



EHESP

Ingénieur d'études sanitaires

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **12 septembre 2017**

**Santé mentale et habitat : adéquation
entre l'offre de logements et la prise en
charge de personnes en souffrance
psychique dans le Loir-et-Cher**

Nadine SAINTOL

Lieu de stage

ARS Centre-Val de Loire – DD 41

Référent professionnel

Christelle FUCHÉ

Référent pédagogique

Véronique DAUBAS-LETOURNEUX

Remerciements

Je remercie tout d'abord Mme BOUYGARD, Directrice Générale de l'ARS Centre - Val de Loire, Mme DUMAY, Directrice de la Santé Publique et Environnementale, Mme BENSRYHAYAR, Déléguée Départementale du Loir-et-Cher et Mme FUCHÉ Responsable du Pôle Santé Publique et Environnementale de la DD41 de la confiance qu'elles m'ont accordée.

Mes remerciements suivants sont adressés à mes référentes : Mme Christelle FUCHÉ, référente professionnelle, pour son encadrement, sa patience et ses réflexions constructives. Vous avez réussi à éveiller ma curiosité en matière d'animation territoriale et à me faire passer un peu de cette énergie que vous déployez. Mme Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, référente pédagogique, pour ses conseils méthodologiques qui ont structuré mon stage et mes entretiens avec les partenaires.

Je remercie chaleureusement mes collègues de la DD41, les membres du pôle SPE : Annick, Chantal, Catherine, Christophe, Laure, Maxime, Michel, Nathalie, Patty ainsi que ceux du pôle OSMS pour leur accueil, leur disponibilité et leur convivialité qui m'ont permis de m'intégrer sans peine. Je remercie particulièrement Maxime ALTER, Christelle FUCHÉ, Michel PAROUTOT et Nathalie TURPIN, pour leur aide précieuse à l'élaboration de ce rapport. J'ai une pensée particulière pour Nadia BENSRYHAYAR et Chantal GOULARD, qui ont quitté la DD entre les deux périodes de stage et que je remercie aussi pour leur accueil et leur convivialité.

J'adresse de chaleureux remerciements à l'ensemble de mes collègues de la DD28 et en particulier à la cellule espace clos et environnement extérieur, Daniel BRACHET et Brigitte TRAVERT ainsi que les partenaires du PDLHI 28 qui m'ont appris ce que je sais sur la LHI. Je présente également mes remerciements à Elodie AUSTRUY, Jean-Claude GAYRAL et Denis GELEZ, pour m'avoir fait confiance à ce poste. Ainsi qu'à Bérengère, Claudine, Florence, Jennifer, Karim, Marc, Matthieu, Nathalie, Valérie ..., et tous les autres qui ont contribué à ce que mon passage en Eure-et-Loir soit aussi agréable.

Enfin je n'oublie pas mes collègues des départements voisins et de la région, qui m'ont intégrée aux groupes de travail, diverses réunions et ont répondu à mes sollicitations. Je remercie Emmanuelle CARREAU et Noëlle COUSIN pour leur contribution à ce travail. Je remercie également Jean COLY et les collègues de la DD45 qui m'ont permis de parfaire mes connaissances en habitat, et j'adresse un remerciement spécial à Dominique MARQUIS, sans qui je courrais encore après mes codes d'accès et photocopies.

Je remercie également l'ensemble des acteurs départementaux que j'ai rencontré : l'ASLD, les Bailleurs sociaux, le Conseil Départemental, le Centre hospitalier de Blois, la Clinique de la Chesnaie, la DDCSPP, la DDT le SAMSAH SPY, SoliHa, la Ville de Blois pour leur accueil, leur disponibilité en cette période estivale et pour l'ensemble des informations qu'ils m'ont fourni pour mieux appréhender et nourrir mon sujet de stage.

J'adresse les remerciements suivants à l'UNAFAM, aux pilotes des MAIA, pour leur manifestation d'intérêt, même si la rencontre n'a pu avoir lieu.

Je tiens également à remercier Nathalie GISBERT pour m'avoir invitée à découvrir le monde de la psychiatrie institutionnelle.

Je remercie par ailleurs toutes les personnes qui ont pris du temps pour partager leurs expériences professionnelles liées à cette thématique : Mme ALENDURO SILVA, M. BOYER, Mme CULOMA, Mme DECHAUX, Mme FRITSCH, M. MAITRAIS, M. LAPORTE, Mme MARTINEZ, Mme PHILIPPE, Mme PERNOT, Mme SCHMITT. Ainsi que toutes celles dont les contributions n'ont pu intégrer ce rapport faute de temps.

Enfin, j'adresse des remerciements tout particuliers à mes relecteurs familiaux ainsi qu'à Sophie ROUSSELET et Muriel ALOPH pour m'avoir soutenue lors de la rédaction de ce rapport comme du précédent. Je suis sûre qu'ils vous parviendront par-delà l'océan qui nous sépare.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	3
1 Les orientations en matière de lutte contre l’habitat indigne	4
1.1 Etat des lieux du logement en Loir-et-Cher	5
1.2 Les acteurs de la LHI	9
2 Le système de santé mentale	13
2.1 La stratégie de prise en charge du public souffrant de maladie mentale en France	13
2.2 L’offre en santé mentale dans le Loir-et-Cher.....	15
2.3 Le réseau d’acteurs départementaux de la santé mentale.....	19
3 Quelle articulation mettre en œuvre entre les dispositifs de LHI et ceux de prise en charge de la santé mentale ?	22
3.1 Retours d’expériences.....	22
3.2 Vers une coordination des acteurs du Loir-et-Cher.....	25
4 Discussion	26
Conclusion	27
Glossaire	- 28 -
Bibliographie	- 34 -
Liste des annexes	I

Table des illustrations

Figure 1 - Dispositifs d'hébergement d'urgence et d'insertion et capacités d'accueil en décembre 2014 dans le Loir-et-Cher	8
--	---

Table des tableaux

Tableau 1 – Bilan d'activité du PDLHI en 2014 et 2015	11
Tableau 2 – Bilan d'activité de la DD41 en matière de LHI de 2014 à 2016.....	11
Tableau 3 – Offre de soin ambulatoire en santé mentale dans le Loir-et-Cher	16
Tableau 4 – Offre de soin en psychiatrie générale adulte dans le Loir-et-Cher	18
Tableau 5 – Les ESMS du Loir-et-Cher destinés aux adultes en situation de handicap.....	18

Liste des sigles utilisés

ADIL	Agence Départementale d'Information sur le Logement
ASLD	(association d') Accueil de Soutien et de Lutte contre les Détreffes
ALUR	Loi pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CATTP	Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAPEX	Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions Locatives
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CESF	Conseiller en Economie Sociale et Familiale
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
COFIL	Comité de Pilotage
CORAHLI	Commission d'orientation sur l'hébergement et le logement d'insertion
COTECH	Comité Technique
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DD 41	Délégation Départementale du Loir-et-Cher
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDT	Direction Départementale des Territoires
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunal
ESAT	Etablissement de Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé

FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
FSL	Fond de Solidarité Logement
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
HPST	(loi) Hopital, Patient, Santé, Territoire
LHI	Lutte contre l'Habitat Indigne
LMSS	Loi de Modernisation du Système de Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MoLLE	(loi de) Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
OSMS	Offre Sanitaire et Médico-Sociale
PDALHPD	Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PDLHI	Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne
PNLHI	Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus Démunies
PRS	Programme Régional de Santé
PRSE	Plan Régional de Santé Environnement
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RESE	Réseau d'Échange en Santé Environnement
RSD	Règlement Sanitaire Départemental
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SoliHa	Solidaires pour l'Habitat
SSSA	Service Santé Sécurité Accessibilité
SSIAD	Service des Soins Infirmiers à Domicile
SPE	Santé Publique et Environnementale
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹, 1 français sur 5 sera touché par des troubles psychiques en 2020 et cinq des dix pathologies les plus préoccupantes actuellement concernent la santé mentale. Les personnes porteuses de troubles psychiques sévères et persistants² souffrent généralement d'un grand isolement, de rupture des liens familiaux et sociaux, d'une perte de capacité à entreprendre et à réaliser les actes de la vie quotidienne ; comportements pouvant déboucher sur une incurie dans leur logement. Ces effets, conjugués à la stigmatisation attachée aux troubles psychiques sévères et, le cas échéant, à des hospitalisations prolongées ou répétées en psychiatrie, elles-mêmes facteur de désinsertion sociale, amènent fréquemment les personnes à la perte de leur logement, à l'errance, à l'exclusion sociale. Par ailleurs, une grande exclusion produit également une souffrance psychique intense et peut conduire à des troubles psychiques sévères et persistants. Ainsi, selon l'étude SAMENTA³, 30% des personnes vivant à la rue ou en grande précarité souffrent de troubles psychiques (*Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016*).

Or l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, environnementaux, sociaux, économiques et liés aux services de santé : les déterminants de santé. La part « attribuable » aux facteurs sociaux et environnementaux pèserait pour 80% dans la constitution des inégalités de santé. En effet, l'amélioration de la santé est conditionnée à l'amélioration des conditions de vie : nutrition, habitat, hygiène, éducation, plus qu'à l'offre de soins (*Breton, 2016*).

Pour toutes ces raisons, un des enjeux du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire est de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment en développant l'acquisition et le renforcement des compétences psycho-sociales⁴. De plus, le second PRS⁵, en cours de rédaction, prévoit dans son Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus Démunies (PRAPS) un parcours « santé mentale ». Le 3^e Plan Régional Santé Environnement (PRSE)⁶, quant à lui, met l'accent sur la prévention pour la réduction des expositions environnementales, avec notamment un axe sur la qualité de l'air intérieur⁷.

¹ Organisation Mondiale de la Santé : Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

² Troubles psychiques sévères et persistants tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires, certains troubles dépressifs sévères ou persistants, ou des formes graves de troubles obsessionnels, etc.

³ Étude SAMENTA : La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France – Observatoire du SAMU social de Paris. Inserm – 2010.

⁴ L'OMS définit les compétences psycho-sociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne (cf. glossaire).

⁵ Le second Projet Régional de Santé est défini par le décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016.

⁶ Le Plan Régional Santé Environnement 2017-2021, piloté par l'ARS, la DREAL et le Conseil Régional du Centre-Val de Loire.

⁷ Action prioritaire du PRSE 3 : Améliorer la qualité de l'air intérieur au domicile des personnes vulnérables (action n°8).

En effet, nous passons 80% de notre temps dans des lieux clos et de nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par des désordres dans l'habitat (saturnisme, maladies respiratoires, ...).

Dans le département du Loir-et-Cher, le diagnostic de l'Observatoire Régional de Santé (ORS)⁸ Centre-Val de Loire a mis en évidence que 4,1% des logements du parc privé sont potentiellement indignes⁹. Cela représente plus de 5000 logements et touche environ 10 000 personnes. Le département est principalement concerné par une problématique d'habitat vétuste lié au vieillissement du parc (3/4 des logements datent d'avant 1949). Plus de 90% des signalements reçus par l'ARS concernent des logements non conformes aux règles d'hygiène du Règlement Sanitaire Départemental (RSD) et/ou aux caractéristiques du logement décent¹⁰.

Par ailleurs, il faut savoir que l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) estime que 2% de la population souffre de troubles psychiques avérés et nécessite une prise en charge adaptée, soit 6600 personnes dans le département.

Le projet territorial de santé mentale instauré par la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS)¹¹ prévoit le développement d'un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné pour les personnes en souffrance psychique. Une des missions de prévention et de promotion de la santé des ARS, est d'identifier et de construire un réseau d'acteurs en mesure d'assurer la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques¹².

Au regard du cadrage national et régional ainsi qu'aux problématiques du territoire du Loir-et-Cher, l'objet de ce rapport est d'évaluer l'adéquation entre l'offre de logements et la prise en charge des personnes en souffrance psychique dans le département. Sur la base du diagnostic territorial, les orientations en matière de Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI) (1) et l'état des lieux de la prise en charge de la santé mentale dans le département (2), des propositions d'articulation entre les dispositifs existants (3) sont élaborées afin de concourir à la mise en œuvre d'un parcours coordonné global à la fois sur le volet logement et sur le volet santé mentale.

