (d'une durée de 2 à 5 ans) prend fin.

La prise en charge des addictions (proportion importante de personnes souffrant d'alcoolisme sur les situations d'incurie) n'est pas simple, les acteurs se déplaçant peu ou pas à domicile. Les partenaires assurant une coordination médico-sociale comme la MAIA, les réseaux gérontologiques ou les SAMSAH font généralement appel aux associations locales, aux CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou au secteur hospitalier (Consultations d'addictologie) pour traiter ce volet. Le Val d'Oise comporte six CSAPA implantés sur les zones les plus urbanisées du département, avec l'organisation de consultations avancées sur les territoires plus isolés du Vexin¹³.

Le médecin traitant est rarement présent sur les situations d'incurie rencontrées. Il convient ici de rappeler son rôle central dans la coordination médicale et la nécessité de l'impliquer le plus tôt possible dans le dispositif. Les partenaires essaient la plupart du temps de travailler sur ce point.

¹² ARS ÎLE-DE-FRANCE (éd.), 2016, *Guide Santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement*

¹³ ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2017, *PRAPS Diagnostic territorial Val d'Oise*

2.1.3. Services d'intervention à domicile / aide à la personne

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont des partenaires précieux pour le maintien de la situation suite au nettoyage. Leur intervention nécessite cependant l'accord et la « stabilisation » du comportement de l'occupant.

Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) font intervenir des infirmiers (soin) et aides-soignants (hygiène) à domicile. Les personnes concernées par le dispositif sont les personnes handicapées de moins de 60 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de pathologies chroniques et /ou invalidantes¹². L'intervention d'un SSIAD se fait uniquement sur prescription médicale et nécessite de disposer d'une attestation de sécurité sociale (prise en charge à 100% par la sécurité sociale).

D'autres services concourent au maintien à domicile et assurent un relais suite au nettoyage : les **SAAD** (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile), les services de **portage de repas à domicile** proposés par les mairies, les **auxiliaires de vie...**

2.2. Une couverture géographique hétérogène faisant apparaître trois territoires contrastés dans le Val d'Oise

Au regard des cartographies réalisées au cours du stage (voir annexe 3), on observe trois réalités différentes sur le territoire :

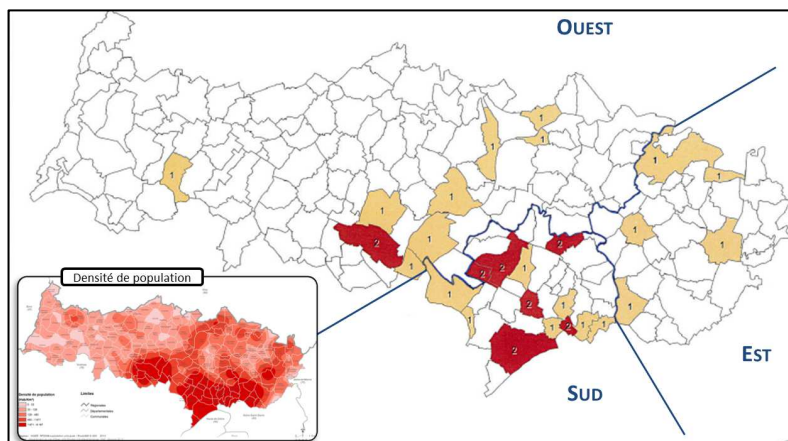
- L'Est du Val d'Oise, plutôt bien pourvu aussi bien en termes de prise en charge des personnes âgées (MAIA Est, Réseau gérontologique Automne, CLIC de Sarcelles) que de la santé mentale (CLSM Est actif et EMPP de Gonesse).
- Le Sud du Val d'Oise, ne disposant ni de CLSM ni d'EMPP mais bénéficiant d'une association particulièrement dynamique et polyvalente permettant de compenser ce manque : l'AGVMRS. Notons que l'AGVMRS travaille avec les professionnels de santé de proximité et les CMP pour le volet santé mentale.
- L'Ouest du Val d'Oise (territoire très étendu mais faiblement peuplé) est le plus démuné. L'EMIL, surchargée, ne peut intervenir à domicile sur un si grand secteur. Les CLSM du Haut Val d'Oise et de l'Agglomération de Cergy-Pontoise ne sont pas encore suffisamment à maturité pour jouer pleinement un rôle de coordination. L'accompagnement des personnes âgées s'est développé en revanche depuis 2015 avec la prise en charge de communes par le réseau Odyssee et l'acquisition de la thématique gérontologie par le réseau ONOF.

Si l'on met en balance ces constats avec « l'activité » de l'ARS sur l'incurie dans l'habitat entre 2011 et 2017 (voir figure 2), environ 60% des situations signalées se situent dans le sud du Val d'Oise, 30% dans l'ouest et 10% dans l'est. Les signalements sont plus nombreux sur les zones les plus peuplées.

Figure 2: Nombre de situations d'incurie traitées par l'ARS dans le Val d'Oise de 2011 à mi-2017

Les chiffres correspondent au nombre de dossiers traités par l'ARS sur la commune (1 en orange ; 2 en rouge)

En bas à gauche pour comparaison : carte de la démographie du département du Val d'Oise d'après des données INSEE RP2009.



2.3. Une coordination des acteurs nécessaire dans une démarche « d'aller vers »

Les situations d'incurie concentrent plusieurs difficultés pour les gestionnaires de cas. Il faut d'une part **assurer la coordination entre les différents secteurs** (social, médical, habitat) et d'autre part **composer avec une multiplicité d'acteurs au sein d'un même secteur**. Le manque de spécialisation des acteurs n'offre pas une lisibilité des champs d'intervention de chacun mais donne a contrario une certaine souplesse et adaptabilité dans la prise en charge.

Que ce soit dans le secteur social ou médical, **il n'existe pas de « chef de file » pour gérer les situations d'incurie dans l'habitat**. Une **coordination des acteurs au cas par cas, sur chaque situation rencontrée, est donc indispensable et doit être formalisée**.

Par ailleurs, la problématique d'incurie est très souvent caractérisée par l'**absence de demande et l'isolement social de la personne**. **La visite à domicile (VAD) est la modalité d'intervention à privilégier pour les partenaires**. La VAD est indispensable pour évaluer la situation, prendre contact, consolider le lien de confiance et construire l'intervention. On parle d'une **démarche « d'aller-vers »**, c'est-à-dire une démarche active nécessitant d'aller à la rencontre des personnes. Cela limite le champ des partenaires pouvant intervenir : ceux-ci doivent être mobiles.

L'intervention à domicile fait partie des modalités de soins en psychiatrie de secteur, inscrite dans l'article R.3221 du Code de la Santé Publique. Dans un rapport¹⁴ de 2016, l'ARS d'Île-de-France souligne cependant que l'intervention psychiatrique à domicile reste mal répertoriée et peu valorisée. Cette modalité de soins est peu soutenue dans les établissements car considérée comme trop chronophage pour des équipes déjà submergées de demandes.

¹⁴ ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2016, *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Île-de-France*

3 Des situations complexes nécessitant une adaptation de la prise en charge

3.1. Panorama des typologies proposées dans la littérature

Ce qui ressort des différents articles de la littérature, c'est bien la complexité dans la qualification du syndrome de Diogène. Les difficultés rencontrées pour définir et caractériser le syndrome de Diogène entraînent des difficultés dans les choix de prise en charge médicale et sociale. On note différentes approches dans la classification des situations.

En 2001, Reyes propose une classification selon un diagnostic primaire et secondaire¹⁵. Le diagnostic de syndrome de **Diogène primaire** serait non lié à une pathologie psychiatrique autre alors que le syndrome de **Diogène secondaire** y serait associé (psychose, dépression, alcoolisme...).

En 2003, plusieurs psychiatres publient un article dans la revue de psychiatrie « L'Encéphale » où ils distinguent deux types de syndrome de Diogène, l'un « **actif** » et l'autre « **passif** ». « *En effet, parmi ces patients qui entassent, il y a ceux qui vont activement chercher les ordures du « dehors » pour les rapporter « dedans ». À l'inverse, il y a ceux qui se laissent envahir passivement par les déchets, les sacs plastiques et qui laissent regorger les sanitaires. Les « actifs » remplissent leur intérieur pour combler le vide d'une existence qui se dégrade et qui perd son attrait narcissique. Les « passifs » se laissent déborder par les accumulations qui se font par défaut, par manque.* »¹⁵

En 2010, une enquête descriptive menée sur un échantillon de 121 personnes aboutit sur quatorze types possibles de Diogène et en étudie la fréquence¹⁶. Ces quatorze types sont construits à partir de quatre critères dont un critère principal « Refus des aides » et trois critères secondaires : « relation inhabituelle aux objets » (entasseur), « relation aux autres de type misanthropie » et « négligence corporelle ». L'étude distingue ainsi :

- les « **Diogènes complets** » présentant les trois critères secondaires,
- les « **Diogènes partiels** » présentant deux des trois critères secondaires,
- les « **Diogènes très partiels** » présentant seulement un des trois critères secondaires.

Pour chacune de ces catégories plusieurs types sont construits en combinant avec le critère principal « avec ou sans refus des aides ».

¹⁵ HANON, C., PINQUIER, C., GADDOUR, N. et al., 2004, « Diogenes syndrome: a transnosographic approach », *L'Encéphale* [en ligne], XXX : 315-22

¹⁶ MONFORT, J.-C., HUGONOT-DIENER, L., DEVOUCHE, E. et al., 2010, « Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive », *Psychologie et Neuropsychiatrie Du Vieillessement* [en ligne], 8(2), 141–153..

Plus récemment, en 2014, l'Alpil (Action pour l'insertion par le logement) a publié un rapport sur son dispositif expérimental de prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat et y propose une typologie des situations rencontrées. Cette typologie donne des éléments de différenciation dans la prise en charge. Trois types sont ainsi décrits¹⁷ :

- Le « **collectionneur** », dans une démarche active de récupération, est très attaché à ses objets et oppose une résistance importante à l'aide proposée.
- Le « **décrocheur** » abandonne passivement l'entretien de son logement et les démarches associées (loyers, papiers, factures...). D'après l'Alpil, le décrocheur n'est « *pas forcément attaché aux objets. On trouve aussi fréquemment dans ces tableaux des personnes souffrant d'une addiction importante et ancienne à l'alcool, aux médicaments, ou des troubles psychiatriques invalidants* ».
- « **L'accumulateur d'animaux** » se laisse déborder par l'hébergement d'animaux en surnombre.

Si elles permettent de mieux comprendre le syndrome de Diogène et d'en aborder la complexité, ces études ne permettent pas de dégager une typologie réutilisable par l'ARS d'un point de vue opérationnel. Les premières typologies présentées ont été élaborées par des professionnels de la psychiatrie : elles cherchent à se rapprocher d'une réalité scientifique et médicale. La dernière typologie présentée par l'Alpil permet d'entrevoir des conséquences en termes de gestion mais ne s'intéresse pas aux partenaires pouvant agir en fonction de la situation (hormis la DDPP pour le profil « accumulateur d'animaux »).

3.2. Proposition d'une typologie opérationnelle destinée aux agents de l'ARS

Un des objectifs fixés en début de stage était de proposer une **typologie opérationnelle facilitant la gestion de cas**. La typologie décrite ci-dessous n'a donc pas pour ambition d'être médicalement fine et précise. **Elle a été élaborée au regard de l'analyse des dossiers Incurie dans le Val d'Oise entre 2011 et 2017 et de l'état des lieux des partenaires sur le territoire.**

De nombreuses questions se sont posées : faut-il réaliser une différenciation au niveau des symptômes (collectionneur, décrocheur...) ? de la pathologie (syndrome de Diogène, alcool-dépendance, handicap) ? de la catégorie sociale ? Pour être pleinement opérationnelle, une typologie en fonction des critères de prise en charge des partenaires paraissait plus pertinente.

La même analyse menée dans un autre territoire pourrait aboutir à un résultat différent, notamment en fonction des partenaires disponibles. C'est donc une proposition pertinente à un instant T dans le Val d'Oise mais qui mériterait d'être retravaillée en vue d'une

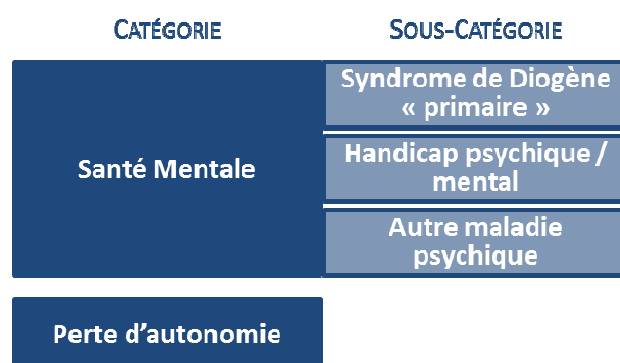
¹⁷ ALPIL, 2014, *Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat*

éventuelle généralisation sur un territoire plus large (Île-de-France, France métropolitaine...).

On distingue ainsi les sujets en **perte d'autonomie** des sujets atteints de **troubles de la santé mentale**. Ces deux catégories ne feront pas intervenir les mêmes acteurs.

La « perte d'autonomie » définie ici est celle du sujet âgé, qu'elle soit liée au vieillissement, à la perte de mobilité, à la maladie ou aux troubles cognitifs liés à l'âge.

Figure 3 : Typologie des situations d'incurie



On pourrait imaginer la perte d'autonomie du sujet jeune, liée à un handicap moteur notamment. Cependant ce cas n'a pas encore été rencontré dans le Val d'Oise et ne constitue pas une situation « complexe » pouvant aboutir sur de l'incurie en l'absence d'autres troubles psychiques.