⁸ Diagnostic régional santé environnement de l'Observatoire régional de la santé Centre-Val de Loire – avril 2016.

⁹ L'habitat indigne est une notion politique introduite par la loi Besson du 31 mai 1990 qui recouvre tous les logements qui portent atteinte à la dignité humaine (cf. glossaire).

¹⁰ Décret n° 2017-312 du 9 mars 2017 modifiant le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains.

¹¹ Article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹² Extrait de la fiche mission ARS Domaine « santé – milieu de vie » - Lutte contre l'habitat insalubre (instruction DGS/EA/2011/406).

Méthodologie

Le sujet « santé mentale et habitat » a été proposé conjointement par les responsables des pôles Santé Publique et Environnementale (SPE) et Offre Sanitaire et Médico-Social (OSMS) de la délégation départementale du Loir-et-Cher (DD41) dans une démarche de transversalité.

Dans un premier temps, j'ai identifié les acteurs de la santé mentale (professionnels de la psychiatrie, associations, juristes,...) et de la LHI (institutionnels, collectivités locales, associations, juristes, ...) afin de constituer un annuaire de contacts. Ma responsable de pôle a envoyé, de la boîte de l'unité prévention, promotion de la santé, un courriel annonçant l'objet de mon stage et sollicitant un rendez-vous en fonction des disponibilités de chacun en amont du stage. J'ai ainsi pu dresser un calendrier de mes rencontres (*annexe 1*) que j'ai complété par de nouveaux acteurs, identifiés au fil des entretiens. En absence de réponse, j'ai effectué des relances par courriel puis par téléphone afin d'obtenir un grand nombre de rendez-vous.

J'ai ensuite élaboré pour chaque partenaire un « questionnaire » pour guider les échanges, en m'intéressant, *a minima*, à l'organisation de la structure (champ de compétences et dispositifs de prise en charge), aux spécificités du département ainsi qu'aux leviers d'action. Ces entretiens exploratoires ont été préparés à l'aide de recherches bibliographiques sur chaque structure. L'objectif était de comprendre le maillage départemental et les interactions entre les acteurs afin d'établir un état des lieux mais également d'identifier les besoins, les contraintes et les leviers d'action afin de proposer une coordination des moyens existants pour traiter efficacement les situations complexes.

Le stage s'étant tenu en période estivale, tous les partenaires n'ont pas pu répondre favorablement à mes sollicitations.

En parallèle, au sein de ma délégation, dans une démarche de décroisement, j'ai réalisé des entretiens avec les responsables des pôles SPE et OSMS ainsi qu'avec le technicien sanitaire et de sécurité sanitaire en charge de l'habitat (unité santé environnement – pôle SPE). Je me suis également adressée aux agents du pôle OSMS afin d'obtenir des informations relatives aux structures. En interne, j'ai pu m'appuyer sur différents documents tels que la feuille de route « santé mentale », le diagnostic territorial partagé et le plan « Habitat pour tous en Loir-et-Cher »¹³ afin d'identifier les enjeux et le contexte du département.

J'ai également sollicité les responsables concernées par cette thématique au siège, en l'occurrence, la directrice de la santé publique et environnementale, la responsable du

¹³ Il s'agit du plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées 2015-2020 piloté par le Conseil Départemental et la Préfecture du Loir-et-Cher (DDCSPP).

département de la veille et de la sécurité sanitaire, l'ingénieur du génie sanitaire en charge de l'habitat ; mes homologues ingénieurs d'études sanitaires en délégation ainsi que la référente santé mentale de l'ARS Centre - Val de Loire. Puis, par le biais du Réseau d'Echange en Santé Environnement (RESE), j'ai eu l'opportunité d'interroger l'ensemble des ARS (unités santé-environnement et référents santé mentale) pour savoir si elles avaient engagé une réflexion autour de la thématique « habitat et santé mentale ».

J'ai effectué des recherches bibliographiques sur les liens entre santé mentale et habitat en parallèle. Enfin, en complément de mes recherches et afin de mieux appréhender la dimension « santé mentale » du sujet, j'ai effectué la visite d'une clinique psychiatrique et ai assisté à deux conférences sur le sujet.

1 Les orientations en matière de lutte contre l'habitat indigne

La notion de logement évoque la nécessité pour l'être humain de disposer d'un *abri* contre les aléas de la nature. Sa dimension économique est fondamentale (patrimoine familial, marchandise) et il exprime également la notion de *domicile*. Le logement renvoie à l'*habitat* c'est-à-dire l'ensemble des liens noués autour du logement, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du logis. L'habitat, le *chez-soi*, est doté de caractéristiques symboliques et identitaires : il affirme une position sociale, un rôle à tenir, un statut (*Fijalkow, 2016*).

Dans les pays occidentaux, la seconde moitié du XIXe siècle a vu émerger la question du logement comme un problème public conduisant au vote de lois sur un domaine considéré jusqu'alors comme privé (*Fijalkow, 2016*).

La loi de Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion (MoLLE)¹⁴ du 25 mars 2009, dans son article 84, élargit la définition de l'habitat indigne comme suit : « *constituent un habitat indigne, les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé* ».

En France, il existe environ 420 000 logements privés occupés considérés comme indignes dans l'hexagone¹⁵ et environ 70 000 dans les départements d'outre-mer¹⁶. La LHI est, en matière de politique du logement, une priorité d'action de la puissance publique car elle participe à l'atteinte d'un objectif à valeur constitutionnelle : la possibilité pour chaque personne de disposer d'un logement décent¹⁷. La politique interministérielle¹⁸ de LHI est

¹⁴ Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009.

¹⁵ Données du Fichier des logements à la commune (FILOCOM) 2013.

¹⁶ Source : rapport « Rénovation urbaine et habitat indigne dans les DOM », Philippe Schmit, CGEDD, 2012.

¹⁷ Décision n° 2009-578 DC du 18 mars 2009 - Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion : « Tout logement indigne est par définition un logement non décent ».

¹⁸ Ministères en charge de l'Economie et Finances, des Affaires sociales et Santé et du Logement et Habitat durable.

réaffirmée par la loi pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové (ALUR)¹⁹ du 24 mars 2014, dont le titre II prévoit des dispositions visant à renforcer l'efficacité de la LHI, avec notamment la création d'une astreinte administrative²⁰. De plus, pour renforcer le pilotage de cette politique, via les Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI)²¹, une instruction interministérielle²², demande la désignation d'un sous-préfet référent en matière de LHI dans chaque département.

1.1 Etat des lieux du logement en Loir-et-Cher

Les principaux indicateurs sociodémographiques du département

Le Loir-et-Cher est un département de la région Centre - Val de Loire, à tendance rurale et semi-rurale, proche de 2 pôles régionaux équidistants (Tours et Orléans). Le département compte 344 121 habitants²³ répartis sur 283 communes. Plus de 50% de la population vit dans les 3 zones urbaines de Vendôme, Blois et Romorantin-Lanthenay.

La population du département est vieillissante. En 2014, l'indice de vieillissement²⁴ (97), est supérieur à celui de la Région (84) et de la France (75). Le contexte socio-économique est peu favorable : 12,2% des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté (14,3% en France métropolitaine en 2011). Le taux de chômage régresse, en 2016 il est de 8,7% contre 9,6% au niveau régional et 9,7 % au niveau national mais le nombre de chômeurs de longue durée s'accroît.

Le logement social

D'après le diagnostic²⁵ réalisé dans le cadre du Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) 2015-2020, les besoins en hébergement et en logement sur le territoire départemental ne peuvent être quantifiés avec précision.

Le parc de logement est majoritairement composé de maisons individuelles (68% des ménages sont propriétaires). Le département compte plus de 20 700 logements sociaux²⁶ répartis sur le territoire de façon très inégale. Ces logements dits « ordinaires²⁷ » ne disposent d'aucune adaptation, autre que celles pour le handicap physique. Il est à noter,

¹⁹ Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014.

²⁰ 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.

²¹ Courrier du 8 juillet 2010 du préfet Régnier, délégué général pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, président du PNLHI pour constitution et installation des PDLHI.

²² Instruction du Gouvernement du 15 mars 2017 relative à la désignation d'un sous-préfet référent en matière de lutte contre l'habitat indigne. NOR : LHAL1705937J (*Texte non paru au journal officiel*).

²³ Données INSEE au 1^{er} janvier 2014.

²⁴ Indice de vieillissement : nombre de personne de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

²⁵ Diagnostic de l'Observatoire de l'Economie et des Territoires dans le cadre du Plan « Habitat pour tous en Loir-et-Cher ».

²⁶ Source : DDT – Répertoire sur le Parc Locatif Social 2014.

²⁷ Les logements ordinaires, adaptés ou accompagnés sont définis dans le glossaire.

que la Préfecture dispose d'un « contingent » de logements réservés (25% du parc sur les nouveaux programmes de construction). Le critère d'accès prioritaire est le handicap, sans spécificité psychique. De même, la ville de Blois dispose d'un contingent de logements. Ainsi la Préfecture et la Ville peuvent proposer des dossiers prioritairement aux bailleurs sociaux compte tenus de leurs contingents.

La ville de Blois regroupe 26% des ménages du département mais 40% des logements sociaux. Les trois villes principales sont bien dotées en logements sociaux (36% des résidences principales à Blois, 32% à Vendôme, 20 % à Romorantin-Lanthenay) mais plusieurs secteurs de Beauce et de surcroit le Controis ne disposent pas d'une offre suffisante et par conséquent, la vacance y est faible ce qui génère des tensions importantes. En revanche, dans le département, le taux de vacance du parc social est élevé : 5% des logements sont vacants depuis 3 mois ou plus au 1^{er} janvier 2014 (2,8% en Région et 1,6% en national) ; ce ratio pouvant atteindre 25% dans certaines communes.

Une composante importante de la problématique habitat dans le Loir-et-Cher est liée aux difficultés sociales. Le nombre de ménages rencontrant des difficultés financières augmente sensiblement dans le département. Deux ménages sur trois ont de faibles ressources et 38% sont en situation de pauvreté. En 2014, 929 ménages ont bénéficié du Fond de Solidarité Logement (FSL) (dont 380 aides dans le parc privé) mais le nombre d'aides s'est globalement réduit de 32% en 5 ans. Le nombre de ménages surendettés est à son plus haut niveau depuis 20 ans dans le département (1 128 dossiers en 2014). Plus d'un locataire sur dix a au moins 3 mois de loyers impayés ou plus. Les trois villes principales concentrent une proportion importante de locataires en difficulté. Le nombre de procédure d'expulsion locative augmente significativement (529 assignations et 295 situations examinées en Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions Locatives (CCAPEX) en 2014).

La majorité des autres types de logement et/ou hébergement sont regroupés dans l'agglomération blésoise.

L'hébergement et le logement d'urgence sont gérés par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) mis en place fin 2010 dans le département. Il est sollicité chaque mois par 300 personnes en moyenne (160 ménages) et le nombre d'orientations est relativement stable. Le SIAO gère, le Samu social (115), l'accueil de jour, les places en hôtel et l'abri de nuit (homme seul), les appartements d'urgence (femme ou famille) ainsi que des places pour les migrants. Mais la capacité d'accueil des différentes structures a peu évolué, et le turnover est insuffisant pour répondre à la demande croissante. En moyenne, en 2014, 87 ménages ont reçu une réponse positive alors que 275 demandes ne peuvent aboutir chaque

mois (contre 187 en 2013). Les durées de séjour peuvent être importantes dans certains hébergements d'urgence (80 nuits par usager en moyenne en 2014). Les jeunes ne sont pas épargnés puisque 50 à 100 jeunes sont accueillis en situation d'urgence en Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) chaque année. En période de tension, un recours important à l'hôtel peut être observé (6 000 nuitées en 2014).

L'hébergement d'insertion se fait via des dispositifs tels que les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui peuvent inclure des lits halte soins-santé (non destinés aux maladies chroniques)²⁸. Ces dispositifs sont destinés à aider les personnes et familles en détresse à retrouver leur autonomie personnelle et sociale. Historiquement à Blois, un CHRS accueille des hommes seuls, en situation de précarité et un autre est dédié aux femmes victimes de violences.

D'autres catégories de logement, pouvant être plus adaptés aux personnes en souffrance psychique, existent : les pensions de famille, les résidences accueil.