La notion de « santé mentale » regroupe :

- Les **maladies psychiques ou maladies mentales**, c'est-à-dire des pathologies diagnostiquables par un médecin (ex : schizophrénie, dépression, démence...)
- Le **handicap psychique** résultant d'une maladie ou d'un trouble psychique. La notion de handicap prend en compte les conséquences de la maladie sur les activités quotidiennes de la personne.
- Le **handicap mental**, désignant usuellement un handicap résultant de déficiences intellectuelles.¹⁸

Dans notre typologie, la catégorie « santé mentale » est la plus complexe et la plus représentée au sein des personnes en situation d'incurie. Cette catégorie peut être divisée en trois « sous-catégories ».

On distingue ainsi la maladie psychique des troubles qui peuvent faire l'objet d'une reconnaissance de handicap psychique ou mental. En effet, sous réserve de l'évaluation par la MDPH, le handicap peut être accompagné par des acteurs spécialisés (SAMSAH, SAVS...).

Le **syndrome de Diogène « primaire »** a été isolé dans cette typologie. On entend ici par syndrome de Diogène « primaire » un attachement excessif aux objets (refus catégorique du moindre tri, même insignifiant) et le refus systématique (du moins au départ) de laisser des personnes extérieures entrer dans le logement. Ce syndrome de Diogène

¹⁸ DIHAL, 2013, *Lutter contre l'habitat indigne : Agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté*

« primaire » n'est pas défini ici comme l'absence d'autres troubles (par exemple l'addiction) mais bien par un comportement particulier vis-à-vis des objets et des personnes extérieures. **La suspicion d'un syndrome de Diogène « primaire » va induire non pas des acteurs spécifiques mais une gestion différente de la situation** (recours plus systématique à la procédure L1311-4 du CSP).

Cette typologie a été appliquée aux 33 dossiers étudiés dans le Val d'Oise afin de tester son opérabilité. Elle n'a pas posé de difficulté de classification. Les résultats sont présentés ci-dessous. Le tableau dénombrer les personnes et non les dossiers pour distinguer les différents troubles sur les situations d'incurie à deux (33 dossiers dont 7 situations d'incurie à deux : 4 couples et 3 cohabitations Mère / enfant, soit 33 + 7 = 40 personnes).

Tableau 3 : Classement des personnes selon la typologie proposée dans le Val d'Oise

Catégorie	Sous-catégorie	Précisions	Nb
Perte d'autonomie	Sujet âgé		9
	SD primaire		14
	Handicap psy ou mental	<i>Handicap mental et addiction (alcool)</i>	1
Santé mentale		<i>Maladie psychique et addiction</i>	13
	Autre maladie psychique	<i>Maladie psychique</i>	2
		<i>Dépression, maltraitance, isolement</i>	1
Total général			40

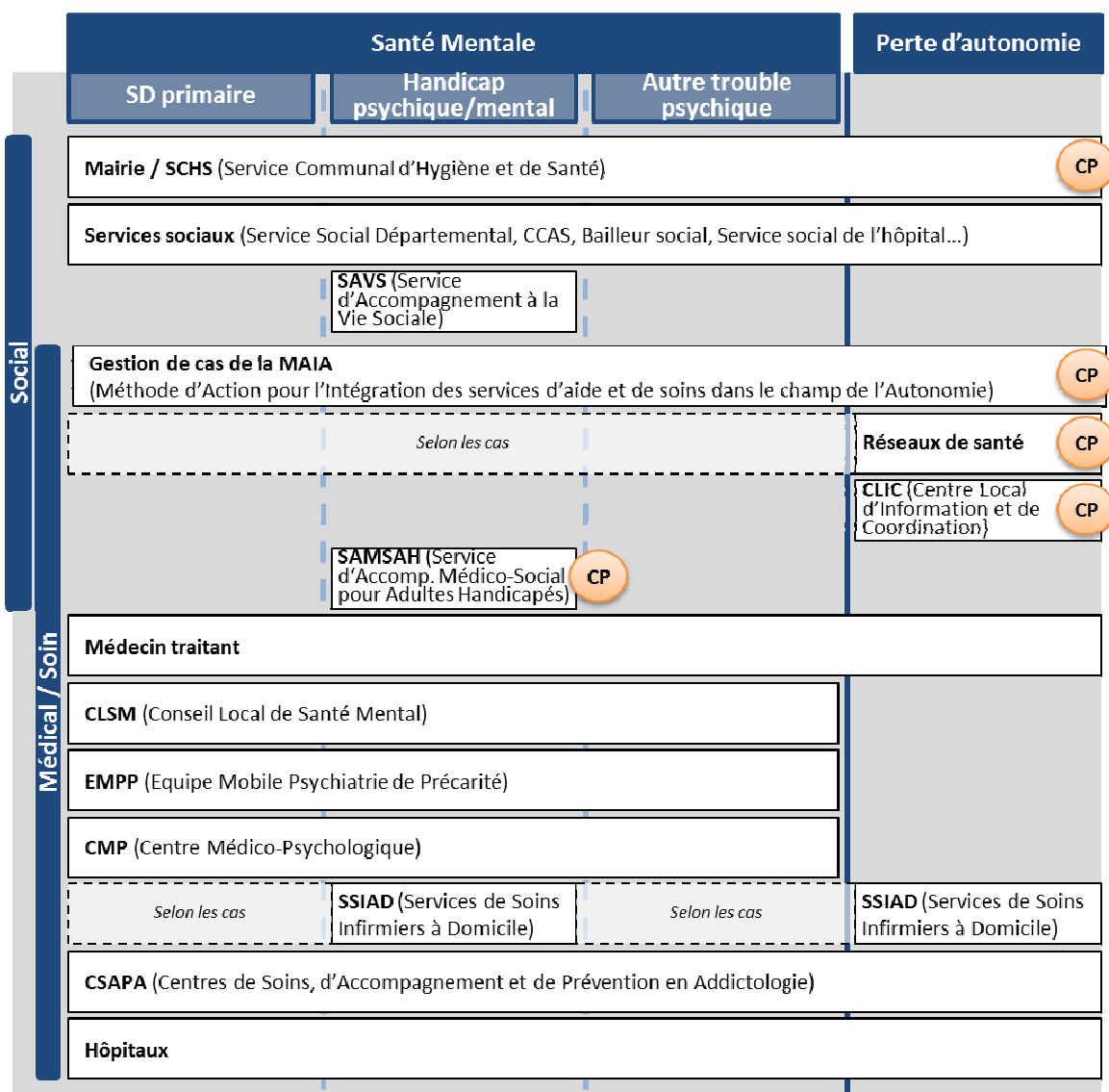
3.3. Mobiliser les partenaires pertinents en fonction de la typologie

La typologie proposée a été mise en perspective en réalisant une cartographie « opérationnelle » des partenaires, répartis selon leur capacité d'intervention. Les travaux menés sur le typage des situations et l'état des lieux des partenaires ont donc permis de construire une cartographie qui, accompagnée d'un annuaire, outille les agents de la DD ARS 95 pour activer les bons leviers et participer à la mise en place d'une prise en charge globale.

La cartographie opérationnelle ci-dessous présente les partenaires du Val d'Oise répartis selon **deux axes** en fonction de leur champ d'intervention : **la typologie** construite précédemment et **le secteur** (social / médical). Les partenaires pouvant assurer le rôle de coordinateurs de proximité sont identifiés par une pastille de couleur (en orange).

D'un point de vue fonctionnel, tous les champs d'intervention nécessaires sont couverts dans le département du Val d'Oise. Il y a cependant un **manque de disponibilité des acteurs** qui ressort dans tous les entretiens menés même si cela n'a pu être approfondi au cours de cette étude.

Figure 4 : Cartographie opérationnelle des partenaires - Département du Val d'Oise



CP Potentiel coordinateur de proximité

4 Des rôles et modalités d'intervention à préciser

4.1. Dispositifs spécifiques Incurie mis en place en Savoie et dans le Rhône

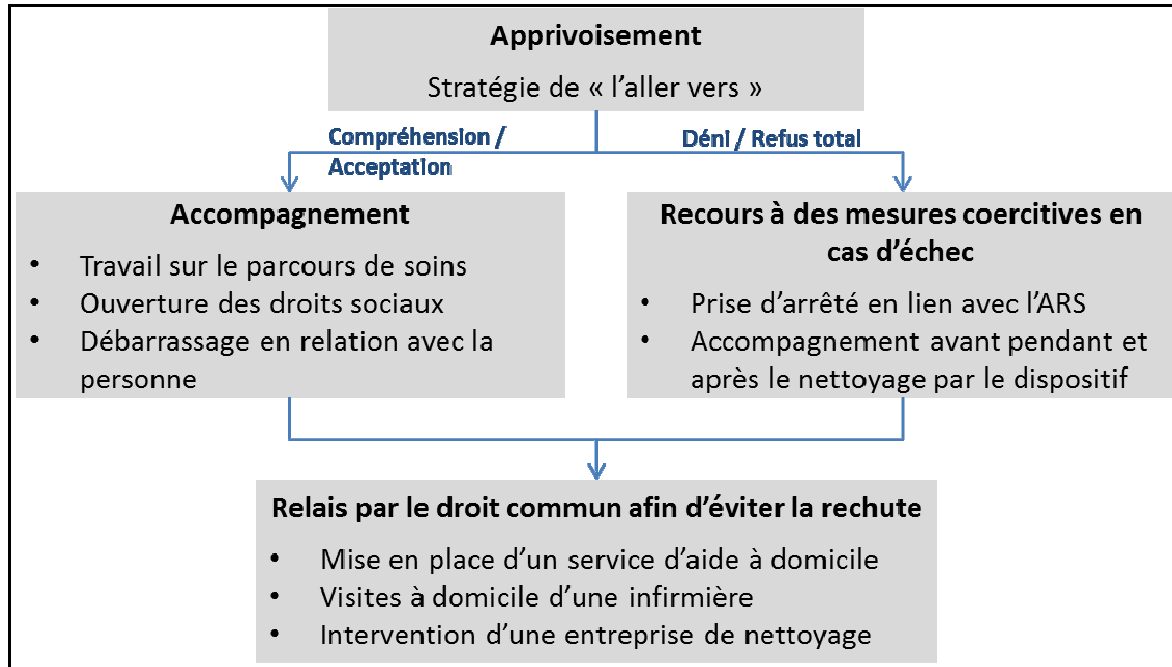
Plusieurs départements ont mené une réflexion sur des dispositifs ou procédures spécifiques pour gérer les situations d'incurie.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes contribue au financement de deux dispositifs dans le cadre de la mise en œuvre du deuxième Plan Régional Santé Environnement (PRSE 2).

Dans le département de la Savoie, le dispositif fait intervenir une infirmière consultante formatrice et trois collaboratrices de son cabinet : une assistante sociale CESF, une aide-soignante et une auxiliaire de vie. Du fait de son expérience, l'infirmière consultante est en mesure de poser un diagnostic et de décider quel accompagnement mettre en place en conséquence. C'est elle-même ainsi que ses collaboratrices qui effectuent le premier nettoyage nécessaire pour mettre en place un relais par le droit commun. Composé de personnes de terrain, le dispositif permet de s'adapter à toutes les situations.

Très peu de partenaires interviennent donc sur ces situations au-delà du dispositif, hormis les auxiliaires de vie prenant le relais une fois la situation stabilisée.

Figure 5 : Schéma d'action du dispositif Incurie en Savoie



D'après l'ARS, le dispositif obtient de très bons résultats et permet de ne pas recourir systématiquement à un arrêté d'urgence. Sur les 28 situations traitées depuis 2015, seules 7 ont fait l'objet d'un arrêté. La décision de réaliser une procédure L1311-4 est prise lorsque l'infirmière pose le diagnostic de syndrome de Diogène « pur ». D'après elle,

un Diogène « pur » n'est pas défini par l'absence d'autres troubles psychiatriques ou d'alcool-dépendance mais par le refus catégorique du moindre tri même minime.

Dans le département du Rhône, le dispositif fait l'objet d'une convention entre l'ARS et l'Alpil (Action pour l'insertion par le logement). Il se compose de deux travailleurs sociaux (0.9 ETP), d'un infirmier avec expérience en milieu psychiatrique (0.4 ETP) et d'un psychologue clinicien (0.2 ETP). Le principe est sensiblement le même que pour la Savoie : le dispositif intervient à domicile (accompagnement de la personne, aide au tri ou nettoyage) jusqu'à la mise en place des services d'aide au maintien.¹⁹

4.2. Mettre en place une stratégie pérenne inscrite dans un territoire

Si les deux dispositifs présentés ci-dessus semblent efficaces et adaptés à la gestion des situations d'incurie dans l'habitat, **la question de la pérennité de leur financement se pose**. Les subventions sont imputées en totalité sur les crédits du FIR (Fonds d'Intervention Régional) pour la Savoie et en partie pour le Rhône avec un co-financement de la Dihal suite à un appel à contribution.

Il semble par conséquent difficile de généraliser ces dispositifs sur l'ensemble du territoire national en termes de financement et de personnes-ressources.

Mettre en place des solutions durables avec les partenaires existants et engager une réflexion sur l'organisation des services à l'échelle d'un territoire sont deux axes de travail qui permettent d'envisager des solutions pérennes financièrement et dans le temps.

Dans le département de l'Orne, les membres du POLHI (Pôle Ornais de Lutte contre l'Habitat Indigne) se sont entendus sur un schéma d'intervention partenarial afin de coordonner les services travaillant sur la thématique de l'incurie (voir annexe 8).

4.3. Articuler les acteurs en définissant un coordinateur de proximité

Dans le Val d'Oise, aucune procédure ou schéma d'intervention partenarial n'a encore été élaboré pour gérer les situations d'incurie. La majorité des dossiers transmis à l'ARS entre 2011 et 2017 ont abouti à une procédure au titre de l'article L1311-4 suite à l'enquête menée par les techniciens sanitaires au domicile de l'occupant (30 dossiers sur 33) sans réelle coordination entre acteurs.