Les pensions de famille ou maisons relais²⁹ accueillent des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme, sans relever toutefois de structures d'insertion de type CHRS. Elles offrent ainsi une solution entre les foyers d'hébergement collectif et l'accès à un logement individuel. Dans le département, on en trouve à Blois, Saint-Gervais-la-Forêt, Vendôme et Selles-sur-Cher.

Les Résidences accueil³⁰ appartiennent à la catégorie des pensions de famille. Elles constituent une offre de logements adaptés pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique. Ces résidences accueil, qui relèvent du champ du logement social, présentent trois caractéristiques essentielles : la présence de personnel qualifié, un accompagnement social et un accompagnement sanitaire. Elles représentent une alternative à l'hospitalisation.

Actuellement le Loir-et-Cher dispose de 10 places en résidence accueil et de 76 places en pension de famille.

Les sous-locations représentent une alternative au logement classique. Dans le département, elles sont mises en œuvre par des associations telles que l'Accueil de Soutien

²⁸ Les lits halte soins santé accueillent, de jour comme de nuit des personnes sans domicile ayant une pathologie aiguë, sur orientation des hôpitaux via le 115 le jour, ou sur orientation des équipes mobiles. Il s'agit d'un hébergement à temps complet pour une durée de deux mois non renouvelables. Ils ont vocation à remplacer le domicile ou dans certains cas, un centre de convalescence. Ils sont, en tout état de cause, des lieux qui permettent de traiter, en parallèle de l'urgence médicale, l'urgence sociale (mise à jour des papiers d'identité, ouverture de droits, recherche de solutions d'hébergement voire de logement,....).

²⁹ Créées par une circulaire en date du 21 avril 1997, dans le cadre d'un programme expérimental, les pensions de familles ont bénéficié d'un cadrage dans la circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002.

³⁰ Note d'information DGAS/PIA/PHAN n° 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique

et de Lutte contre les Détresses (ASLD) ou des entités telles que SoliHa³¹ (fédération Solidaires pour l'Habitat). Ces structures louent des biens aux bailleurs sociaux et les sous-louent à des personnes en difficulté. Elles assurent la gestion du bien et l'accompagnement des sous-locataires. SoliHa dispose aussi d'un patrimoine immobilier propre qui peut être proposé à la location. Les bailleurs sociaux ainsi que les structures, qui proposent de la sous-location, se retrouvent parfois confrontés à des problématiques de conditions d'occupation (problèmes de comportement) qui dégradent les logements et nuisent à la tranquillité voire salubrité du voisinage.

Globalement, la capacité d'accueil des différents dispositifs s'est étoffée depuis 2008, notamment avec la mise en place de l'intermédiation locative³² en 2010. Les baux peuvent être glissants pour permettre le passage de la sous-location à la location et ainsi favoriser l'autonomie des locataires. Le parc de logements de SoliHa, comme les Maisons relais, constituent un habitat pérenne pour des ménages qui ne peuvent accéder à un logement ordinaire en raison de leur situation particulière. Par conséquent, peu de mouvements y sont enregistrés chaque année. Les autres dispositifs proposent une solution de transition mais la durée de séjour peut y être longue (plusieurs années en sous-location par exemple). De plus, à défaut de places disponibles en insertion ou de possibilités d'entrées en logement adapté ou accompagné, une orientation vers un hébergement d'urgence est assez souvent proposée, ce qui engorge ce type d'hébergement. La figure 1 présente les dispositifs d'hébergement d'urgence et d'insertion ainsi que les capacités d'accueil du département en 2014.

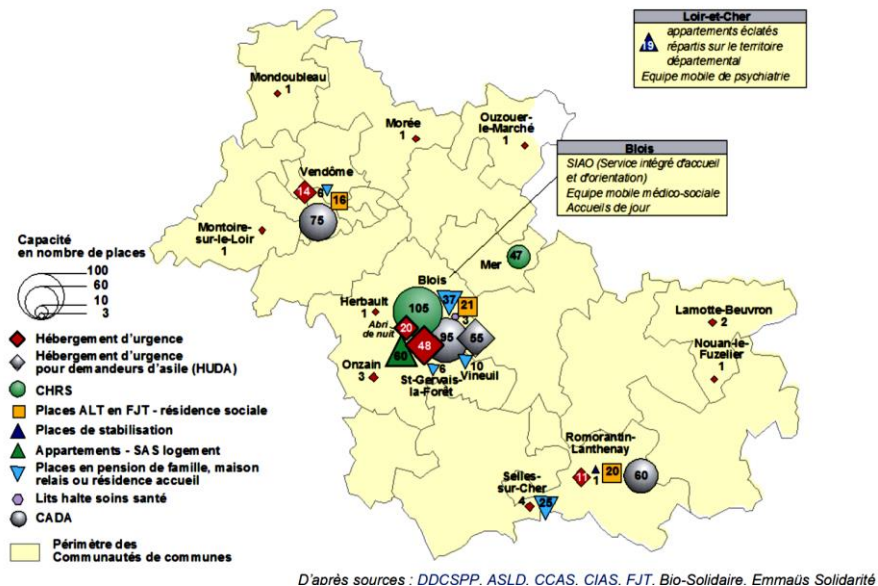


Figure 1 – Dispositifs d'hébergement d'urgence et d'insertion et capacités d'accueil en décembre 2014 dans le 41

³¹ Les fédérations des PACT et la fédération nationale Habitat et Développement ont fusionné en la fédération SoliHa le 20 mai 2015 (*).

³² Dispositif de sous-location complémentaire à celui destiné aux bénéficiaires du RSA qui comprend 23 logements en 2014.

En revanche, une plus forte proportion des ménages accède à un logement autonome ou accompagné à la fin de leur séjour.

Actuellement toutes les places disponibles sont attribuées et bien qu'il y ait des besoins, ils sont difficiles à quantifier précisément. En effet, parmi les gestionnaires de ces dispositifs, une association a fait le choix d'informer les travailleurs sociaux uniquement quand des places se libèrent. Ceux-ci n'adressent donc plus de demandes quand le dispositif est complet. Il est alors difficile d'évaluer le besoin réel.

Un appel à projet est en cours dans la région pour la création de 247 places dont 82 en résidence accueil et pensions de famille. Dans le département, 3 projets ont été déposés pour la création de 6 à 12 places de résidence accueil. L'attribution des places et le financement seront décidés en commission régionale en octobre prochain par la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Le parc de logements privés du Loir-et-Cher

Dans le parc privé, selon les dernières estimations issues du diagnostic territorial partagé³³, 4,1% des logements privés seraient potentiellement indignes, soit plus de 5000 logements touchant 10 000 personnes. La plus grande concentration de logement indigne se trouve dans le sud du département (*annexe 2*), notamment autour de l'agglomération de Romorantin-Lanthenay, le Blésois et de Vendômois étant également touchés mais dans une moindre mesure. Les trois-quarts des logements datent d'avant 1949. Les problématiques d'habitat sur le département sont en partie expliquées par le vieillissement du parc.

Une difficulté importante de la LHI reste l'identification des logements indignes, car cela nécessite une démarche de déclaration de la part du locataire ou du propriétaire occupant.

Le mal-logement est souvent lié à des problèmes d'ordre social, économique ou de santé, qui nécessitent donc une coopération entre les différents acteurs afin de régler de manière durable ces problèmes. Dans le département, le PDLHI a été mis en place en 2015 à cet effet.

1.2 Les acteurs de la LHI

Les apports de la loi ALUR

La LHI relève à la fois des compétences du préfet de département (code de la santé publique : insalubrité, locaux impropres, plomb accessible) et de celles du maire, au titre de son pouvoir de police générale³⁴ (règlement sanitaire départemental) et de son pouvoir de police spéciale (édifices menaçant ruine, équipements communs des immeubles

³³ Le diagnostic territorial partagé a été validé par le Conseil Territorial de Santé le 22 juin 2017.

³⁴ Code général des collectivités territoriales (article 2212-2).

collectifs d'habitation). La LHI a, à sa disposition, des outils incitatifs et coercitifs. Ainsi, des logements qualifiés d'indignes peuvent être frappés d'arrêtés de polices spéciales de la responsabilité du maire ou du préfet. Ces arrêtés visent à imposer la réalisation de travaux et, autant que nécessaire, le relogement ou l'hébergement temporaire des occupants dans un délai déterminé. Dans l'éventualité où le propriétaire ne réalise pas les mesures prescrites dans le délai imparti, le maire ou le préfet est en droit de les réaliser d'office, aux frais du propriétaire. Ce volet coercitif se prolonge par un panel de sanctions pénales visant plus particulièrement les marchands de sommeil.

La loi ALUR a pour ambition de simplifier et rendre plus efficaces les procédures en instaurant une autorité unique compétente en matière d'habitat : l'EPCI à fiscalité propre. Ainsi, son article 75, permet un transfert des pouvoirs de police spéciale du maire (sauf opposition et renonciation) et une délégation possible des pouvoirs de santé publique du préfet (hors saturnisme, amiante et urgence sanitaire) au président de l'EPCI s'il bénéficie du transfert de pouvoir des maires et s'il est délégataire des aides à la pierre.

En outre, la loi ALUR autorise les communes et EPCI, dans des zones présentant une proportion importante d'habitat dégradé, à définir des secteurs géographiques dans lesquels une déclaration de mise en location voire une demande d'autorisation préalable³⁵ doivent être adressées à l'autorité administrative. Au 1^{er} janvier 2017, le Loir-et-Cher compte 12 EPCI, conformément à la loi NOTRe³⁶ dont aucune ne s'est saisie du volet sanitaire de la compétence habitat.

Le PDLHI du Loir-et-Cher

L'ensemble des acteurs institutionnels intervenant dans la LHI est regroupé au sein du PDLHI dont un protocole d'accord, formalisant sa mise en place, est en cours de signature. Le PDLHI définit le champ d'action, les axes prioritaires de travail commun, les objectifs globaux, la mise en œuvre d'un plan d'actions et les engagements de chaque partenaire.

Il est constitué d'une instance de gouvernance, le Comité de pilotage (COPIL) et d'une instance technique, le comité technique (COTECH).

Présidé par la secrétaire générale de la préfecture, le PDLHI se réunit une à deux fois par an et a pour missions de fixer les orientations stratégiques et le plan d'actions du COTECH, d'évaluer le bilan des actions engagées et constitue un lieu d'échange sur les problématiques de LHI. Le COPIL est constitué de l'Agence Départementale d'Information sur le Logement (ADIL), l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), l'ARS (DD 41), l'association des maires, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), le Conseil Départemental, la

³⁵ Les modalités de la déclaration préalable et de l'autorisation de louer sont définies par le décret n°2016-1790 du 19 décembre 2016 (formulaires-types Cefra n°15651 et 15652).

³⁶ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe)

Communauté d'agglomération de Blois « Agglopolys », le Maire de Blois et son Service Santé Sécurité Accessibilité (SSSA)³⁷, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la préfecture du Loir-et-Cher, le procureur de la République, les services de l'état, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) et Direction Départementale des Territoires (DDT), ainsi que de SoliHa. Le COTECH est animé par la DDT. Il se réunit 3 à 6 fois par an, propose et met en œuvre des orientations stratégiques, organise et coordonne l'action des partenaires, suit les dossiers et élabore le bilan du PDLHI. Ses membres sont identiques à ceux du COTECH excepté les élus, la préfecture et le procureur. La note technique du PDLHI en annexe décrit le fonctionnement du pôle ainsi que la procédure de traitement des signalements. Le tableau 1 présente le bilan d'activité du PDLHI en 2014 et 2015.

Tableau 1 – Bilan d'activité du PDLHI en 2014 et 2015

	2014	2015	Procédures	2014	2015
Nombre de signalements reçus	65	82	Plainte non fondée	5	13
Nombre de visites techniques initiales			Privé	8	6
ARS	34	32	Non décence	15	8
SSSA		5	RSD	29	28
SOLIHA	22	18	L1311-4 (Urgence)	1	0
Bailleurs sociaux	4	16	L1331-26 (Insalubrité)	1	1
Maire	1	0	Mainlevée d'arrêté	4	4
Locataire ayant quitté le logement avant visite	4	11	L1334-2 (Plomb)	2	3

Le tableau suivant détaille quant à lui l'activité de l'ARS en matière de LHI de 2014 à 2016.