L'absence d'un chef de file établi pour coordonner les actions autour des cas d'incurie est un véritable obstacle dans la gestion de ces situations souvent très complexes. Il apparaît indispensable **d'identifier un coordinateur de proximité** sur chaque dossier. En effet, tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de travailler ensemble pour éviter la

¹⁹ ALPIL, 2016, *Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat – Rapport d'activité*

rechute et les situations d'incurie nécessitent de se déplacer à de multiples reprises au domicile de la personne concernée.

Au titre des pouvoirs de police des maires en matière de sécurité et de salubrité publique, (articles L.2212-2 du CGCT et 23-1 du RSD), les mairies sont souvent les premiers acteurs intervenant sur les situations d'incurie. Elles apparaissent naturellement comme le premier coordinateur de proximité. Ce rôle peut également être endossé par un partenaire spécialisé (MAIA, CLIC, réseau gérontologique, SAMSAH...) lorsque cela s'y prête. Le secteur médical ne peut être envisagé comme coordinateur multisectoriel (délais d'intervention longs, spécialisation).

Le coordinateur doit faire le lien entre les secteurs médicaux, sociaux et les acteurs du logement. Il doit être identifié **formellement, de façon claire et partagée par tous les acteurs** et le plus tôt possible dans la gestion du dossier.

Au regard de la complexité des situations d'incurie dans l'habitat, il est nécessaire de s'entourer de **partenaires spécialisés et compétents** selon la typologie du cas. Comme évoqué précédemment, un accompagnement **à domicile** est indispensable, dans le cadre d'une stratégie de « l'aller-vers ».

Les services santé environnement des ARS ne peuvent porter le rôle de coordination dans toutes les situations. Ne pouvant être considéré comme un acteur de proximité, l'ARS a :

- Vis-à-vis des partenaires, **un rôle de conseil, de soutien et d'accompagnement.** Elle doit s'assurer que les procédures mises en œuvre soient associées à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement de la personne.
- Vis-à-vis de l'occupant, elle doit garder une figure d'autorité, quitte à endosser le « mauvais rôle » pour que le coordinateur de proximité puisse être identifié comme une personne de confiance.
- Dans certains cas (qui doivent rester rares), l'ARS peut endosser le rôle de coordinateur si aucune solution n'est trouvée pour accompagner la personne. Dans le Val d'Oise, et plus largement en Île-de-France, un accompagnement par un opérateur est envisageable selon les cas.

4.4. Outiller l'ARS dans son rôle de soutien et d'accompagnement auprès des mairies

Les deux derniers livrables produits au cours de ce stage visent à outiller la délégation départementale du Val d'Oise en proposant une procédure de traitement interne conforme aux préconisations effectuées et une fiche d'information à destination des agents de mairie.

4.4.1. Proposition d'une procédure de traitement interne à l'ARS

La procédure de traitement proposée a été élaborée avec pour objectif **d'éviter la récurrence** en développant **un accompagnement global de la personne et un suivi pérenne**.

Elle tient compte des recommandations précédentes (définir un coordinateur de proximité et travailler avec les partenaires existants) ainsi que des convictions suivantes.

Il peut être nécessaire d'inciter le Maire à organiser une réunion en mairie avec l'ensemble des partenaires pour s'accorder sur une stratégie opérationnelle qui sera formalisée dans un compte-rendu. Un modèle de compte-rendu a été élaboré dans le cadre du stage (voir annexe 5). Certaines communes prennent déjà cette initiative sur les cas complexes. Cette réunion est également un levier utilisé dans le cadre du dispositif Alpil dans le Rhône et correspond finalement au principe de la RESAD.

La procédure au titre de l'article L.1311-4 du Code de la Santé Publique n'est pas une procédure à éviter à tout prix. Elle peut avoir toute son utilité, notamment dans deux cas :

- L'occupant est conscient de l'état de son logement mais ne peut assumer le coût du nettoyage. Il accepte la mise en place d'une aide à domicile après le nettoyage pour maintenir le logement dans un état digne d'occupation.
- L'occupant est manifestement atteint d'un syndrome de Diogène « primaire » dans le sens où il n'accepte aucun tri, aucun nettoyage même le plus minime et il se perd dans des négociations.

Cette procédure permet le recouvrement des frais auprès de l'occupant. Si la mairie est défaillante pour réaliser les travaux d'office, la préfecture prend le relais.

Dans tous les cas, on rappelle que la procédure coercitive doit être associée à un accompagnement adapté (hébergement, aide au tri, explications de la procédure et des objectifs...).

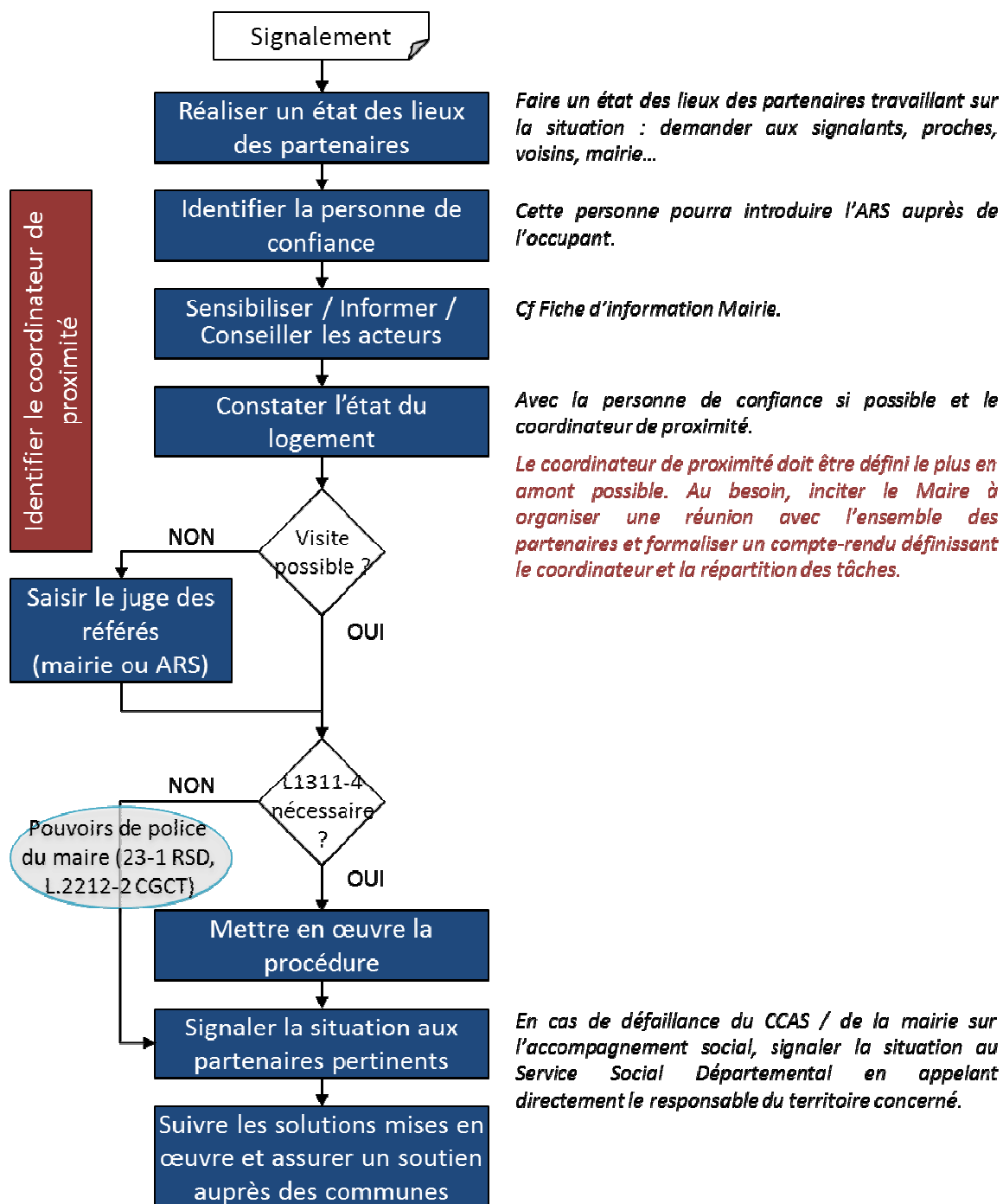
La possibilité que l'ARS signale la situation au SSD (Service Social Départemental) a été abordée en entretien avec l'adjointe au chef du SSD et deux responsables de territoire.

La question des soins sans consentement a également été étudiée au cours de ce stage. L'ARS est parfois sollicitée pour effectuer cette démarche, la demande d'un représentant de l'Etat étant l'un des modes d'admission possible si les deux conditions suivantes sont réunies :

- Les troubles mentaux nécessitent des soins,
- Les troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Il ne paraît pas opportun d'utiliser cette procédure, la deuxième condition n'étant pas remplie sur les situations d'incurie.

Figure 6 : Procédure de traitement interne à destination des agents de l'ARS



Si elle permet une prise en charge globale et favorise le maintien à domicile dans des conditions dignes pour la personne, la nouvelle procédure ne donne toujours pas de clé pour agir sur les situations où la personne refuse catégoriquement toute aide proposée. Aucun partenaire ne peut intervenir contre le gré de l'occupant, seule la procédure coercitive peut traiter ponctuellement la situation sans garantie sur la pérennité de la mesure. Pour autant, si la situation sanitaire du logement le justifie, cette mesure coercitive devra être engagée.

4.4.2. Elaboration d'une fiche d'information à destination des agents de mairies

Les mairies, et notamment les **centres communaux d'action sociale (CCAS)** lorsqu'ils existent, **sont les premiers partenaires impliqués** sur les situations d'incurie dans l'habitat.

Cependant, le niveau de sensibilisation des mairies sur cette problématique est très variable. Certaines communes sont complètement démunies là où d'autres prennent totalement la situation en charge. Les travailleurs sociaux du CCAS ne se déplacent pas toujours au domicile.

La sensibilisation et la mobilisation des mairies est donc un axe de travail capital.

Afin d'outiller les agents de la DD ARS 95, une fiche d'information à destination des agents de mairie a été élaborée dans le cadre du stage (voir annexe 4). Cette fiche servira de support au moment des signalements afin de développer un discours commun et de donner aux mairies des clés de compréhension. Elle pourra également être diffusée au cours des formations Habitat organisées pour les agents de mairie par le service VSS deux fois par an (formation d'une semaine dont un jour de théorie et quatre jours d'enquête).

Cette fiche comprend :

- Une présentation de l'incurie,
- Les bonnes pratiques et postures professionnelles préconisées,
- Des explications sur la procédure au titre de l'article L.1311-4 du CSP,
- Les aides financières mobilisables pour le nettoyage,
- Un annuaire des partenaires sur le Val d'Oise ainsi que les cartographies.

Validée par les techniciens de la cellule cadre de vie et les partenaires du Val d'Oise (comme expliqué dans la partie méthodologie), la fiche d'information a l'avantage d'être un document partagé. Elle nécessitera cependant des mises à jour régulières pour rester pertinente selon les évolutions sur le territoire.

Conclusion

Afin de pérenniser l'action de l'ARS et des acteurs gravitant autour des situations d'incurie, une réflexion doit être engagée sur l'organisation des services à l'échelle du territoire.

Dans un premier temps, la réalisation d'un état des lieux des partenaires permet de développer la connaissance mutuelle, premier pas vers le décloisonnement, et de mobiliser les bons leviers. L'état des lieux dans le Val d'Oise a mis en évidence des différences de territoires : certains bénéficient d'une bonne couverture par les partenaires (Sud et Est) tandis que d'autres territoires sont plus isolés (Ouest). Plus généralement, l'état des lieux montre une multiplicité d'acteurs dans les secteurs sociaux et médicaux mais pas de chef de file permettant la coordination. Or les situations d'incurie nécessitent particulièrement le développement d'un travail partenarial coordonné.

Pour répondre à la problématique posée au début du stage, il semble que développer différentes procédures de traitement pour gérer les situations d'incurie ne soit pas la bonne solution. En revanche, il faut adapter la prise en charge et savoir quels partenaires mobiliser selon les situations. Une cartographie fonctionnelle des partenaires a ainsi été proposée selon la typologie construite au cours du stage. On distingue deux grandes catégories de situations : la perte d'autonomie du sujet âgé, faisant intervenir des partenaires dans le champ de la gérontologie, et les troubles de la santé mentale, complexifiant la prise en charge par l'intervention des acteurs de la psychiatrie. Des cartographies géographiques ont également été produites pour connaître les partenaires existants selon le secteur d'intervention.

La définition d'un coordinateur de proximité semble être une clef pour articuler les acteurs dans une démarche « d'aller vers ». La deuxième clef qui en découle est la sensibilisation des agents de mairie sur le phénomène d'incurie et les bonnes pratiques d'intervention, car ce sont les premiers partenaires impliqués. La procédure de traitement des dossiers pour les agents de l'ARS et la fiche information pour les agents de mairie ont été développées dans ce sens.

Une réflexion plus large reste à mener au sein de la société pour prévenir les nouvelles situations d'incurie, en combattant l'isolement social et en améliorant la prise en charge de la santé mentale sur l'ensemble du territoire.

Bibliographie

Textes réglementaires (par ordre croissant d'ancienneté)

Articles de Lois

- Article L 1311-4 du Code de la Santé Publique [en ligne], version en vigueur au 29 janvier 2017, disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686375&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Article L1331-24 du Code de la Santé Publique [en ligne], version en vigueur au 26 février 2010, disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686559&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Articles L 541-3 du Code de l'Environnement [en ligne], version en vigueur au 1^{er} juillet 2013, disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074220&idArticle=LEGIARTI000006834446&dateTexte=&categorieLien=cid>

Circulaires et Instructions

- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT INSALUBRE. Instruction interministérielle du 26 octobre 2016 relative au suivi des procédures administratives de lutte contre l'habitat indigne et à la mise en œuvre de l'astreinte administrative.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.

Articles

- HANON, C., PINQUIER, C., GADDOUR, N. et al., 2004, « Diogenes syndrome: a transnosographic approach », *L'Encéphale* [en ligne], XXX : 315-22

- MONFORT, J.-C., HUGONOT-DIENER, L., DEVOUCHE, E. et al., 2010, « Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive », *Psychologie et Neuropsychiatrie Du Vieillessement* [en ligne], 8(2), 141–153.
- MALARET A., 2015, « Le nombre de conseils locaux de santé mentale est passé de 35 à plus de 100 entre 2010 et 2014 », *Hospimédia* [en ligne]

Rapports, Guides :

- ALPIL, 2014, *Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat*
- ALPIL, 2016, *Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat – Rapport d'activité*
- ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2011, *Plan Stratégique régional de Santé d'Ile-de-France* [en ligne], p83, disponibilité : <http://sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/psrs-ars-idf.pdf>
- ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2013, *Le projet régional de Santé 2013-2017 – Brochure de présentation* [en ligne],
Disponibilité : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/prs-ars-idf-brochure_0.pdf
- ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2012, *Cahier des charges* [en ligne], disponibilité : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AAC-Cahier-des-charges-CLSM.pdf>, consulté le 26 juin 2017.
- ARS ÎLE-DE-FRANCE (éd.), 2016, *Guide Santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement*
- ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2016, *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Île-de-France*
- ARS ÎLE-DE-FRANCE, 2017, *PRAPS Diagnostic territorial Val d'Oise*
- ASSOCIATION DE SANTE MENTALE VAL D'OISE EST, 2016, *Charte de la RESAD Val d'Oise Est*
- DIHAL, 2013, *Lutter contre l'habitat indigne : Agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté*
- BARTON H. & TSOUROU C., 2004, *Urbanisme et Santé - Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants* [en ligne], disponibilité : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf, consulté le 5 juin 2017.

Sites internet

Les sites internet ci-dessous ont été consultés à plusieurs reprises entre le 1^{er} juin et le 26 juillet 2017.

Conseil Départemental du Val d'Oise

- <http://www.senior.valdoise.fr/>

Hôpitaux du Val d'Oise (consultation des départements Psychiatrie Adulte)

- http://www.hopital-simoneveil.fr/specialites/liste_specialites.html
- http://www.ch-argenteuil.fr/spe_departement_de_psychiatrie_adulte_95g05_95g06_95g13.html
- <https://www.hopital-de-gonesse.fr/patients-notre-offre-de-soins/nos-services-de-soins/psychiatrie-adulte/>
- <http://www.ch-pontoise.fr/service/psychiatrie-de-ladulte/>
- <http://www.ghcpo.fr/service/psychiatrie-adulte/>

Réseaux de santé gériatriques

- <http://reseauautomne.fr/>
- <https://www.association-odyssee.fr/>
- <http://www.onof.org/qui-sommes-nous/>

Autres structures

- <http://clsm-ccoms.org> - Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)
- <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/service-de-soins-infirmiers-a-domicile--s-s-i-a-d--354/rqn-ile-de-france.html>
- <http://www.samsah-savs.fr>
- <http://www.mdpv.valdoise.fr>

Liste des annexes


- Annexe 1** Organisation du stage
- Annexe 2** Liste des personnes contactées / rencontrées
- Annexe 3** Cartographies des partenaires
[Livrables du stage]
- Annexe 4** Fiche information Incurie à destination des agents de mairie
[Livable du stage]
- Annexe 5** Modèle de compte-rendu de réunion en Mairie pour les situations d'incurie
[Livable du stage]
- Annexe 6** Extrait du fichier Excel utilisé dans l'analyse des dossiers traités dans le Val d'Oise entre 2011 et 2017
- Annexe 7** Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation de la MAIA
- Annexe 8** Traitement des situations d'incurie dans l'Orne – Schéma d'intervention partenarial

ANNEXE 1 – Organisation du stage

LÉGENDE

- Activité en lien avec le sujet d'étude
- Vie de la cellule / Vie du service
- Point de situation sur le stage
- Autres activités en lien avec le métier d'IES

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 1 [22 au 26 mai]	<div style="background-color: #c6e0b4; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Analyse des dossiers</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <div style="background-color: #c6e0b4; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Visite Logement incurique</div> </div> <div style="width: 30%;"> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec S.Breda, T3S, sur les dossiers </div> <div style="width: 30%;"> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec B.Simonnet, T3S, sur les dossiers </div> </div>			<i>Jour férié</i>	<i>Fermeture (Pont)</i>
Semaine 2 [29 mai au 2 juin]	<div style="background-color: #c6e0b4; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Analyse des dossiers</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <div style="background-color: #fce4d6; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Point Cadres VSS</div> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec C.Valencia, T3S, sur les dossiers </div> <div style="width: 30%;"> <div style="background-color: #d9d2e9; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">COPIL EI</div> </div> <div style="width: 30%;"> <div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Point d'étape avec le maître de stage</div> </div> </div>			<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec F.Lavigne, médecin et référent Santé Mentale DD 95 Entretien avec F.Culoma, T3S à la DD73 sur le dispositif DD73 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec M-L. Bobot, coordinatrice du CLSM Est
Semaine 3 [5 au 9 juin]	<i>Jour férié</i>	<div style="background-color: #fce4d6; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Point Cadres VSS</div> <div style="background-color: #d9d2e9; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Comité technique PDLHI</div> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec C.Rousseau, IES à la DD69 sur le dispositif Alpil-ARS 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec A.Friquet, responsable du SCHS de Sarcelles 	<div style="background-color: #c6e0b4; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Visite Logement incurique</div>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Réunion de travail T3S</div> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec C.Buttard, infirmière du dispositif DD73 <div style="background-color: #d9d2e9; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;">Inspection baignade avec la DDPP</div>

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 4 [12 au 16 juin]	<p>Point Cadres VSS</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec M.Sallendre, DGS / EA2 Env. Int.-Milieux Entretien avec P.Feutry, responsable du SCHS de Gonesse 	<p>Réunion de cellule Habitat</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec T.Vitteau, coordinatrice du CLSM Haut Val d'Oise Entretien avec S.M'Harrack, Alpil 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec Mme Stefan, responsable du CLIC Sarcelles Entretien avec Mme Pechmajou, pilote MAIA Ouest 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec C.Assma, responsable du SCHS de Garge les Gonesse Entretiens avec Mr Ramond et Mme J.Fournier, de la communauté d'Agglomération Cergy-Pontoise 	<p>Réunion de travail T3S</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec M.Ozanon, responsable du SCHS de Franconville Entretien avec Thérèse Souchier, pilote de la MAIA Est
Semaine 5 [19 au 23 juin]	<p>Point Cadres VSS</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec Mme Leclerc, responsable du SAMSAH Horizon 95 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec Mme Tilly, responsable du SSIAD Fondation Léonie Chaptal 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec A.Guglielmi, adjointe au chef de service Evaluation, MDPH Entretien avec Mme Etinzon, Chef de service du SAVS de Pontoise 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec C.Chevrotée, Cadre de Santé, CMP de Gonesse et d'Arnouville 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec Nadine Malaurie, SCHS d'Argenteuil <p>Visite Logement incurique</p>
Semaine 6 [26 au 30 juin]	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec K.Marciniak, ergothérapeute du réseau Automne 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec S.Mélan, pilote MAIA 95 Sud Entretien avec I. Laplanche, Référente du maintien à dom, MDPH Entretien avec S.Achkor, responsable du SCHS de Enghien-les-Bains 	<p>Atelier Cartographie avec L.Neuville, T3S</p> <p>Suivi de C.Valencia, T3S, au TGI de Pontoise pour assister à la défense d'un dossier Habitat</p>	<p>CODERST</p> <p>Visite Logement incurique</p>	<p>Réunion de travail T3S</p> <p>Atelier Cartographie avec L.Neuville, T3S</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien avec Michèle Rety, adjointe au chef du SSD
Semaine 7 [3 au 7 juillet]	<p>Point Cadres VSS</p>	<p>Rédaction de la Fiche d'information à destination des agents de mairies</p>			<p>Réunion de travail T3S</p> <p>Point de situation Eaux embouteillées</p>
		<p> Soumission d'une 1^{ère} version du rapport au professeur référent et maître de stage</p>			

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 8 [10 au 14 juillet]		Réunion de cellule Habitat Inspection Bruit			<i>Jour férié</i>
Semaine 9 [17 au 21 juillet]	Réunion de travail T3S	Formation @riane (outil Habitat de l'ARS IDF) • Entretien avec F. Delfour, Coordinatrice administrative du réseau ONOF	Atelier Cartographie avec L.Neuville, T3S ★ Soumission d'une 2 ^{ème} version du rapport au maître de stage	Atelier Cartographie avec L.Neuville, T3S	
Semaine 10 [24 au 28 juillet]			★ Envoi du rapport final à l'EHESP	Capitalisation des travaux Réunion de clôture et de transmission T3S	

ANNEXE 2 - Liste des personnes contactées / rencontrées

Direction Générale de la Santé

- Muriel SALLENDRE, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, DGS/EA – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation / EA 2 - ENVIRONNEMENT INTERIEUR – MILIEUX

ARS Ile-de-France, Délégation Départementale du Val d'Oise

- Yves IBANEZ, Ingénieur du Génie Sanitaire, Département Veille et Sécurité Sanitaire [*Maître de stage*]
- Franck LAVIGNE, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale et Référent Santé Mentale, Département Ville-Hôpital
- Adeline CARET, Responsable du service ambulatoire et professionnels de santé, Adjointe au responsable du département ville-hôpital
- Claire VALENCIA, Technicienne Sanitaire Habitat et référente Santé Mentale, Département Veille et Sécurité Sanitaire
- Benoît SIMONNET, Technicien Sanitaire Habitat, Département Veille et Sécurité Sanitaire
- Sylvie BREDA, Technicienne Sanitaire Habitat, Département Veille et Sécurité Sanitaire
- Laetitia NEUVILLE, Technicienne Sanitaire référente Cartographie, Département Veille et Sécurité Sanitaire

Dispositif de la délégation départementale du Rhône

- Catherine ROUSSEAU, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 69
- Sylvie M'HARRACK, Assistante sociale, Alpil

Dispositif de la délégation départementale de Savoie

- Christine BUTTARD, Infirmière consultante formatrice, Cabinet Christine Buttard
- Florence CULOMA, Technicienne sanitaire, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 73

DIHAL

- Suzanne KULIG, Chargée de mission santé / environnement / Outre-mer, DIHAL

Conseil départemental du Val d'Oise

- Michèle RETY, Adjointe au Chef du Service Social Départemental, SSD
- Emilie DUVAL, Responsable d'équipe, Unité d'Intervention Sociale d'Ermont/Franconville, SSD

MAIA

- Thérèse SOUCHIER, Pilote MAIA-Est
- Catherine PECHMAJOU, Pilote MAIA 95-Ouest
- Sophie MELAN, Pilote MAIA 95-SUD

SCHS

- Nadine MALAURIE, SCHS d'Argenteuil
- Samir ACHKOR, Responsable du SCHS d'Enghien-les-Bains
- Michael OZANON, Responsable du SCHS de Franconville
- Assma CHATAR, Responsable du SCHS de Garges-les-Gonesse
- Philippe FEUTRY, Responsable du SCHS de Gonesse
- Anne FRIQUET, Responsable du SCHS de Sarcelles

CLSM

- Marie-Liesse BOBOT, Coordinatrice du CLSM Val d'Oise Est
- Tiphaine VITEAU, Coordinatrice du CLSM Haut Val d'Oise
- Pierre RAMOND, Directeur de de la Stratégie Urbaine, Communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise
- Jeanne FOURNIER Responsable du service habitat et solidarités urbaines, Communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise

MDPH

- Audrey GUGLIELMI, Adjointe au chef de service, Service Evaluation, MDPH
- Isabelle LAPLANCHE, Référente du Maintien à domicile, MDPH

SAMSAH / SAVS

- Madame LECLERC, Responsable, SAMSAH Horizon 95
- Madame ETINZON, Chef de Service, SAVS de Pontoise

CMP

- Christiane CHEVROTEE, Cadre de Santé, CMP de Gonesse et d'Arnouville-les-Gonesse