Tableau 2 – Bilan d'activité de la DD41 en matière de LHI de 2014 à 2016

	Arrêtés d'insalubrité	Non- décence / RSD	Nombre de signalement Propriétaire bailleur (locataire)	Nombre de visite	Nombre de signalement Propriétaire occupant	Bailleurs sociaux
2014	5	37	43	47	12	1
2015	2	36	59	58	6	15
2016	1	31	52	35	9	15

A ce jour, la majorité des signalements traités par la DD41 concerne la non-décence ou le RSD. En revanche la note du 5 mars 2017³⁸ réaffirme le rôle des CAF et MSA dans le constat de la non-décence. Aussi, le rôle de guichet unique de l'ARS pourrait s'en trouver impacté.

³⁷ Le SSSA a les compétences d'un service communal d'hygiène et de santé.

³⁸ Note du 5 mars 2017 relative à la mise en œuvre du décret 2015-191 du 18 février 2015 relatif aux allocations de logement et à leur conservation en cas de non-décence du logement.

Le pôle permet de mutualiser les compétences afin d'améliorer le repérage et le traitement des situations d'habitat dégradé. Il a donc besoin du relais des professionnels de terrain et de l'implication des élus. Par conséquent, afin de faire connaître ses compétences sur le département, le Conseil Départemental et la DDCSPP ont organisé des actions de communication à destination des travailleurs sociaux (1^{ères} assises du logement à Blois en 2016), des actions d'information à l'attention des entrants à domicile (3 actions en cours) et également des élus locaux (actions en 2016 à Romorantin-Lanthenay, Vendôme et Blois).

Les autres acteurs de la LHI

D'autres acteurs interviennent dans la LHI, dans la gestion des cas complexes.

La Commission d'orientation sur l'hébergement et le logement d'insertion (CORAHLI) a pour mission d'étudier les situations relevant de l'hébergement (urgence/insertion) et du logement (accompagné, adapté ou autonome³⁹) dont le SIAO est destinataire et qui présente des difficultés. La CORAHLI propose des orientations et des mesures d'accompagnement social si nécessaire. Elle intervient dans des situations de blocage, quand aucune autre solution n'a été trouvée. Elle est présidée par l'Etat et/ou le Conseil Départemental et se réunit au moins une fois par mois et est constituée des centres d'actions sociales de Romorantin, du Blésois et du Pays de Vendôme, des bailleurs sociaux, des associations (ASLD, Emmaüs Solidarité, Traverses) et autres structures (Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT), SoliHa, Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)).

Le Conseil départemental de Loir-et-Cher a mis en place une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes⁴⁰ (CRIP) qui réceptionne l'ensemble de ces informations et procède à une analyse de premier niveau. En ce qui concerne les mineurs en danger, elle constitue une interface entre les services du Conseil départemental et les juridictions et travaille avec l'ensemble des professionnels des divers services partenaires (hôpitaux, médecins, associations, services de police et gendarmerie, élus locaux et autres partenaires), qui peuvent apporter leur concours au traitement des situations. En fonction de la gravité des faits, cette analyse peut être transmise aux autorités judiciaires ou aux travailleurs sociaux pour qu'ils procèdent à l'évaluation de la situation de l'enfant et déterminent ainsi l'aide à apporter à la famille. La CRIP s'occupe également des adultes vulnérables : des professionnels médicaux-sociaux rencontrent le majeur vulnérable qui est associé aux conclusions et aux propositions d'actions. Si la situation est fortement dégradée et/ou si le majeur vulnérable se met en danger, un signalement est fait au Procureur de la République (*Loir-et-Cher, Le département, 2017*).

³⁹ Définitions dans le glossaire.

⁴⁰ Une information préoccupante est un ensemble d'indications, y compris d'ordre médical, susceptibles de laisser craindre qu'un enfant se trouve en danger ou qu'il court un risque. S'agissant d'un adulte, le champ s'étant aux différents types de maltraitance (physiques, psychologiques, financières, atteinte aux droits, négligences).

La ville de Blois, dans le cadre de l'axe 1 de son Contrat Local de Santé (CLS) 2017-2019 « favoriser le maintien des personnes en souffrance psychique ou souffrant de maladie mentale dans la cité » a mis en place une coordination sur les troubles psychosociaux et l'habitat fin 2016. Cette coordination sera développée dans le chapitre trois (3.1).

Dans le département, un à deux arrêtés préfectoraux relatifs à des situations d'incurie sont pris par an. En revanche, le PDLHI se trouve de plus en plus régulièrement confronté à des dossiers complexes impliquant des personnes en souffrance psychique de tout ordre. Par conséquent, une coordination avec les acteurs de la santé mentale du département est nécessaire.

2 Le système de santé mentale

La santé mentale comporte trois dimensions, la santé mentale positive, la détresse psychologique réactionnelle et les troubles psychiatriques⁴¹. L'environnement social, le contexte socio-économique, l'accès socio-culturel, le contexte politique et les conditions de vie sont autant de facteurs qui impactent la santé mentale.

On estime aujourd'hui qu'une personne sur cinq sera confrontée à une maladie psychique au cours de sa vie. Les troubles psychiques et les maladies mentales sont classés au troisième rang des maladies après les cancers et les pathologies cardiovasculaires. Parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle, 5 concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression, et troubles obsessionnels compulsifs. Les troubles mentaux contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide. Ils tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients⁴² (*Laforcade, 2016*) et posent la question de l'organisation de la prise en charge afin d'éviter les points de rupture.

2.1 La stratégie de prise en charge du public souffrant de maladie mentale en France

En France, les troubles psychiatriques représentent la première cause d'entrée en invalidité, concourent à environ un cinquième des années de vie perdues en bonne santé et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail. Les conduites suicidaires

⁴¹ Source : Feuille de route relative à la santé mentale de la délégation départementale du Loir-et-Cher de l'ARS Centre Val-de-Loir (cf. glossaire).

⁴² « *Psychiatrie : mutations et perspectives* », Actualité et dossier en santé publique n° 84, revue du Haut Conseil de Santé Publique, septembre 2013.

représentent la première cause de mortalité potentiellement évitable chez les 25-34 ans, la deuxième chez les 15-24 ans et sont responsables de près de 100 000 hospitalisations et 200 000 recours aux urgences par an (*Santé Publique France, 2017*).

Historique de la politique de santé mentale en France

Depuis la seconde moitié du XX^e siècle, l'organisation des soins psychiatriques dans le champ sanitaire a beaucoup évolué. À l'instar de la plupart des pays occidentaux, la France s'est engagée dans le processus de désinstitutionalisation des soins psychiatriques, soit le passage d'une prise en charge exclusivement hospitalière vers une prise en charge au plus proche du lieu de vie de la personne, permettant son maintien dans la société, en favorisant le développement de prises en charge ambulatoires. En France, ce mouvement s'est appuyé sur la politique de sectorisation psychiatrique⁴³ qui visait à mettre en place une coordination globale du parcours de santé, depuis la prévention, les soins et jusqu'à la réinsertion, fondée sur les principes de continuité et de proximité des soins.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) définit le territoire de santé comme cadre territorial d'exercice de la psychiatrie⁴⁴.

En 2016, la LMSS définit la politique de santé mentale qui comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. Ce texte réaffirme les principes de la sectorisation psychiatrique en créant une mission de psychiatrie de secteur au sein de l'activité plus large de psychiatrie, elle-même inscrite dans une politique globale de santé mentale (*Coldefy, 2016*).

Description du système de santé mentale

Le système français de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande pluralité des acteurs, des organisations, des structures et des modalités d'accompagnement. Il fait également l'objet d'une organisation et d'une législation spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire. Cette spécificité est liée aux dimensions suivantes : le caractère souvent durable et évolutif des pathologies mentales, l'intrication forte des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les limites du champ pathologique de la psychiatrie à la santé mentale, une forte stigmatisation de la maladie mentale (malades et professionnels), les liens avec la justice et la non-demande de soins en

⁴³ La politique de sectorisation psychiatrique a été établie par la circulaire du 15 mars 1960 alors que le cadre législatif des n'a été introduit par la loi que le 25 juillet 1985 (cf. glossaire).

⁴⁴ L'ordonnance de simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé du 4 septembre 2003 introduisant déjà l'intégration de la psychiatrie à la planification générale des soins et à la politique générale de santé (*Coldefy, 2016*).

psychiatrie⁴⁵. En effet, la personne souffrant de troubles psychiques n'a pas toujours conscience de son besoin de soins, et le déni de soins fait partie intégrante de la maladie mentale (Coldefy, 2016).

Bien que les limites entre le champ pathologique de la psychiatrie et de la santé mentale fassent encore débat entre professionnels, l'article 69 de la LMSS fait une distinction claire entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie : la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale.

L'objectif de la prise en charge de la maladie mentale est de favoriser l'intégration et le maintien de la personne dans la cité et de répondre aux différentes phases de la maladie. Plusieurs structures interviennent dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie au niveau du secteur sanitaire (établissements publics spécialisés dans le champ de la santé mentale⁴⁶, établissements pluridisciplinaires disposant d'un service de psychiatrie, établissements de santé privés d'intérêt collectif et établissements privés à but lucratifs) mais également social et médico-social dont le rôle est important dans l'hébergement et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique⁴⁷ (Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés⁴⁸ (SAMSAH),...). La prise en charge de la maladie mentale s'appuie également sur une large gamme de modalités de soins et d'accompagnement telles que : les prises en charge à temps complet⁴⁹ (hospitalisation classique, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile), les prises en charge à temps partiel (sans hébergement) via des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), les prises en charge ambulatoires (consultations et accompagnements) via des Centre Médico Psychologique (CMP)⁵⁰, des médecins généralistes, psychiatres libéraux et psychologues, de ville et des SAMSAH (Coldefy, 2016).

Ainsi, la politique de santé mentale s'inscrit dans un cadre coopératif large, incarné par le projet territorial de santé mentale.

2.2 L'offre en santé mentale dans le Loir-et-Cher

Dans la région Centre-Val de Loire, le plan stratégique régional de santé a retenu la « santé mentale » comme un des domaines thématiques prioritaires correspondant à un ensemble

⁴⁵ La contrainte aux soins psychiatriques ne fait pas partie du champ d'étude de ce rapport.

⁴⁶ Anciens centres hospitaliers spécialisés.

⁴⁷ La notion de handicap psychique est reconnue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (cf. glossaire).

⁴⁸ Le SAMSAH est une structure innovante instituée par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005.

⁴⁹ Prises en charges à temps complet alternatives développée dans le glossaire.

⁵⁰ Les CMP sont des unités extrahospitalières d'accueil et de coordination des soins. Ils organisent toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic, de soins et d'interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile (Coldefy, 2016).

de problématiques de santé dont les réponses sont à organiser dans les champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social. Un « parcours santé mentale » est en cours de rédaction dans le cadre du PRAPS et de l'élaboration du PRS2.

L'ARS a fait le choix de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous-préfectures. Ainsi, le Loir-et-Cher comprend trois zones (arrondissement de Vendôme, arrondissement de Blois, arrondissement de Romorantin) avec un centre hospitalier au milieu (une zone ligérienne et deux zones rurales). La feuille de route « santé mentale » de l'ARS recense l'offre en santé mentale du territoire qui est la suivante :

Offre de soin ambulatoire

En dépit du déficit important de la Région en offre de soin libérale (médecins spécialiste), le Loir-et-Cher se situe en 2^e position en matière de densité médicale pour les généralistes et les psychiatres, avec des taux supérieurs à la moyenne régionale mais 73 % des psychiatres ont plus de 55 ans (tableau 3). Le nombre de psychiatres en exercice s'explique notamment par le fonctionnement des trois cliniques privées de psychiatrie institutionnelle.

De plus, le département compte 5 maisons pluridisciplinaires de santé⁵¹ qui permettent un exercice médical regroupé mais ces dernières ne comportent pas de professionnels spécialisés en psychiatrie. Certaines accueillent des psychologues intéressés par l'exercice regroupé.