SSIAD

- Brigitte TILLY, Responsable du pôle Soins, SSIAD Fondation Léonie Chaptal

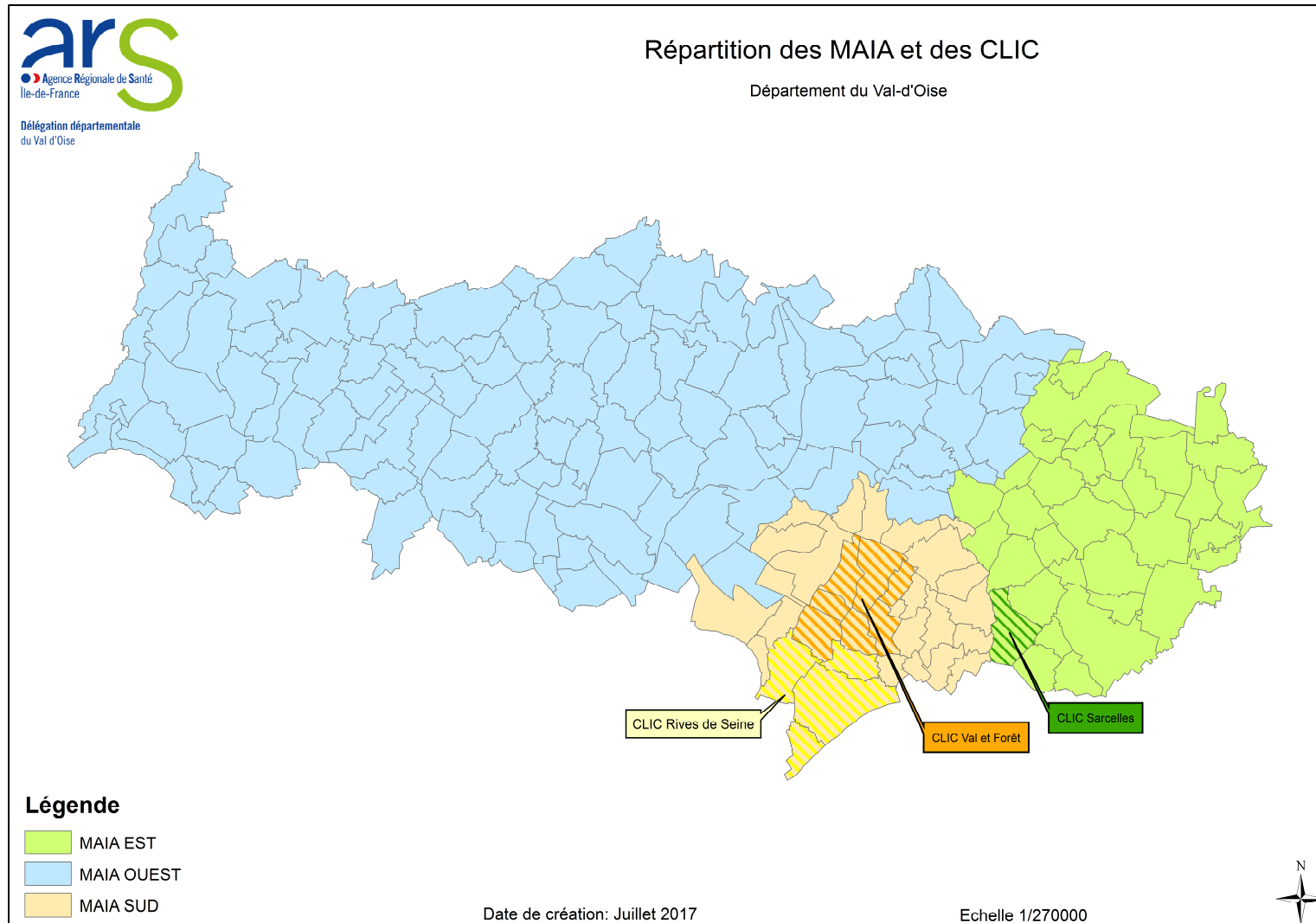
Réseaux Gérontologiques

- Kerstine MARCINIAK, Ergothérapeute, Réseau gérontologique Automne
- Régine TRISTANT, Directrice de l'AGVMRS
- Florence Delfour, Coordinatrice administrative, Réseau Oncologie du Nord-Ouest Francilien (ONOF)

SOLIHA

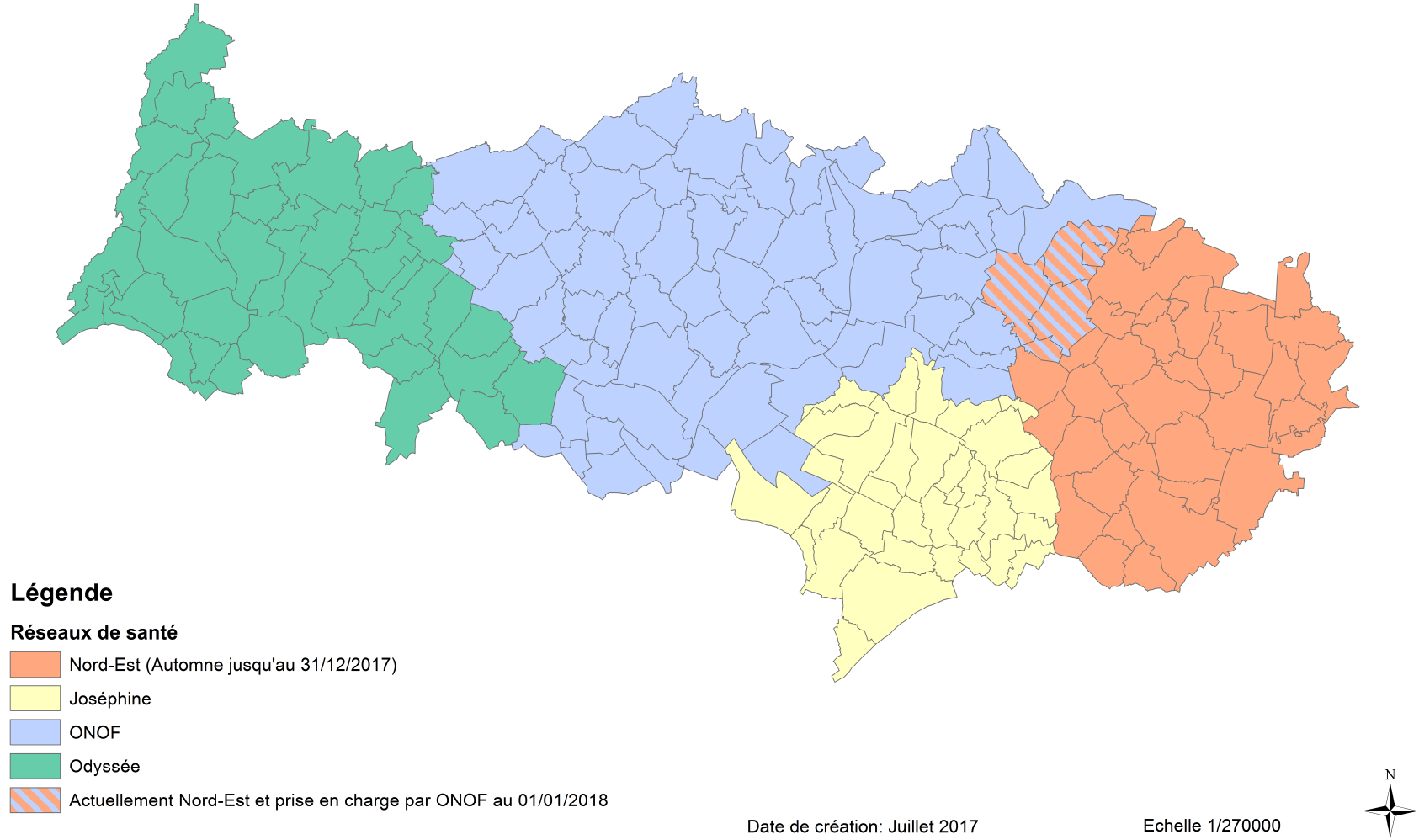
- Madame BACHELRIE, Conseillère

ANNEXE 3 – Cartographies des partenaires [Livrables du stage]



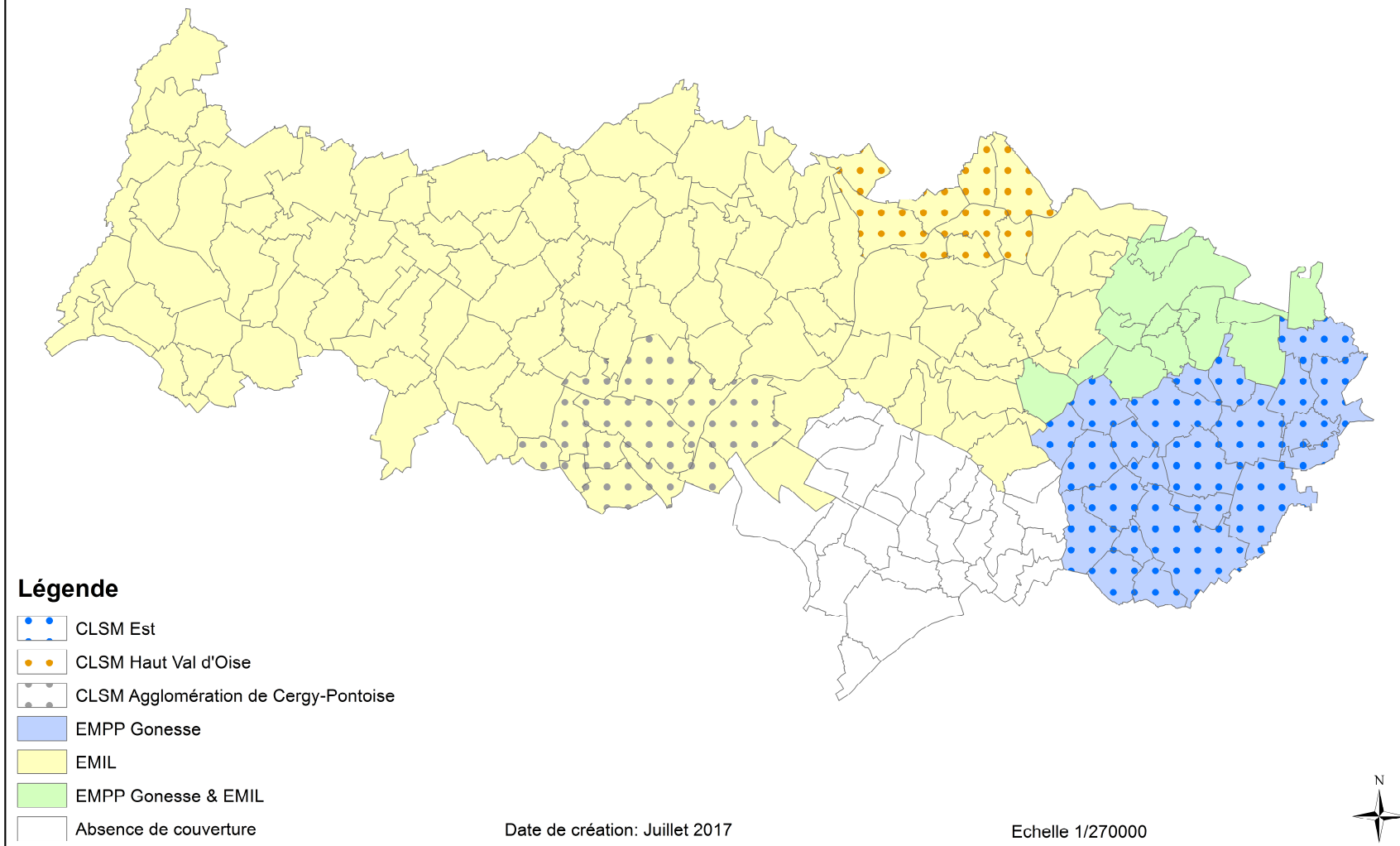
Couverture des réseaux de santé gériatriques

Département du Val-d'Oise



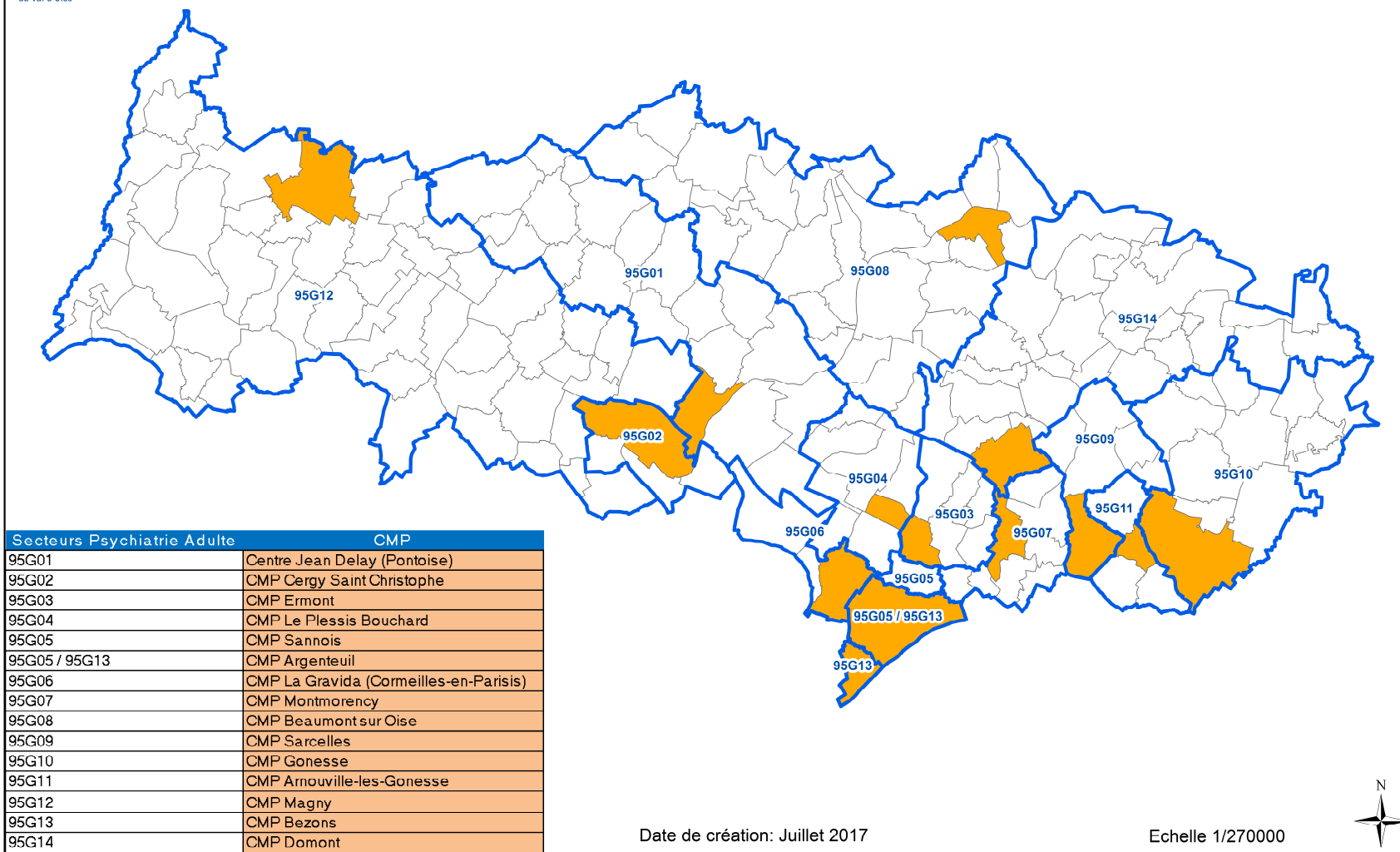
Couverture des CLSM et des EMPP

Département du Val-d'Oise



Secteurs de Psychiatrie Adulte et CMP associés

Département du Val-d'Oise



Date de création: Juillet 2017

Echelle 1/270000



ANNEXE 4 - Fiche information Incurie à destination des agents de mairie [Livrible du stage]

GESTION DES SITUATIONS D'INCURIE DANS L'HABITAT Fiche d'information à destination des agents de Mairie



QU'EST-CE QUE L'INCURIE ?



- L'incurie prend diverses formes. L'incurie dans l'habitat se caractérise par une occupation inadéquate du logement avec une accumulation de déchets ou d'objets, et parfois la présence en très grand nombre d'animaux.
- Cette accumulation peut entraîner odeurs et présence de nuisibles, et engendrer des risques infectieux et d'incendie. Elle est souvent accompagnée par un manque d'hygiène personnelle.
- L'incurie est un symptôme qui n'est pas spécifique du syndrome de Diogène mais peut être le signe de plusieurs pathologies (syndrome dépressif, schizophrénie...) ou simplement d'une perte d'autonomie du sujet âgé.

BONNES PRATIQUES ET POSTURES PROFESSIONNELLES PRÉCONISÉES

- Les personnes en situation d'incurie sont souvent en **grande souffrance psychosociale, isolées socialement et ne demandent aucune aide**. Il est nécessaire de **créer du lien, d'aller vers la personne** et de rendre plusieurs visites si nécessaire pour **gagner sa confiance**.
- Une fois le lien amorcé, essayer de comprendre la façon dont l'occupant perçoit son logement, ses besoins, sa situation, s'il est ouvert ou non aux aides qui lui sont proposées et au nettoyage de son logement.
- Les dossiers d'incurie dans l'habitat demandent beaucoup de **temps et de coordination entre acteurs** pour assurer une **prise en charge globale** (humaine, sociale, médicale, sanitaire). Pour cela, il est primordial d'**identifier un coordinateur de proximité** et que celui-ci soit connu par les partenaires. Il est également conseillé d'organiser une / des **réunions avec l'ensemble des partenaires afin de s'accorder sur une stratégie opérationnelle**.
- La **mise en place d'un suivi social, médical ou d'une aide à domicile** selon les besoins est indispensable pour maintenir la situation dans un état acceptable dans le temps.
- Il est **utopique d'espérer « guérir » la personne**. L'effet à obtenir est davantage d'accompagner la personne sur les aspects sociaux et médicaux et de maintenir le logement dans un état digne d'occupation.

QUELLE PROCÉDURE METTRE EN PLACE ?

- Après avoir établi un contact avec la personne, si celle-ci accepte de l'aide pour le nettoyage ou de nettoyer elle-même, il n'est pas souhaitable de lancer une procédure coercitive.
- **Au titre de ses pouvoirs de police en matière de sécurité et de salubrité publique, le maire peut adresser une mise en demeure à l'occupant sur la base des articles L.2212-2 du CGCT* et 23-1 du RSD*.**
- **En cas de danger imminent**, l'Agence Régionale de Santé peut, pour le compte du préfet de département, prendre un arrêté au titre de l'article L.1311-4 du CSP*. Cette procédure peut être utile notamment dans deux cas :
 - ✓ L'occupant est conscient de l'état de son logement mais ne peut assumer seul le nettoyage.
 - ✓ L'occupant n'accepte aucun tri, aucun nettoyage et se perd dans des négociations (syndrome de Diogène « primaire » ou autres raisons).
- Faute d'exécution par la personne, l'arrêté préfectoral permet la réalisation de travaux d'office et le recouvrement des sommes avancées par la collectivité.
- **Le nettoyage complet du logement permet de mettre en place des interventions à domicile pour maintenir la situation dans un état digne d'occupation.**

Article L1311-4 du CSP*

En cas d'urgence, notamment de danger ponctuel imminent pour la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règles d'hygiène prévues au présent chapitre.

Lorsque les mesures ordonnées ont pour objet d'assurer le respect des règles d'hygiène en matière d'habitat et faute d'exécution par la personne qui y est tenue, le maire ou, le cas échéant, le président de l'établissement public de coopération intercommunale ou à défaut le représentant de l'Etat dans le département y procède d'office aux frais de celle-ci.

La créance de la collectivité publique qui a fait l'avance des frais est alors recouvrée comme en matière de contributions directes. Toutefois, si la personne tenue à l'exécution des mesures ne peut être identifiée, les frais exposés sont à la charge de l'Etat.

FINANCER LE NETTOYAGE DU LOGEMENT

- Il peut être pertinent de réfléchir à un montage financier en fonction des ressources financières de la personne. Celui-ci sera différent pour chaque situation car il n'existe aucun dispositif dédié.
- **Plusieurs partenaires peuvent être sollicités :**
 - Les mairies (CCAS, SCHS le cas échéant),
 - Le bailleur social le cas échéant,
 - Les fonds sociaux des caisses de retraites,
 - Les mutuelles,
 - Les associations caritatives (Secours Populaire, Secours Catholique, Fondation Abbé Pierre, Emmaüs...).

* CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales ; CSP : Code de la Santé Publique ; RSD : Règlement Sanitaire Départemental
Dernière mise à jour : 07/2017

ANNUAIRE ET CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES DANS LE VAL D'OISE



• QUELS PARTENAIRES SOLLICITER ? DANS QUELLE SITUATION ?	4
• ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES	5
• ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE	7
• ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES	11

Dernière mise à jour : 07/2017

3

QUELS PARTENAIRES SOLLICITER ? DANS QUELLE SITUATION ?

Les partenaires sur les situations d'incurie sont présentés ci-dessous selon leur champ d'intervention.

Le **syndrome de Diogène « primaire »** n'est pas défini ici comme l'absence d'autres troubles mais par un attachement excessif aux objets (refus catégorique du moindre tri) et le refus systématique (du moins au départ) de laisser des personnes extérieures entrer dans le logement. Une suspicion de syndrome de Diogène « primaire » va induire non pas des acteurs spécifiques mais une gestion différente de la situation, davantage tournée vers une procédure au titre de l'article L1311-4 du CSP.

La « **perte d'autonomie** » est ici celle du sujet âgé, qu'elle soit liée au vieillissement, à la perte de mobilité ou aux troubles cognitifs liés à l'âge.

Santé Mentale			Perte d'autonomie
SD primaire	Handicap psychique/mental	Autre trouble psychique	
Mairie / SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé)			CP
Services sociaux (Service Social Départemental, CCAS, Bailleur social, Service social de l'hôpital...)			
SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)			
Gestion de cas de la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)			CP
Selon les cas			Réseaux de santé CP
SAMSAR (Service d'Accomp. Médico-Social pour Adultes Handicapés)			CP
CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)			CP
Médecin traitant			
CLSM (Conseil Local de Santé Mentale)			
EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie de Précarité)			
CMP (Centre Médico-Psychologique)			
Selon les cas			SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)
Selon les cas			SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)
CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)			
Hôpitaux			

CP Potentiel coordinateur de proximité

Dernière mise à jour : 07/2017

4

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

GESTION DE CAS DE LA MAIA

+ 60 ans

Les gestionnaires de cas de la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) ont pour mission de suivre les parcours individuels complexes cumulant des difficultés médicales et sociales (isolement ou rupture de lien social).

L'accord de la personne est nécessaire pour l'intervention de la MAIA.

MAIA VAL D'OISE SUD

(Regroupant le service de gestion de cas de la MAIA 95 SUD, le réseau Joséphine, les CLIC Rives de Seine et Val-et-Forêt)

55, avenue de Paris
95230 SOISY-SOUS-MONTMORENCY
secretariat@agvmrs95.fr
TEL : 01 34 15 09 62
FAX : 01 34 15 28 91

MAIA VAL D'OISE OUEST

Service de gestion de cas
Centre Hospitalier René Dubos
6, avenue de l'Île de France
CS 90079 PONTOISE
95303 CERGY-PONTOISE Cédex
catherine.pechmaiou@ght-novo.fr
TEL : 01 30 75 49 97
FAX : 01 30 75 42 05
stephanie.desousabrito@ght-novo.fr
TEL : 01 30 75 50 97

MAIA VAL D'OISE EST

Service de gestion de cas
Maison du Département
Espace Joliot Curie - CS 60129
95142 GARGES-LES-GONESSE
maia95-2@valdoise.fr
TEL : 01 34 33 82 20
FAX : 01 34 33 82 21

RÉSEAUX DE SANTÉ

Les réseaux de santé incluant la thématique « gérontologie » sont listés ci-dessous.

→ Les critères d'inclusion étant variables selon les réseaux, contacter le réseau intervenant sur votre commune (voir la carte page suivante).

AUTOMNE

22, rue du Docteur Buel
95 380 LOUVRES
TEL : 01 34 72 49 91
FAX : 01 34 75 39 07

+ 60 ans

ODYSSÉE

21, chemin des Ardilles
78680 EPÔNE
TEL : 01 30 94 03 68
FAX : 01 30 92 00 84
contact@association-odyssee.fr

0 et +

ONOF

(Oncologie du Nord Ouest Francilien)
3, Rue de Cergy
95000 NEUVILLE-SUR-OISE
TEL : 01 30 32 33 85

+ 75 ans

JOSÉPHINE

Contactez la MAIA VAL D'OISE SUD

+ 60 ans

CLIC

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION

CLIC DE SARCELLES

4, place de Navarre
95200 SARCELLES
clic.sarcelles@yahoo.fr
TEL : 01 34 19 69 40
FAX : 01 39 33 66 20

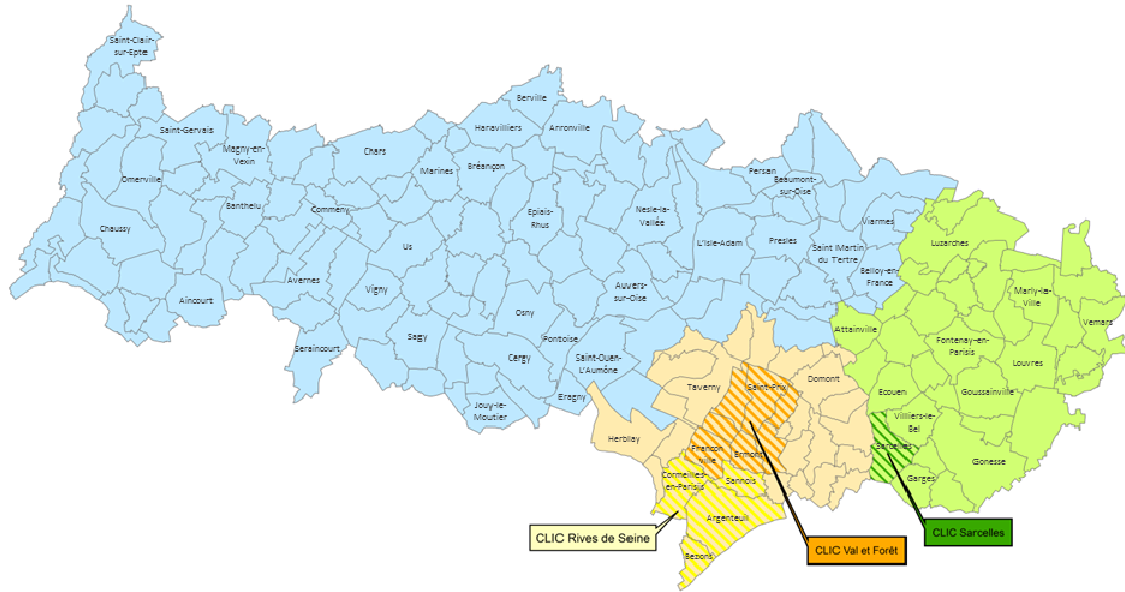
+ 60 ans

CLIC RIVES DE SEINE et VAL-ET-FORÊT

Contactez la MAIA VAL D'OISE SUD

Répartition des MAIA et des CLIC

Département du Val-d'Oise



Légende

- MAIA EST
- MAIA OUEST
- MAIA SUD

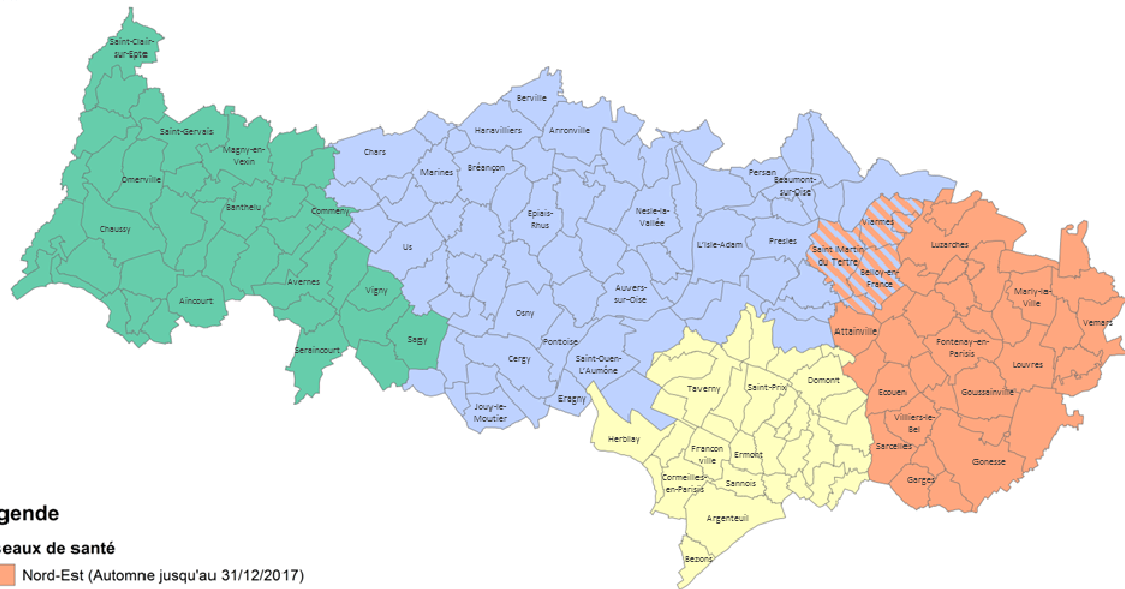
Date de création: Juillet 2017

Echelle 1/270000



Couverture des réseaux de santé gériatriques

Département du Val-d'Oise



Légende

Réseaux de santé

- Nord-Est (Autonne jusqu'au 31/12/2017)
- Joséphine
- ONOF
- Odysée
- Actuellement Nord-Est et prise en charge par ONOF au 01/01/2018

Date de création: Juillet 2017

Echelle 1/270000



Dernière mise à jour : 07/2017

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

CLSM CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE

Les CLSM sont des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants, la médecine de ville et les différents services concernés.