Tableau 3 – Offre de soin ambulatoire en santé mentale dans le Loir-et-Cher

Localisation	41	Région
Nombre de psychiatres	34	185
% par rapport à la région Centre	18,38%	100%
Densité psychiatres pour 100000 habitants	10,26	7,24
Nombre de psychiatres de moins de 55 ans	9	58
% de psychiatres de moins de 55 ans	26,47%	31,35%
Nombre de médecins généralistes	280	2092
Densité des généralistes pour 100000 habitants	84,52	81,82
Nombre de généralistes de moins de 55 ans	122	1013
% de généralistes de moins de 55 ans	43,57%	48,42%

⁵¹ Les MPS se situent à Mondoubleau, Oucques, Montrichard, Saint Amand Longpré, Contres ; des projets sont en cours à Châtres sur Cher, et à Cheverny. Les MPS de Contres - Montrichard - St Amand Longpré accueillent des psychologues.

Offre de soin hospitalière

Historiquement, Blois est située au carrefour de la psychiatrie publique et de la psychiatrie privée marquée par la psychothérapie institutionnelle. Il en découle une sur-représentation⁵² dans la population locale de personnes souffrant de troubles mentaux et de soignants.

L'offre hospitalière publique se structure autour des Centres Hospitaliers (CH) de Blois et Romorantin qui agissent également sur l'arrondissement de Vendôme. Le découpage territorial est le suivant : la psychiatrie générale : 3 secteurs⁵³ (correspondant aux 3 arrondissements) et la pédopsychiatrie : 2 secteurs (inter-secteur Nord qui s'appuie sur le centre hospitalier de Blois, un inter-secteur sud qui s'appuie sur le secteur de Romorantin). Cette offre publique est complétée par l'activité de trois cliniques privées, les Cliniques de Saumery, La Borde et La Chesnaie, qui interviennent pour les adolescents et les adultes.

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, le taux d'équipement place le département du Loir-et-Cher parmi les mieux dotés de la Région. Cependant, le secteur public (CH de Blois) ne dispose que de cinq lits d'hospitalisation complète qui ont une vocation départementale ; l'hospitalisation de jour est peu développée et les modes de prise en charge et moyens humains sont mal répartis entre les deux CH. Chaque service de psychiatrie infanto-juvénile fait fonctionner des antennes de CMP (10) et de CATTP (7) dans plusieurs villes au-delà du site principal. En revanche, la prise en charge des jeunes en souffrance psychique reste problématique (absence de places en d'hospitalisation complète adaptée à l'ensemble des besoins pour les enfants et adolescents) et particulièrement celle des jeunes adultes (18 -25 ans) qui ne trouvent pas de structure adaptée à la sortie des Instituts Médico-Educatifs (IME) et se retrouvent, pour partie, à la rue voire en prison.

En ce qui concerne la psychiatrie adulte, le Loir-et-Cher dispose d'un nombre de places satisfaisant. Toutefois les trois cliniques privées ne participent pas aux missions de service public et accueillent beaucoup de patients non domiciliés dans le département.

Dans le secteur public, les patients sont hospitalisés longtemps à défaut de perspective de sortie vers le secteur médico-social. Ces prises en charge par défaut sont un sujet de tension qui a des conséquences sur les relations entre les deux secteurs.

⁵² Des personnes viennent des départements voisins (majoritairement de la région parisienne) pour se faire soigner dans le Loir-et-Cher puis s'y établissent pour pouvoir continuer à bénéficier des soins.

⁵³ Les secteurs restent une référence pour les acteurs hospitaliers et peuvent être source de tension et de rupture de prise en charge.

Le tableau suivant synthétise l'offre de psychiatrie adulte sur le département.

Tableau 4 – Offre de soin en psychiatrie générale adulte dans le Loir-et-Cher

Psychiatrie publique	CH de Blois	CH de Romorantin	CH de Vendôme
Offre ambulatoire	1 CMP	1 CMP	1 CMP
	Activités de CATTTP	Activités de CATTTP	Activités de CATTTP
Hospitalisation partielle	Hôpital de jour (20 places) Accueil familial spécialisé (5 places)	Hôpital de jour (45 places) Accueil familial spécialisé (18 places)	Hôpital de jour (10 places)
Hospitalisation complète	80 lits	81 lits	40 lits
Psychiatrie privée	Clinique de La Chesnaie	Clinique de La Borde	Clinique de Saumery
Hospitalisation partielle	Hôpital de jour (20 places)	Hôpital de jour (30 places)	Hôpital de jour (10 places)
Hospitalisation complète	101 lits	107 lits	42 lits

Certains services de psychiatrie générale ont implanté des antennes de CMP sur plusieurs sites et dans plusieurs villes. Les secteurs est, sud-est et sud-ouest du département ne sont pas couverts. Les trois cliniques disposent d'une hospitalisation de jour dans les lieux mêmes de l'hospitalisation complète, avec transport organisé à partir de Blois.

Etablissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS) destinés aux adultes en situation de handicap

L'offre sur le territoire du Loir-et-Cher est diversifiée tant en termes de structures (Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), foyer de vie, SAMSAH, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Etablissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT), Service des Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)), que de modalités d'accueil (internat, accueil temporaire, accueil de jour). Des structures médicalisées spécialisées dans le handicap psychique ont été créées ces dernières années (tableau ci-dessous).

Tableau 5 – Les ESMS du Loir-et-Cher destinés aux adultes en situation de handicap

Localisation	Type d'ESME	Nombre de places
Romorantin	MAS	40 places
Naveil	MAS	45 places
Blois	SAMSAH PSY*	20 places
Romorantin	SAMSAH PSY*	10 places
Vendôme	Espoir Vallée du Loir (SAVS+SAMSAH+GEM)	14 places
Montoire-sur-le-Loir	FAM (troubles envahissants du développement ou autisme)	28 places + 2 (temporaire)
Vineuil	FAM	6 places d'accueil de jour

* Il s'agit de la même structure.

Le SAMSAH met en œuvre un accompagnement médico-social des personnes adultes en situation de handicap en fonction de leur projet personnalisé, comportant des prestations de soin. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert (domicile). Les prestations sont assurées par une équipe pluridisciplinaire. Le SAMSAH SPY est composé de 13 professionnels : un médecin (0,5 ETP), un infirmier (2,8 ETP), un psychologue, une aide-soignante (2 ETP), un ergo-thérapeute, art-thérapeute (0,70 ETP), une assistante sociale, une Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) et une secrétaire et une directrice. Le SAMSAH PSY accompagne 30 personnes (places autorisées) avec une file active de 45 personnes (accompagnements plus ou moins légers). Le SAMSAH estime qu'actuellement il y a trois fois plus de notifications de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) c'est-à-dire de bénéficiaires potentiels, que de places. L'ESAT hors les Murs – APAJH contribue à l'insertion de personnes en difficulté psychique par la mise à disposition dans des entreprises ordinaires. Il a passé une convention avec la clinique de la Chesnaie pour la réalisation de stages d'évaluation en milieu de travail de patients encore hospitalisés pour mieux évaluer leurs capacités professionnelles.

Forces et faiblesses de l'offre en santé mentale du Loir-et-Cher

Le département, considéré globalement comme bien équipé au niveau de l'offre ambulatoire, sanitaire, médico-sociale globale, subit cependant des disparités infra départementales (au détriment du Nord, et de l'Est). La démographie médicale, comme dans toute la région y est fragile (le 41 compte la plus forte proportion de médecins de plus de 55 ans) et des ruptures de parcours sont identifiées dans plusieurs filières (soins non programmés, urgences, prise en charge des jeunes en souffrance psychique). En revanche, le département bénéficie d'un réseau d'acteurs bien implantés dans le champ de l'addictologie, et d'un réseau local constructif avec les services de l'Etat, le Conseil Départemental, les caisses, les associations et établissements, qui se traduit par l'existence de coordinations territoriales (plateforme vivre autonome 41, FRAPS, santé précarité sur Romorantin-Lanthenay, suicide sur le Vendômois).

2.3 Le réseau d'acteurs départementaux de la santé mentale

Les acteurs de la prévention et de l'accès aux soins sont nombreux dans le département. On compte parmi eux :

L'équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) créée en 2009 : Sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, un psychologue (0,5 ETP), un infirmier (1 ETP), et un éducateur spécialisé (0,5 ETP) apportent une réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion. Elle vise en premier lieu ces personnes, en souffrance

psychique et en rupture de soins, qui ne sont pas prises en charge, en les « amenant vers les soins ». En second lieu, l'EMPP dirige son action vers les professionnels de première ligne, dont les acteurs sociaux, confrontés à ces problématiques afin de leur apporter aide et conseil pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques des usagers auxquels ils sont confrontés. Elle intervient essentiellement à Blois.

Les GEM : Association de malades et proches, les GEM aident des personnes en souffrance psychologique, en les sortant de l'isolement sociale à travers des activités de loisirs. Deux GEM fonctionnent à Blois et à Vendôme.

L'Union nationale des amis et des familles de malades psychiques (UNAFAM 41) mène des actions d'information et d'entraide sur les maladies psychiques. Elle anime un atelier d'entraide « Prospect » à destination des personnes qui se sentent concernées et touchées par les troubles d'un proche et par l'étrangeté ou l'imprévisibilité de ses comportements.

L'association Osons Nous Soigner (ONS) : En partenariat avec de multiples acteurs du tissu associatif et des structures médico-sociales, l'association a mis en place des modalités de soutien et d'orientation permettant de prendre en compte la souffrance psychique constituant un frein à l'insertion sanitaire, sociale et professionnelle. Elle s'associe aux tournées de rue avec l'EMPP du CMP tous les 15 jours. Elle met en œuvre un soutien psychologique pour les personnes en détresse qui expriment l'envie de passer à l'acte immédiatement et apporte un soutien technique aux bénévoles et professionnels.

L'association Croix Marine : anime des ateliers thérapeutiques et gère des appartements thérapeutiques sur l'agglomération blésoise organise des journées d'information. Elle est mobilisée notamment par les cliniques psychiatriques en alternative à l'hospitalisation.

Le Pôle Handicap Psychique (PHP) de la Mutualité française Indre Touraine met en place des ateliers pour permettre aux personnes en difficultés psychiques d'être plus autonomes pour gérer leur état de santé et de développer leurs compétences psychosociales.

La cellule d'alerte de la ville de Blois, mise en œuvre dans le cadre du second CLS de Blois, elle œuvre à favoriser le maintien des personnes en souffrance psychiques ou souffrant de maladie mentale dans la cité.

Le Service d'Information, Médiation et Accès au Droit (SIMAD) : Le SIMAD intervient auprès des personnes souffrant de pathologies mentales dans le but de rompre le sentiment de solitude en mettant à disposition un lieu d'accueil.

La Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS 41) anime la Coordination départementale prévention du suicide. La ville de Vendôme dispose d'une coordination prévention suicide : la **LIPS** (Liaisons Interprofessionnelles de Prévention du Suicide).

Les Missions Locales de Blois, Vendôme et Romorantin : Grâce à des psychologues, elles assurent une écoute et un accompagnement psychologique des jeunes de 16 à 25 ans

sortis du système scolaire et rencontrant des difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle. Leur action favorise l'accès aux soins.

Les coopérations entre acteurs favorisent l'accompagnement des personnes en souffrance psychique et permettent d'éviter les ruptures de prise en charge en coordonnant les interventions au plus près des besoins de la personne tout au long de la vie. Dans le département on compte :

La maison des adolescents (MDA) : créée le 1er octobre 2007 et gérée par le CH de Blois. Elle couvre en priorité l'agglomération de Blois, son objectif étant de s'étendre sur l'ensemble du département. Les actions entreprises sont essentiellement de l'accueil primaire et secondaire et des entretiens téléphoniques. Elle a commencé à intervenir à Vendôme. Actuellement, l'équipe ne comprend pas de professionnels de la santé mentale. Elle oriente des jeunes et des parents sur le CMP après le premier accueil en précisant le degré d'urgence.

Le réseau départemental spécialisé en addictologie : « rézo addictions 41 » résulte d'une convention entre le CH de Blois, l'ANPAA 41, l'association Vers un Réseau de Soins (VRS) et MGADDOC, association de médecins généralistes porteuse du Rézo. L'équipe comprend un médecin (0,5 ETP), un coordinateur administratif (0,5 ETP), un infirmier (1 ETP) et un secrétaire (1 ETP). Le Rézo a une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des patients en situation addictologique complexe⁵⁴.