Ils ont pour objectifs de **décloisonner la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique et de coordonner les acteurs sur les situations complexes.**

Certains CLSM mettent en place une RESAD (Réunion d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficulté). La RESAD est une instance technique réunissant des acteurs des champs du social et de la santé et des représentants d'usagers pour accompagner le professionnel en difficulté sur une situation dite complexe par la mise en commun de leurs ressources et de leurs compétences.

CLSM VAL D'OISE EST

Coordinateur : Marie-Liesse Bobot

marieliesse.bobot@ch-gonesse.fr

TEL : 06 48 07 09 82

RESAD

CLSM HAUT VAL D'OISE

Coordinateur : Thiphaine Viteau

coordinatrice.sante.mentale@CCHVO.com

TEL : 01 39 37 59 78

CLSM AGGLOMERATION DE CERGY PONTOISE

Coordinateur : Mélanie Rey

melanie.rey@ceryypontoise.fr

En cours de
création

→ Consulter la carte page suivante pour connaître les territoires d'intervention des CLSM du Val d'Oise.

EMPP EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE DE PRÉCARITÉ

Les Equipes Mobiles Psychiatrie de Précarité se déplacent vers les personnes et établissent les liens avec les équipes de psychiatrie de secteurs pouvant prendre le relais dans la durée.

Elles dépendent du service psychiatrique d'un hôpital.

Les équipes mobiles du Val d'Oise sont très sollicitées ce qui implique des délais d'attente (les EMPP n'interviennent pas dans l'urgence).

EMIL (Equipe Mobile Instaurant le Lien)

8 bis allée Normande

95330 DOMONT

emil@chi-desportesdeloise.fr

Portable paramédical : 06 31 64 51 39

Portable médecin : 06 31 34 52 30

EMPP GONESSE

2 boulevard du 19 mars 1962

Bâtiment de Psychiatrie Adulte

95500 GONESSE

01 34 53 22 40

→ Consulter la carte page suivante pour connaître les territoires d'intervention des EMPP du Val d'Oise.

MDPH

MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

La MDPH instruit et évalue les demandes de reconnaissance de handicap moteur, psychique ou mental.

Elle oriente ensuite la personne vers le service d'accompagnement le plus adapté (SAMSAH, SAVS...).

MDPH - Pôle Info Handicap

Conseil départemental du Val d'Oise - Bâtiment H

2 avenue du Parc

CS 20201 CERGY

95032 CERGY PONTOISE CEDEX

maisonduhandicap@valdoise.fr

TEL : 01 34 25 16 50

Dernière mise à jour : 07/2017

7

SECTEURS DE PSYCHIATRIE ET CMP

Les CMP (Centres Médico-Psychologiques) sont des centres spécialisés dans la prise en charge de problèmes d'ordres psychologiques. Ils proposent des consultations psychologiques ou psychiatriques gratuites sur rendez-vous. Les CMP peuvent effectuer des visites à domicile sur prescription médicale du médecin et avec l'accord du patient. Une première consultation auprès d'un médecin au sein de l'hôpital ou au CMP est donc nécessaire.

Les CMP sont organisés par secteurs de psychiatrie adulte, au nombre de quatorze dans le Val d'Oise.

→ Consulter la carte page suivante pour connaître le secteur de psychiatrie adulte dont relève votre commune.

CMP 95G01*

Centre Jean Delay
6 avenue de l'Île de France
95300 PONTOISE
TEL : 01 30 75 43 08

CMP 95G02*

10 rue de l'Éclipse
95800 CERGY ST CHRISTOPHE
TEL : 01 30 75 89 50

CMP 95G03

1 rue Saint Flaive Prolongée
95120 ERMONT
TEL : 01 39 89 93 65

CMP 95G04

40/42 rue Gabriel Péri
95130 LE PLESSIS BOUCHARD
TEL : 01 34 44 16 16

CMP 95G05 et Argenteuil pour partie

(avec le CMP 95G13)
38, Esplanade de l'Europe
95100 ARGENTEUIL
TEL : 01 34 11 73 40

CMP 95G06

10 bis, route d'Argenteuil
95240 CORMEILLES EN PARISIS
TEL : 01 39 78 32 82 ou 01 39 78 25 95

CMP 95G07

Villa Bruneton - 1 rue Jean Moulin
95160 MONTMORENCY
TEL : 01 34 06 64 79

CMP 95G08

7 bis rue Léon Godin – Immeuble L. Mazade
95260 BEAUMONT-SUR-OISE
TEL : 01 34 70 49 70

CMP 95G09

199 avenue de la Division Leclerc
95200 SARCELLES
TEL : 01 34 19 62 11

CMP 95G10

7 rue Furmanek
95500 GONESSE
TEL : 01 30 11 20 90

CMP 95G11

34 avenue Pierre Sémard
95400 ARNOUVILLE
TEL : 01 30 11 22 30

CMP 95G12

38 rue Carnot
95420 MAGNY EN VEXIN
TEL : 01 34 79 43 20

CMP 95G13 et Argenteuil pour partie

(avec le CMP 95G05)
10, rue Gaston Maurer
95870 BEZONS
TEL : 01 34 34 11 60

CMP 95G14

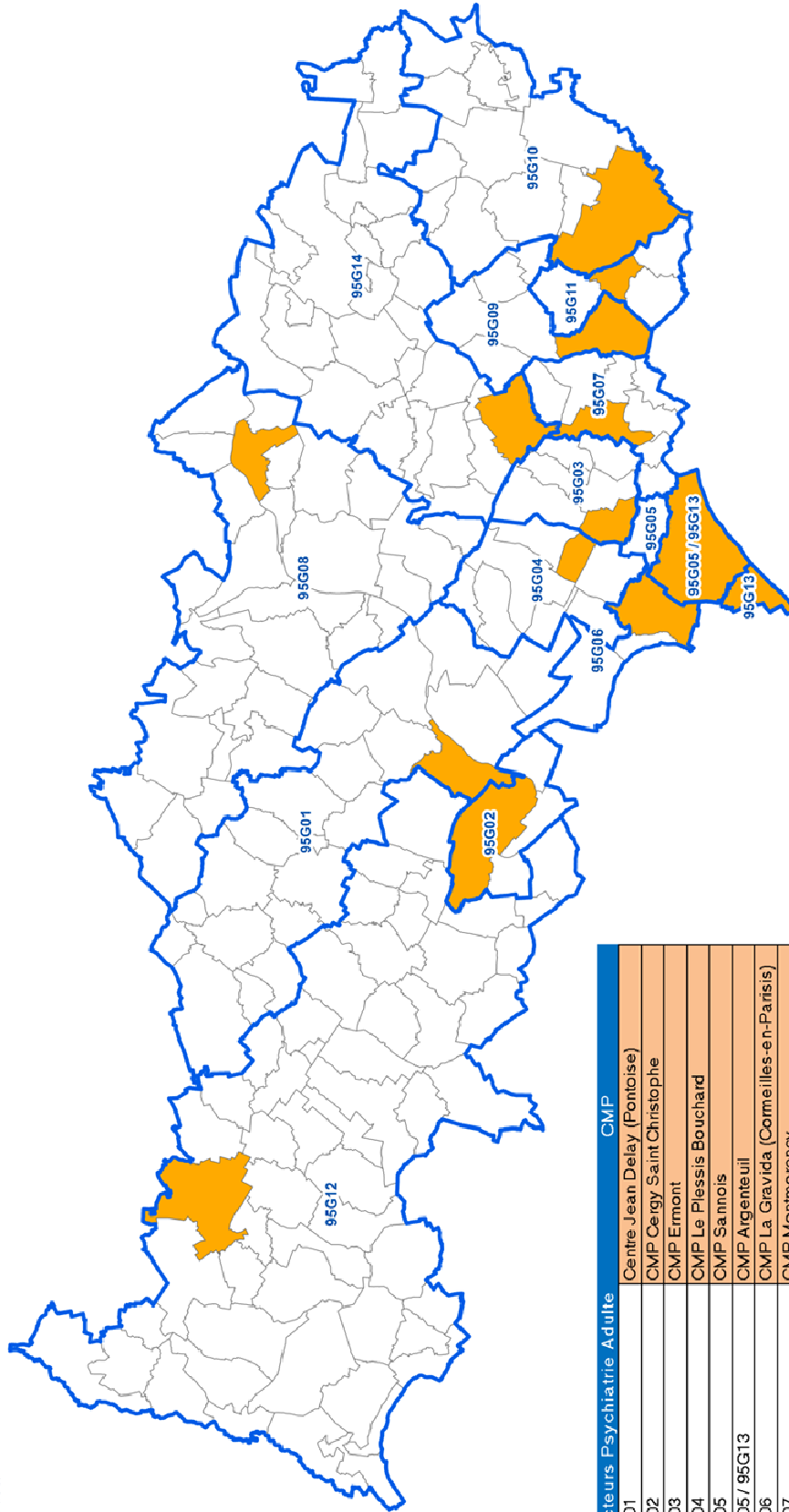
8 bis allée Normande
95330 DOMONT
TEL : 01 34 39 15 10

* Pour le 95G01 et 95G02, le premier rendez-vous de consultation est donné après constitution d'un dossier par le secrétariat de régulation (TEL : 01 30 75 42 86) suivi d'un rappel du patient par le médecin ou le psychologue régulateur.

Dernière mise à jour : 07/2017

9

Secteurs de Psychiatrie Adulte et CMP associés Département du Val-d'Oise



Secteurs Psychiatrie Adulte	CMP
95G01	Centre Jean Delay (Pontoise)
95G02	CMP Cergy Saint-Christophe
95G03	CMP Ermont
95G04	CMP Le Plessis Bouchard
95G05	CMP Sannois
95G05 / 95G13	CMP Argenteuil
95G06	CMP La Gravida. (Cormeilles-en-Parisis)
95G07	CMP Montmorency
95G08	CMP Beaumont sur Oise
95G09	CMP Sarcelles
95G10	CMP Gonesse
95G11	CMP Armonville-les-Gonesses
95G12	CMP Magny
95G13	CMP Bezons
95G14	CMP Domont

Dernière mise à jour : 07/2017



Echelle 1/270000

Date de création: Juillet 2017

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) sont des établissements médico-sociaux.

Ils assurent une prise en charge médicale (diagnostic, prestations de soins), psychologique, sociale (accès aux droits sociaux, aide à l'insertion ou à la réinsertion) et éducative.

L'accueil y est anonyme et gratuit.

Les CSAPA n'effectuent pas de visite au domicile de l'utilisateur. Ils ne sont pas sectorisés : le patient choisit sa structure d'accueil pour des raisons qui lui sont propres.

ANPAA 95

(Association Nationale de Prévention en
Alcoologie et Addictologie)

ANPAA départementale

1, Allée de la pépinière

95000 PONTOISE Cedex 300

anpaa95@anpaa.asso.fr

TEL : 01 30 38 88 90

CSAPA ARGENTEUIL

Centre de soin en addictologie

12, Boulevard Maurice Berteaux

95100 ARGENTEUIL

csapa.argenteuil@anpaa.asso.fr

TEL : 01 30 76 30 13

CSAPA SANNOIS

Square Jean Mermoz - 46 Charles de Gaulle

95110 SANNOIS

csapa.sannois@anpaa.asso.fr

TEL : 01 39 81 23 99

CSAPA VILLIERS LE BEL

Centre de soin en addictologie

93 avenue Pierre Sémard

95400 VILLIERS LE BEL

csapa.gonesse@anpaa.asso.fr

TEL : 01 39 87 06 57

CSAPA CERGY-PONTOISE

Parc Buroplus 18 Boulevard de la Paix Bâtiment 10

95800 CERGY

csapa.cergy@anpaa.asso.fr

TEL : 01 30 30 50 96

ANNEXE 5 - Modèle de compte-rendu de réunion en Mairie pour les situations d'incurie [Livrabale du stage]

Le(date).....

Synthèse organisée en mairie deconcernant

Participants :

NOM Prénom	Fonction	Institution

Contexte et historique de la situation :

Cette synthèse a pour but de faire le point sur les démarches à entreprendre afin de soutenir Mr /Mme dans l'occupation de son logement

Répartition des tâches


D'un commun accord, et dans l'intérêt de Mr/Mme il a été convenu la répartition des tâches suivantes :

Action	Porteur	Echéance
Mesures sociales (mettre en place un portage de repas, une demande de mise sous curatelle/tutelle...)		
Organiser le tri en vue du nettoyage		
Elaborer des devis de nettoyage		
Se rapprocher du médecin traitant pour un bilan de santé		
.....		

ANNEXE 6 - Extrait du fichier Excel utilisé dans l'analyse des dossiers traités dans le Val d'Oise entre 2011 et 2017

Technicien Référent	Année	Adresse	Commune	N° d'Arrêté Préfectoral	Occupant	Symptômes	Signalant	Chronologie des événements	Partenaires associés	Suites	Montant du Devis	Société de Nettoyage	Type	Sous-type
					Homme seul, né en XXXX, locataire d'un logement social	- Accumulation d'objets non putrescibles : livres et cartons au point qu'il est très difficile d'y circuler et d'ouvrir les fenêtres (+ électricité défectueuse)	SDIS	<p>Monsieur était suivi par la MAIA.</p> <p><i>Date</i> : Intervention des pompiers suite à un malaise</p> <p><i>Date</i> : Enquête ARS en présence de la MAIA</p> <p><i>Date</i> : AP d'urgence</p> <p><i>Date</i> : Autorisation de réalisation des travaux par l'occupant</p> <p><i>Date</i> : Exécution des travaux d'office par le bailleur (société Diogène).</p> <p><i>Date</i> : Constat de réalisation des travaux.</p> <p><i>Date</i> : Levée d'AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MAIA (gestion de cas) • Médecin traitant • Mairie • Bailleur social 	Suivi MAIA	8640 €	Diogene Extreme	Santé mentale	SD primaire

ANNEXE 7 - Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation de la MAIA



Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation

Complété par : _____		Structure : _____	
Date : _____	Tél. : _____	Mail : _____	
Conditions de l'entretien			
<input type="checkbox"/> Par tél		<input type="checkbox"/> Avec un tiers	
<input type="checkbox"/> Sur site		<input type="checkbox"/> A l'hôpital	
<input type="checkbox"/> A domicile		<input type="checkbox"/> Avec la personne	
Nom : _____	Né(e) le : _____	Age : _____	
Prénom : _____			
Adresse : _____		Bât : _____	code : _____ étage : _____
Tél. : _____			
Situation familiale			
<input type="checkbox"/> seul		<input type="checkbox"/> En couple	
<input type="checkbox"/> Vit avec une personne dépendante		<input type="checkbox"/> famille	
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> ne sait pas	
Personne à contacter : _____		Informée de la démarche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> e ne sais pas	
Coordonnées : _____		Lien avec la personne : _____	
Médicin traitant : _____			
Coordonnées : _____		Informé de la démarche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> e ne sais pas	
Tél. : _____		Si hospitalisé, date prévisible de sortie : _____	
SERVICES ET PROFESSIONNELS EN PLACE : Indiquer Nom et fréquence des passages <input type="checkbox"/> Caisse de retraite <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> OUC <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> Gestion de cas			
Sanitaire <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Infirmière libérale <input type="checkbox"/> Masseur Kinesithérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile		Médico-social <input type="checkbox"/> Service de soins infirmiers à domicile <input type="checkbox"/> Equipe spécialisée Alzheimer <input type="checkbox"/> Plateforme de répit des aidants <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire EHPAD <input type="checkbox"/> Logement Foyer <input type="checkbox"/> Points conseils equipe Allocation Personnalisée d'Autonomie <input type="checkbox"/> Maison Départementale Personnes Handicapées <input type="checkbox"/> Service d'Aide à Domicile <input type="checkbox"/> Association d'usagers <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Social <input type="checkbox"/> Centre Communal d'Action Social <input type="checkbox"/> Service social départemental <input type="checkbox"/> Service social CRAMIF			
Demande exprimée par la personne ou par son entourage : _____			

REPERAGE DES ALERTES

ALERTES LIEES A LA SANTE <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire, de l'orientation, confusion <input type="checkbox"/> Problèmes physiques <input type="checkbox"/> Hospitalisation récente ou à répétition dans l'année <input type="checkbox"/> Chute récente ou à répétition dans l'année <input type="checkbox"/> Perte d'appétit, de poids de façon récente <input type="checkbox"/> Difficulté de réalisation des soins ou refus	ALERTES LIEES A L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE Besoin d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne : <input type="checkbox"/> déplacements (intérieurs, extérieurs) <input type="checkbox"/> toilette <input type="checkbox"/> habillage <input type="checkbox"/> courses / cuisine <input type="checkbox"/> préparation des repas
ALERTES LIEES AUX EVENEMENTS FAMILIAUX ET SOCIAUX <input type="checkbox"/> Isolement, ruptures du lien social <input type="checkbox"/> Décès de l'aidant (enfant, conjoint...) <input type="checkbox"/> Entourage non cohabitant (voisins) <input type="checkbox"/> Difficulté et/ou refus de mettre en place ou maintenir des aides médico-sociales au domicile) <input type="checkbox"/> Vulnérabilité <input type="checkbox"/> Entourage éloigné, en difficulté ou épuisé <input type="checkbox"/> Arrêt des loisirs	ALERTES LIEES A LA SECURITE INDIVIDUELLE ET ENVIRONNEMENTALE <input type="checkbox"/> Problème de logement inadéquat <input type="checkbox"/> Risque persistant d'accidents domestiques (incendie, inondation...) <input type="checkbox"/> Incapacité de donner l'alerte <input type="checkbox"/> Problème lié à un animal
ALERTES LIEES AUX ELEMENTS ECONOMIQUES ET/OU ADMINISTRATIFS <input type="checkbox"/> Difficulté dans la gestion administrative et financière <input type="checkbox"/> Droits non ouverts <input type="checkbox"/> Risque d'abus financier	

Fiche remise en main propre oui non

Orientation simple vers : _____

Documentation donnée : _____

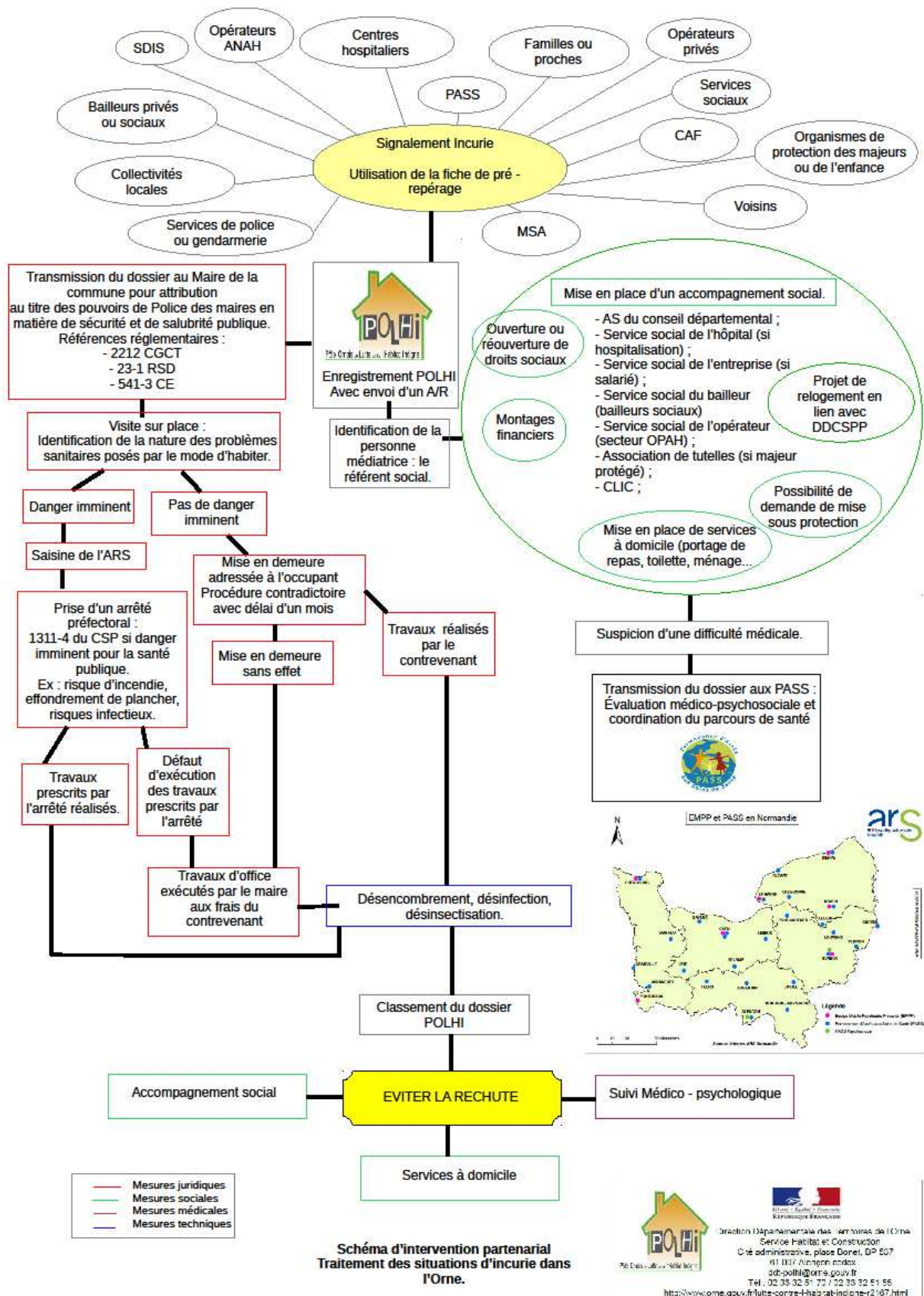
MAIA Val d'Oise - Février 2016



Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation

<input type="checkbox"/> ORIENTATION DIRECTE VERS UN SERVICE / UN PROFESSIONNEL 1^{er} recours <i>Si vous avez coché 1 ou 2 alerte(s)</i>	
Sanitaire <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Infirmière libérale <input type="checkbox"/> Masseur Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile <input type="checkbox"/> Hôpital de jour / Pass / CMP <input type="checkbox"/> Service de soins infirmiers à domicile <input type="checkbox"/> Soins de Suite et réadaptation	Médico-social <input type="checkbox"/> Equipe spécialisée Alzheimer <input type="checkbox"/> Plateforme de répit des aidants <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes <input type="checkbox"/> Accueil temporaire EHPAD <input type="checkbox"/> Logement Foyer <input type="checkbox"/> Points conseils équipe Allocation Personnalisée d'Autonomie <input type="checkbox"/> Maison Départementale Personnes Handicapées <input type="checkbox"/> Service d'Aide à Domicile <input type="checkbox"/> Equipe évaluatrice pour les Caisses de retraite <input type="checkbox"/> Association d'usagers <input type="checkbox"/> Autres :
Social <input type="checkbox"/> Centre Communal d'Action Social <input type="checkbox"/> Service social départemental <input type="checkbox"/> Service social CRAMIF	
<input type="checkbox"/> ORIENTATION VERS UNE EVALUATION COMPLEMENTAIRE 2^{ème} recours	
Visite à domicile avec un besoin de coordination des actions Orientation vers: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> CLIC	
<input type="checkbox"/> ORIENTATION VERS UNE EVALUATION COMPLEMENTAIRE 3^{ème} recours	
Visite à domicile avec un besoin de coordination renforcée des actions <i>Si vous avez coché plus de 3 alertes</i>	
<input type="checkbox"/> Réseau de santé Plus de 75 ans ou pathologie concernée - Territoire réseau Évaluation sanitaire spécifique à domicile Appui à la coordination des professionnels de santé de 1 ^{er} recours	<input type="checkbox"/> Service gestion de cas Alerte(s) multiples et absence de personne ressource pour mettre en place et coordonner les réponses aux besoins Suivi au long cours
Informations complémentaires	
Objectifs et actions attendus	
Fiche élaborée avec la personne concernée, informée de sa transmission <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Cadre réservé au destinataire pour la réponse	
Nom du professionnel ou du service : _____ Date : _____ Tél. / mail pour contact : _____ <input type="checkbox"/> Prise en charge validée par le service <input type="checkbox"/> Orientation invalidée car : <input type="checkbox"/> Refus de la personne ou de son entourage <input type="checkbox"/> Refus du partenaire <input type="checkbox"/> Réorientation vers : _____	<input type="checkbox"/> En attente de (motif) : _____ <input type="checkbox"/> Sous réserve : <input type="checkbox"/> accord de la personne <input type="checkbox"/> accord du médecin traitant
Fruit d'un travail collaboratif des professionnels des MAIA du Val d'Oise, « Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie », sur l'amélioration du parcours. Cette fiche est utilisable par tout service, professionnel. L'orientation déclenche une consultation, une évaluation plus complète, l'intervention d'un service spécialisé, d'une hospitalisation...	

ANNEXE 8 - Traitement des situations d'incurie dans l'Orne – Schéma d'intervention partenarial

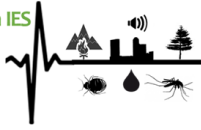


BRUNET DE LA CHARIE

Gabrielle

19/09/2017

Promotion IES
2016-2017



INGENIEUR D'ETUDES SANITAIRES

Promotion 2016-2017

Les situations d'incurie dans l'habitat : des contextes différents et des procédures à adapter

Résumé :

Du fait de l'absence de souci de soi et de l'entassement de déchets dans le logement, les situations d'incurie peuvent entraîner la mise en danger de la santé et de la sécurité de l'occupant, voire de son voisinage.

L'incurie dans l'habitat est une problématique à laquelle les services santé environnement des ARS sont confrontés. L'ARS dispose, pour le compte du préfet de département, d'une procédure coercitive visant la résorption rapide des désordres constatés dans l'habitat lorsque ceux-ci constituent un danger imminent et ponctuel pour la santé de l'occupant ou du voisinage (article L1311-4 du CSP). Cette procédure ne permet pas à elle seule de traiter la situation de façon globale et pérenne. La délégation départementale du Val d'Oise a souhaité qu'une réflexion soit menée sur ces situations, afin de pérenniser son action et d'éviter la récurrence.

Ce rapport présente la méthodologie employée et les résultats des travaux réalisés. L'état des lieux des partenaires dans le Val d'Oise met en évidence une multiplicité d'acteurs sans chef de file là où un travail partenarial coordonné est indispensable. Une typologie des situations a été élaborée ainsi qu'une cartographie fonctionnelle des partenaires au regard de cette typologie afin d'adapter la prise en charge et de mobiliser les partenaires pertinents. Des recommandations sur les rôles et modalités d'intervention de chacun des acteurs sont proposées.

Mots clés :

Incurie, Syndrome de Diogène, Santé mentale, Etude diagnostique, Classification, Cartographie, Prise en charge médicosociale, Coordination, Procédure, ARS, Val d'Oise

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.