Il est acquis qu'une santé mentale défaillante peut impacter les conditions d'occupation d'un logement et inversement, de mauvaises conditions de vie peuvent altérer la santé mentale et ce, d'autant plus que les personnes sont fragiles. Par exemple, on sait qu'un tiers des personnes sans-abris souffrent de troubles psychiques sévères. Ces personnes, globalement en moins bonne santé, meurent 30 ans plus tôt que la population générale. Une expérimentation « un chez-soi d'abord », menée par la France dans quatre territoires entre 2011 et 2016, propose l'accès à un logement ordinaire directement depuis la rue avec un accompagnement soutenu centré sur la notion de rétablissement social, sanitaire et citoyen. Dans ces conditions, une amélioration globale de la qualité de vie est constatée (particulièrement marquée chez les personnes schizophrènes) et les durées de séjours en hospitalisations sont diminuées de 50% (suivi sanitaire majoritairement au domicile).

⁵⁴ Les situations addictologiques complexes sont définies par la conjonction d'au moins deux critères parmi les problèmes somatiques, psychiques sociaux ou judiciaires.

3 Quelle articulation mettre en œuvre entre les dispositifs de LHI et ceux de prise en charge de la santé mentale ?

Les personnes en situation précaire et présentant des troubles mentaux, ne relèvent pas toutes de la psychiatrie. Dans le Loir-et-Cher, il existe de réelles difficultés à trouver des logements adaptés à ces personnes et en particulier aux plus jeunes. Aussi, la DD41 m'a demandé de déterminer les leviers d'actions mobilisables dans le département afin de mettre en œuvre une prise en charge coordonnée. Pour cela j'ai souhaité m'inspirer des retours d'expériences des démarches engagées sur l'ensemble du territoire national.

3.1 Retours d'expériences

La thématique « habitat et santé mentale » semble investie par d'autres ARS. Ma sollicitation concernant un retour d'expérience a été très bien accueillie y compris par celles qui ne sont pas engagées à un stade aussi avancé de réflexion. De même, le 19 juillet 2017 la DD de la Moselle (ARS Grand-Est) sollicitait un retour d'expérience sur les situations d'incurie, par le biais du RESE, afin d'obtenir des informations sur les organisations locales en matière de modalités de traitement des situations. Enfin, le nombre de demandes de retours qui m'a été adressé, confirme bien le développement de la thématique « habitat et santé mentale » comme une thématique d'intérêt.

En l'absence de coordination LHI/santé mentale, la DD41 a organisé une réunion d'échange sur la prise en charge du public en situation de précarité, en souffrance psychique et/ou ayant des conduites addictives. Puis, une coordination santé sociale sur la prise en charge du public en situation de précarité et ayant des troubles psychique s'est tenue le 19 mai 2017. Cet échange a permis de mettre en exergue les difficultés de chaque partenaires et de définir des règles partagées par les acteurs du social et de la santé selon quatre axes : prévenir la dégradation des situations, adapter l'offre par rapport à l'existant et renforcer la prise en charge santé sociale par arrondissement et favoriser le rôle actif des usagers. C'est dans ce cadre que la DD41 a souhaité obtenir des propositions pour développer une coordination entre les acteurs de la LHI et ceux de la santé mentale.

Beaucoup d'ARS s'intéressent en particulier à l'incurie mais la DD41, face aux situations qu'elle rencontre en PDLHI, a fait le choix d'élargir le champ de la LHI à la santé mentale. J'ai donc choisi de vous présenter trois exemples de coordinations : une dans le Loir-et-Cher mise en œuvre par la ville de Blois qui aborde également le sujet de manière globale, une en Savoie mise en place par la délégation départementale de l'ARS qui développe une

approche atypique des situations de Diogène⁵⁵ et enfin une dans l'Essonne qui dispose de relais intéressants.

Ville de Blois

Dans le Loir-et-Cher trois CLS sont signés mais aucun Contrat Local de Santé Mentale⁵⁶ (CLSM) n'est mis en œuvre. En revanche, le CLS 2017-2019 de la ville de Blois a pour axe 1 « favoriser le maintien des personnes en souffrance psychique ou souffrant de maladie mentale dans la cité ». Il s'agit également de décliner l'action du PDALHPD « Habitat pour tous » sur les parcours adaptés aux personnes en souffrance psychique et aux conduites addictives sur la ville de Blois. L'objectif est de favoriser le maintien dans la cité et notamment dans le logement : en renforçant la connaissance de l'offre médico-sociale existante entre acteurs locaux, par un travail collectif et coordonné, en anticipant et en améliorant la gestion des situations de crise et en limitant les comportements à risque en matière de conduites addictives. La ville de Blois a donc mis en œuvre un protocole de coordination sur les troubles psychosociaux et l'habitat qui se traduit par la création fin 2016 d'une « cellule d'alerte ».

La cellule instruit des dossiers sur le périmètre de la ville. Elle peut être saisie par n'importe qui. Elle se réunit tous les deux mois et est composée d'un socle commun de représentants des partenaires : la ville de Blois (Pôle Santé-Logement de la Direction cohésion sociale, Service prévention et sécurité, SSSA), le CIAS du Blaisois, la Maison départementale de la Cohésion sociale (MDCS) de Blois-Agglomération, le Service Habitat du Conseil départemental, la DDCSPP, les trois bailleurs sociaux du département, le service psychiatrique du CH de Blois, le SAMSAH PSY, l'Union Départementale des Affaires Familiales (UDAF) ainsi que des associations traitant des addictions selon les situations (Rézo addictions, VRS, ANPAA). L'EMPP a récemment rejoint les membres de la cellule d'alerte.

La cellule est animée par une coordinatrice qui, une fois saisie, apprécie l'opportunité de réunir la cellule d'alerte ou le caractère urgent de la situation complexe, pour laquelle les solutions proposées jusqu'alors n'ont pas permis d'améliorer la situation ou pour réunir les compétences nécessaires à la compréhension et au suivi de celle-ci. La personne concernée est informée que sa situation est examinée en cellule d'alerte. La coordinatrice recueille ensuite des informations auprès des acteurs sociaux et médico-sociaux sur les situations pour lesquelles elle est saisie puis ces éléments sont exposés anonymement, sous couvert de la charte de confidentialité approuvée par les partenaires. A l'issue de la réunion, des propositions de suivi ou d'orientations adaptées sont reprises dans un relevé de décisions qui est adressé aux participants de la cellule.

⁵⁵ Voir annexe 4.

⁵⁶ CLSM : cf. glossaire.

DD de Savoie

Le 11 mai 2017, le Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne (PNLHI) organisait un « atelier de la DIHAL » sur le thème de « Traiter l'incurie en habitat indigne » auquel a participé la DD de Savoie pour exposer son approche psychosociale des personnes et le traitement de l'incurie dans leur logement.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a établi un partenariat en juillet 2015 avec une infirmière consultante, spécialisée dans les accompagnements de personnes présentant des problématiques complexes au niveau psycho-social, qui a constitué une équipe avec un travailleur social et une aide-soignante. L'équipe accompagne des personnes vivant dans des logements frappés d'incurie et forme des travailleurs sociaux sur ce thème.

L'ARS est un guichet unique de réception des signalements et les situations complexes sont examinées par le groupe de technique « habitat indigne » du PDLHI qui missionne l'équipe pour une première approche psychosociale. En cas de besoin, l'infirmière peut solliciter un autre praticien pour affiner son diagnostic. Des réunions de coordination peuvent avoir lieu entre les différents acteurs, en revanche elles ne sont pas systématiques. L'infirmière qui effectue un suivi avec son équipe, rend compte de sa première visite au groupe technique, ainsi que toutes celles réalisées tout au long du suivi. En 2 ans et demi, une trentaine de situations a été traitée et ce nombre est en constante augmentation dans le département.

Le travail d'accompagnement se fait dans une démarche singulière « d'aller vers ». C'est un travail de longue haleine, comme le retrace l'infirmière dans son témoignage lors de l'atelier (annexe 3), le premier contact pouvant prendre des mois et les entretiens hebdomadaires de suivi pouvant durer de 45 minutes à 8 heures. Le relais par le droit commun se fait via le travailleur social de l'équipe, en lien avec les services sociaux. Si aucun suivi n'est mis en place, les rechutes sont inévitables, et ce, quel que soit le diagnostic initial.

L'équipe a également une mission de formation envers les travailleurs sociaux mais également les intervenants à domicile. L'entreprise qui effectue les travaux d'office est sensibilisée à la thématique et a acquis des notions d'accompagnement social.

L'équipe considère son travail achevé dès lors que les dangers ont été traités et la dignité du logement retrouvée. Cependant, lorsque le soin ne peut avoir un résultat sur l'incurie, l'équipe travaille à partir d'objectifs réalistes validés par le patient : restaurer sa dignité et réinvestir la vie tels que dormir dans des draps, laver ses vêtements, manger chaud,

La DD d'Essonne

Le Dispositif Intersectoriel d'Appui pour l'accès aux Soins Psychiatriques en Essonne (DIAPSY 91) et le Dispositif Intersectoriel d'Appui et Permanence d'Accès aux soins Somatiques en Essonne (DIAPASOM) sont des dispositifs, regroupant une équipe pluriprofessionnelle, qui évalue, oriente et accompagne respectivement les personnes les

plus démunies et les personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale présentant des problématiques d'ordre psychique. Cette équipe se compose d'un responsable médical (psychiatre), d'une psychologue clinicienne, d'infirmiers, d'assistantes sociales, d'un cadre de santé et d'une secrétaire.

3.2 Vers une coordination des acteurs du Loir-et-Cher

L'ensemble des entretiens que j'ai menés a fait ressortir, une bonne coopération entre les acteurs du département reposant essentiellement sur des personnes, avec un risque majeur d'épuisement voire d'inertie importante en cas de départ. Aussi, tous les partenaires se sont accordés sur la nécessité de formaliser par écrit cette coordination.

Les constats que je tire des retours d'expérience sont les suivants : une équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour traiter les cas complexes avec une composante médicale pour établir un diagnostic ; la démarche d' « aller vers » pour accéder au logement et instaurer une relation de confiance est indispensable ; un référent gestionnaire de cas, qui assure la coordination entre les acteurs, est essentiel.

Ce qui m'amène à proposer des pistes de réflexion centrées sur l'amélioration du repérage, la mise en place d'une coordination et l'identification d'un coordonnateur.

L'amélioration du repérage passe par la formation de toute personne pouvant intervenir au domicile, les travailleurs sociaux mais également les techniciens de l'ARS et de SoliHA et les CESF, dont se sont dotés les bailleurs sociaux et associations, et autres entrants à domicile. Compte-tenu de la richesse des acteurs en psychiatrie du département, une formation au repérage des souffrances psychiques en immersion dans un service psychiatrique peut être organisée dans un CH ou CMP, voire hors les murs, avec l'EMPP lors de ses tournées et maraudes de rue. En effet, en complément de sa démarche d' « aller vers » l'EMPP a pour mission de former les acteurs de première ligne au repérage des personnes en situation de précarité avec des troubles psychiques.

Un protocole de coopération entre les acteurs du social, de la LHI, de la psychiatrie et les associations du département formaliserait les modalités de fonctionnement d'une « commission » spéciale qui se réunirait pour traiter les cas complexes⁵⁷ autant que de besoin. Par exemple, le modèle de la cellule d'alerte de la Ville de Blois pourrait être étendu à l'ensemble du département.

⁵⁷ Un « cas complexe » peut s'entendre au sens de l'article 74 de la LMSS comme un cas pour lequel l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, en raison de son état de santé ou de sa situation sociale est nécessaire.

La coordination, pourrait être assurée par l'EMPP. Bien que ses partenariats avec les équipes médicales de Vendôme et Romorantin soient peu développés, cette équipe est clairement inscrite au sein d'un partenariat intra et extra hospitalier, pluriel et dense dans les champs sanitaires, médico-social et social (ARS, 2015). Deux alternatives non exclusives s'offrent alors : renforcer l'équipe de l'EMPP pour qu'elle déploie son action sur tout le département et assure elle-même la coordination et/ou pour qu'elle professionnalise d'autres opérateurs du réseau de santé tels que ONS ou le Rézo addiction, afin qu'ils assurent cette coordination. L'idéal serait de pouvoir bénéficier de surcroît d'un **gestionnaire de cas**.

Avec la LMSS les ARS ont la charge d'organiser l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (article 74)⁵⁸. L'ARS peut constituer une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) sur la base des initiatives des acteurs du système de santé relevant des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Lors de la première séance d'échange du groupe régional PRS « santé mentale », le 27 mars 2017, il a été proposé que la place des cas complexes relevant de la santé mentale soit abordée et que l'articulation des professionnels passe par des gestionnaires de cas complexes au sein des futures PTA. Pour y parvenir, la DD41 a choisi de s'appuyer sur l'objectif de rapprochement des réseaux de santé en maison des réseaux⁵⁹. Si la fonction d'orientation des professionnels de santé et la mise en relation par un système informatique partagé sont des objectifs clairement établis pour la PTA, la notion de gestionnaire de cas ne l'est pas au stade actuel des réflexions. La PTA n'a pas vocation à se substituer aux coordinations existantes mais plutôt à favoriser leur développement et leur mise en réseau. A moyens constants, il paraît difficile de solliciter les acteurs de la PTA pour assurer la gestion des cas.

4 Discussion

Le Loir-et-Cher est doté d'un tissu de partenaires important qui fonctionne bien en réseau. Il faut prendre garde à ne pas le sur-solliciter et à coordonner les instances de concertation autour des cas complexes pour éviter les redondances.

L'analyse des entretiens m'a conduite à identifier plusieurs freins à la mise en œuvre de cette coordination. Un frein financier, concernant à la fois la formation et le temps de gestion de chaque cas. Il est en effet ardu de trouver un gestionnaire, sans financement. Un frein organisationnel : si dans la pratique la coordination existe, elle n'est pas formalisée.

⁵⁸ Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

⁵⁹ Projet mené par l'unité ambulatoire du pôle OSMS de la DD41 depuis 2015.

Bien qu'un appel d'offre régional soit en cours concernant des lieux d'accueil pour les populations précaires souffrant de troubles psychiques, les acteurs du département estiment que le manque de place, de lieux « contenant » adaptés tels que les appartements thérapeutiques psychiatriques est réel. De plus, la stigmatisation des personnes souffrant de troubles, psychiques, mentaux et ou addictifs étant toujours très forte, il faut se garder de créer de concentration de lieux de vie encore plus stigmatisant et continuer à mener une politique d'intégration dans la cité.

Je n'ai pu explorer dans ce rapport l'impact de l'aménagement du logement (habitat collectif, individuel, semi-collectif, ..., éclairage, aménagement des pièces, peinture, etc.) sur la santé mentale, sachant que les besoins peuvent varier énormément d'une personne à une autre en fonction des pathologies. Une quantification précise des besoins en termes de places mais également de typologie d'habitat est complexe mais nécessaire. C'est pourquoi le SIAO sollicite des remontées d'informations afin d'adapter l'offre de logements à la demande. D'autant que, l'absence de lieu d'accueil des jeunes en souffrance psychique, qui ne relèvent pas de la psychiatrie, reste un enjeu majeur du département.

Enfin, il faut tenir compte de la place de la parole de l'utilisateur et l'impliquer dans les décisions qui le concernent, notamment sur son lieu de vie, avec le soutien de son entourage et/ou de l'équipe soignante qui peut pallier ses déficiences cognitives potentielles.

Conclusion

Ce stage professionnel m'a donné l'opportunité de découvrir le domaine de la santé mentale (domaine que je méconnaissais totalement) ainsi que les liens complexes entretenus entre la santé mentale et les problématiques de précarité sociale et d'habitat.

Ce rapport se termine par une discussion et non une conclusion car la démarche transversale initiée par la DD41 se veut être un processus qui s'inscrit dans le cadre des réflexions sur le projet territorial de santé mentale. L'étape suivante serait en toute logique la présentation de ce travail aux partenaires départementaux, au cours d'une réunion d'échanges, afin de mettre en place conjointement la coordination LHI/santé mentale du Loir-et-Cher. Il s'agira alors pour les partenaires investis dans cette démarche transversale non pas de leur demander de créer une nouvelle instance ou un nouvel organe de gouvernance pour rendre effective cette coordination, mais bien, à mon sens, d'ouvrir les instances existantes et opérationnelles actuellement à cette notion de transversalité pour une prise en compte globale de la personne en souffrance psychique.

Glossaire

Ce glossaire permet d'approfondir certaines notions évoquées dans le rapport.

C

Compétences psycho-sociales

L'OMS définit les compétences psycho-sociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

Contrat Local de Santé Mentale (CLSM)⁶⁰

Les CLSM sont des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les services de psychiatrie et les partenaires locaux concernés par les problèmes de santé mentale. Ils intègrent les usagers et les habitants, ainsi que tous les services sociaux (bailleurs sociaux, services municipaux...), médico-sociaux et sanitaires (publics et privés) et favorisent la planification et le développement des politiques locales de santé mentale. Ils visent l'amélioration de l'accès aux soins et à la lutte contre l'exclusion des personnes vivant avec un trouble psychique (*Coldefy, 2016*).

E

EPCI

Un établissement public de coopération intercommunale est une structure administrative régie par les dispositions de la cinquième partie du Code général des collectivités territoriales, regroupant des communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, syndicats d'agglomérations nouvelles, syndicats de communes et les syndicats mixtes sont des EPCI.

⁶⁰ COLDEFY M., 2016, Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes, La revue française des affaires sociales, n°2, pp. 25-34.

La catégorie « EPCI à fiscalité propre » comprend les communautés urbaines, les communautés de communes, les communautés d'agglomération et les métropoles. Les syndicats mixtes ou intercommunaux sont donc exclus de cette catégorie.

F

Filocom

Le Fichier des logements à la commune, est un fichier exhaustif construit par la Direction Générale des Finances Publiques pour les besoins du ministère en charge du logement. Cette base de données est constituée à partir de 4 autres bases : taxe d'habitation, impôt sur le revenu, foncier, propriétaires. Le premier fichier a établi la situation au 1^{er} janvier 1995 et est actualisé depuis tous les deux ans. Cette base de données permet de comparer les caractéristiques des logements avec leur occupation (*Pelangeaon, 2015*).

H

Habitat indigne⁶¹

L'habitat indigne est une notion politique introduite par la loi *Besson* du 31 mai 1990 qui recouvre tous les logements qui portent atteinte à la dignité humaine. Initialement, l'habitat indigne recouvrait l'habitat insalubre, les immeubles menaçant ruine, les habitations précaires et ceux contenant du plomb accessible. La loi du 25 mars 2009 *de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion* a élargi cette notion et la défini comme suit dans son article 84 : « *constituent un habitat indigne, les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logement dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé* ».

Habitat insalubre⁶¹

La lutte contre l'insalubrité a pour objet de protéger les occupants actuels et futurs, ainsi que les voisins des risques pour leur santé que l'état de l'habitation leur fait courir. Elle vise essentiellement à améliorer les conditions d'habitation de la population, même si le champ d'application de certaines procédures est parfois plus large : la procédure de déclaration d'insalubrité visée à l'article L. 1331-26 du CSP utilisée essentiellement pour l'habitat peut concerner d'autres types d'immeubles, jusqu'à des terrains (« immeubles non bâtis »). Peuvent ainsi être déclarés insalubres un ou plusieurs logements d'un immeuble,

⁶¹ Définitions du Réseau d'Echange en Santé Environnement.

un immeuble ou un groupe d'immeubles, les parties privatives et/ou les parties communes d'un immeuble, les hôtels, et notamment les hôtels meublés, ainsi que tous locaux de toute nature utilisés aux fins d'habitation ou d'hébergement et impropres à cet effet. La lutte contre l'habitat insalubre est donc une notion juridique qui trouve son fondement légal dans le code de la santé publique et se traduit par un arsenal juridique détaillé. Les procédures se traduisent par la prise d'un arrêté prescrivant des travaux accompagnés le cas échéant d'une interdiction temporaire d'habiter, ou par le prononcé d'une interdiction définitive d'habiter.

Habitat décent ⁶¹

La notion de logement décent est une notion de droit privé qui s'applique dans les rapports locatifs, pour les logements mis en location. Elle est fondée sur l'article 1719 du code civil et l'article 6 de la loi n° 1989-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, modifiés par l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain. Enfin, le dispositif a été précisé par la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement. Les critères de décence sont précisés par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002. La décence du logement concerne les parties privatives du logement qui entrent dans le champ du contrat de bail. Il appartient au locataire de demander à son propriétaire la remise en état de décence de son logement. Il est précisé que la contestation de la décence ne porte pas atteinte au bail, et le loyer, comme les autres conditions locatives, doit être honoré. En cas de refus du propriétaire ou de contestation, seul le juge d'instance est compétent pour prescrire au bailleur les travaux nécessaires pour que le logement soit décent et, le cas échéant, réduire le montant du loyer, le suspendre et suspendre le bail.

Un lien existe néanmoins entre l'insalubrité et la décence. En effet, l'article L. 1331-28 du code de la santé publique précise dans son paragraphe II que lorsque l'insalubrité a été jugée réparable par le CoDERST⁶², l'arrêté peut contenir des prescriptions relatives aux équipements de décence visés à l'article 3 du décret du 30 janvier 2002 modifié par le décret

⁶² CoDERST : Le conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques concourt à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi, dans le département, des politiques publiques dans les domaines de la protection de l'environnement, de la gestion durable des ressources naturelles et de la prévention des risques sanitaires et technologiques. Il est régi par les dispositions des articles 8 et 9 du décret n° 2006-665 du 7 juin 2006. Il exerce les attributions prévues par l'article L. 1416-1 et est également chargé d'émettre un avis, dans les cas et selon les modalités prévus par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, sur les projets d'actes réglementaires et individuels en matière (...) de risques sanitaires liés à l'habitat. Il peut examiner toute question intéressant la santé publique liée à l'environnement et peut être associé à tout plan ou programme d'action dans ses domaines de compétence (article R1416-16 du CSP).

n° 2017-312 du 9 mars 2017. Ces équipements sont dans les faits au nombre de ceux contenus par ailleurs dans le règlement sanitaire départemental.

Handicap psychique

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui précise que « constitue un handicap [...] toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Cette reconnaissance, relativement récente, pose un droit à la compensation sous forme de réponses ciblées à l'altération des capacités, de manière à ce que la personne recouvre son autonomie et une vie sociale. Toutefois, comme pour les autres formes de handicap, la loi n'a pas défini en tant que tel le handicap psychique (*Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale – volet handicap*).

L

Logement adapté

Le logement est dit adapté quand il répond aux incapacités et aux besoins d'une personne. Depuis 2007, la loi sur le handicap rend obligatoires les règles de construction et des prescriptions techniques qui imposent l'accessibilité des logements neufs et logements existants.

Logement accompagné

Le logement accompagné rassemble les dispositifs suivants : résidences sociales, pensions de famille, résidences pour jeunes, foyers, etc. Le résident peut bénéficier de mesures d'accompagnement médico-social.

Logement ordinaire

Logement classique dans lequel le résident est autonome. Il ne bénéficie d'aucun accompagnement et qui n'est pas adapté aux besoins d'une personne en situation de handicap physique ou à ceux d'une personne âgée.

P

Prise en charge à temps complet

L'hospitalisation à temps plein, dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance soignante vingt-quatre heures sur vingt-quatre est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus sévèrement atteints, qui requièrent des soins intensifs. En parallèle, se sont développées en nombre limité des formes de prise en charge à temps complet alternatives, telles que :

- les centres de postcure (unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome) ;
- les appartements thérapeutiques (structures de soins hors de l'hôpital, mises à disposition de quelques patients, favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social, avec un accompagnement vers l'apprentissage de l'autonomie par une équipe de soins) ;
- l'accueil familial thérapeutique (placement dans des familles d'accueil de patients de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible, permettant d'assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour au domicile) ;
- l'hospitalisation à domicile (*Coldefy, 2016*).

Psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle s'inscrit dans une dimension globale du soin incluant prévention, repérage, insertion et présente des spécificités pour certains âges de la vie. Elle se réalise en partenariat étroit de l'ensemble des personnels du soin avec les professionnels du champ social, éducatif, judiciaire, médico-social et des collectivités territoriales (*Feuille de route relative à la santé mentale de la DT41*).

S

Santé mentale

La santé mentale comporte 3 dimensions :

- la santé mentale positive, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel ;
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ;

- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants (*Feuille de route relative à la santé mentale de la DT41*).

Sectorisation psychiatrique⁶³

La politique de sectorisation psychiatrique, établie par la circulaire du 15 mars 1960, visait à mettre en place une coordination globale du parcours de santé, depuis la prévention, les soins et jusqu'à la réinsertion, fondée sur les principes de continuité et de proximité des soins. Cette organisation s'appuie sur l'engagement d'une équipe pluriprofessionnelle, placée sous l'autorité d'un médecin psychiatre, à assumer une responsabilité géopopulationnelle (la responsabilité d'une population sur un territoire donné). Le secteur est donc conçu autour de trois principes : la continuité de la prise en charge, de la prévention au soin et à l'insertion ; la pluridisciplinarité de la prise en charge ; la proximité et l'égalité de traitement des patients *via* la mise en place d'un découpage géographique en secteurs psychiatriques. Il faudra attendre la loi du 25 juillet 1985 pour introduire le secteur dans un cadre législatif (*Coldefy, 2016*).

Souffrance psychique⁶⁴

Le terme de souffrance psychique désigne l'articulation du psychique, du somatique, et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes exclues. Selon J. Furtos, la souffrance psychique, « sans être un symptôme médical, concerne cependant la santé mentale » et « la souffrance psychique tient lieu d'indicateur de précarité sociale ».

La précarité se définit par la perte des « objets sociaux » tels que le travail, l'argent, le logement, ect... Un objet social, c'est ce qui fait lien dans la société : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, il permet d'être en relation. À l'extrême, lorsque tout est perdu, toit, famille, il y a auto-exclusion et déni de la souffrance. Les caractéristiques cliniques de la souffrance psychique en contexte de précarité sont : la demande impossible, l'urgence, et la paradoxalité (concept de clinique psychosociale de Furtos) (*Jacques, 2004*).

⁶³ COLDEFY M., 2016, Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes, La revue française des affaires sociales, n°2, pp. 25-34.

⁶⁴ JACQUES P., 2004, *Souffrances psychiques et souffrances sociales*, Pensée plurielle n°8 édité par De Boeck Supérieur, 148p.

Bibliographie

Articles, rapports et documents de planification

ARS, CONSEIL REGIONAL, PREFECTURE DU CENTRE - VAL DE LOIRE, *Plan Régional Santé Environnement 2017-2021*, 67p.

ARS CENTRE - VAL DE LOIRE, 2017, *Diagnostic territorial partagé de Loir-et-Cher*, 69p.

ARS CENTRE - VAL DE LOIRE, 2015, *Rapport de l'enquête mobile psychiatrie précarité – Région Centre-Val de Loire – Centre Hospitalier de Blois*, 17p.

ARS CENTRE - VAL DE LOIRE, DT41, *Feuille de route relative à la santé mentale*, 42p.

BENAMOUZIG D. et ULRICH V., 2016, *L'organisation des soins en psychiatrie*, Paris : La revue française des affaires sociales, 285 p.

BRETON E., « L'iniquité en santé, agir ensemble sur les causes des causes », *in* Séminaire CRSA/ARS, « Réduire les ISTES en région Centre-Val de Loire : un défi nécessairement collectif », 20 juin 2016, Châteauroux, 24p.

COLDEFY M., 2016, Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes, *La revue française des affaires sociales*, n°2, pp. 25-34.

FIJALKOW Y., 2016, *Sociologie du logement*, Paris : Editions La découverte, 123p.

JACQUES P., 2004, *Souffrances psychiques et souffrances sociales*, Pensée plurielle n°8 édité par De Boeck Supérieur, 148p.

LAFORCADE M., 2016, *Rapport relatif à la santé mentale*, 190 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016, *Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale – Volet handicap psychique*, 72p.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ CENTRE - VAL DE LOIRE, 2016, *Diagnostic régional santé environnement*, 121p.

PELANGEON A., 2015, *Comment accompagner les collectivités pour lutter contre les inégalités de santé liées à l'habitat dans le Pays de Comminges ?*, rapport IES : Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publique, 25 p.

PREFECTURE et CONSEIL DEPARTEMENTAL DU LOIR-ET-CHER, 2015, *Plan « habitat pour tous en Loir-et-Cher » - Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées 2015-2020*, 93p.

ROY D., LAUDILLAY S., COUCHY E., 2017, *Rapport de synthèse de l'enquête régionale des EMPP et réseaux précarité – PRAPS 2012-2016*, 22p.

Sites internet

DIHAL. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. [24/05/2017], disponible sur Internet : <http://www.gouvernement.fr/53eme-atelier-de-la-dihal-sur-le-deploiement-du-programme-un-chez-soi-d-abord>

INSEE. L'Institut national de la statistique et des études économiques collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société françaises. [28/06/2017], disponible sur Internet : www.insee.fr/fr

LOIR-ET-CHER LE DEPARTEMENT. Loir-et-Cher – Le département. [20/06/2017], disponible sur l'Internet : <http://www.le-loir-et-cher.fr/services-en-ligne/etre-accompagne/protection-signalement-maltraitance/enfants-en-danger>

RESE. Réseau d'échange en sante environnement. [23/05/2017], disponible sur l'intranet du Ministère des solidarités et de la santé : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/>

SANTE PUBLIQUE FRANCE. Le Programme Santé Mentale. [20/07/2017], disponible sur Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Determinants-de-sante/Le-programme-sante-mentale>

SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. Habitat insalubre et santé : évaluation des besoins de recherche. [24/05/2017], disponible sur Internet : <http://www.sfsp.fr/content-page/51-rapports-sfsp/943-habitat-insalubre-et-sante-evaluation-des-besoins-de-recherche>

Liste des annexes

Annexe 1 – Chronogramme du stage	II
Annexe 2 - Etat des lieux du parc locatif en Loir-et-Cher	VI
Annexe 3 - Extrait de la communication de Mme BUTTARD – Infirmière consultante lors de l’atelier de la DIHAL sur le thème de « Traiter l’incurie en habitat indigne » organisé par le PNLHI le 11 mai 2017	VII
Annexe 4 - Extrait de la fiche d’information sur le Syndrome de Diogène Centre Mémoire de Ressources et de Recherche d’Ile de France sud	VIII

Annexe 1 – Chronogramme du stage

Le tableau suivant présente le déroulement du stage.

Mes activités avant le stage ont été les suivantes :

- Échanges téléphoniques et électroniques avec la responsable du pôle santé publique et environnementale, Mme FUCHÉ, mon maître de stage
- Élaboration d'un annuaire des partenaires et prise de rendez-vous via la BAL « promotion, prévention, santé »
- Bibliographie

Pendant le stage, mes activités sont présentées comme suit :

Seuls les **rendez-vous avec des partenaires** sont clairement spécifiés ainsi que les activités concernant d'autres thématiques en lien avec le poste d'IES (groupes de travail, vie du service, ...) qui sont signalées par le symbole : ◆

Le reste du temps était consacré à la prise de rendez-vous, les recherches bibliographiques et la rédaction.

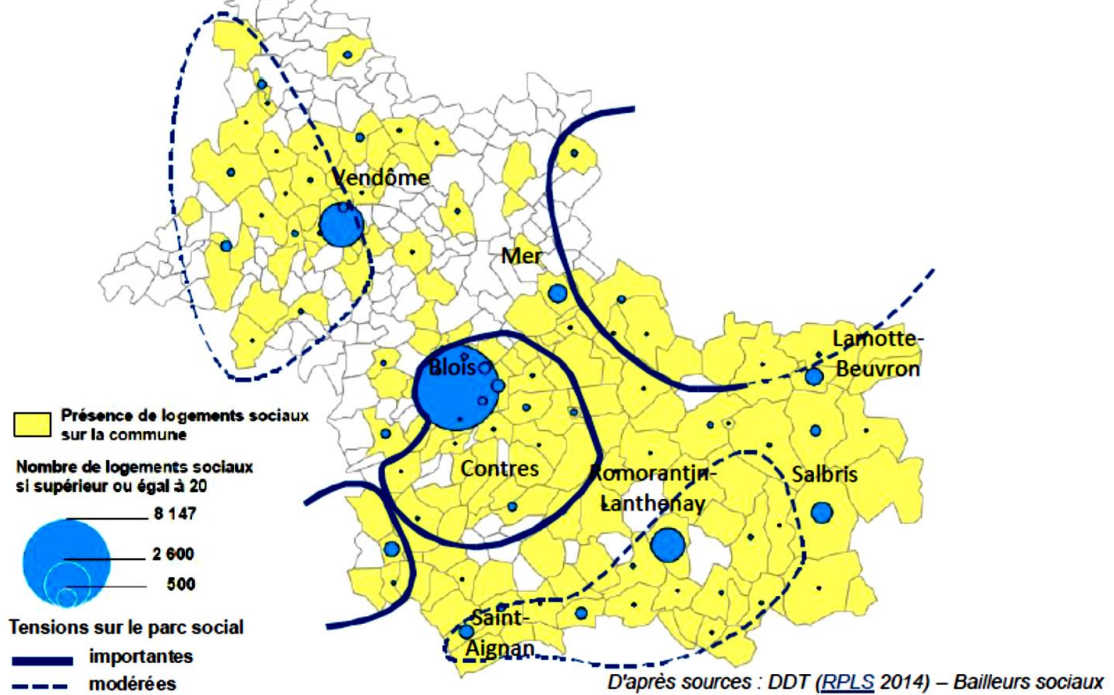
Les points de situation sont également indiqués avec *ma référente pédagogique* ainsi qu'avec *ma référente professionnelle* (un suivi régulier a eu lieu tout au long du stage en dehors des points formalisés).

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 21 22 au 26 mai	Confirmation de RDV	Relances de rdv <i>Contact électronique (2) avec référente pédagogique</i>		Férié	Fermeture ARS
Semaine 22 29 mai au 2 juin	Elaboration « guide d'entretien » ◆GT Habitat / Saturnisme (ARS siège)	◆Réunion des cadres <i>Point de situation avec référente pédagogique</i>	◆Réunion DREAL / ARS (AE : autorisation unique)	◆GT Amiante / Urbanisme (ARS siège)	
Semaine 23 5 au 9 juin	Férié	◆ CODEL RDV bailleur social	RDV ARS : technicien habitat PDALHPD	Synthèse entretiens	◆ Réunion de pôle RDV SAMSAH PSY RDV ARS : responsable pôle OSMS de la DD41
Semaine 24 12 au 16 juin		Conférence « Avoir un lieu pour être » de SPYPROPOS	RDV DDCSPP		◆ Réunion de pôle <i>Point de situation avec référente professionnelle</i>
Semaine 25 19 au 23 juin	Journée d'information sur la vulnérabilité des personnes âgées Les lundis de l'EPIC : « Identité(s) sociale(s) et poursuite d'hospitalisation en psychiatrie » (clinique psychiatrique de la Chesnaie)			◆ Réunion des personnes publiques associées - PLUi	Oral MIP à l'EHESP

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Seamaine26 26 au 30 juin		RDV CH Blois	Visite « habitat »	◆ Réunion des cadres	
Semaine 27 03 au 07 juillet	RDV Ville de Blois	◆ CODEL <i>Point de situation avec référente professionnelle</i> RDV SoliHa	RDV association RDV Bailleur social		<i>Contact électronique avec référente pédagogique</i>
Semaine 28 10 au 14 juillet		RDV ARS : responsable pôle OSMS de la DD41 RDV CD	RDV DDT	RDV ARS : technicien habitat	Férié
Semaine29 17 au 21 juillet				RDV cheffe de projet PRAPS ◆ CODEL Echange téléphonique avec une autre ARS	◆ Réunion des cadres <i>Point de situation avec référente professionnelle</i>
Semaine 30 24 au 28 juillet		Réunion DDCSPP (appel à projet maison relais)	Remise du rapport		

Annexe 2 - Etat des lieux du parc locatif en Loir-et-Cher

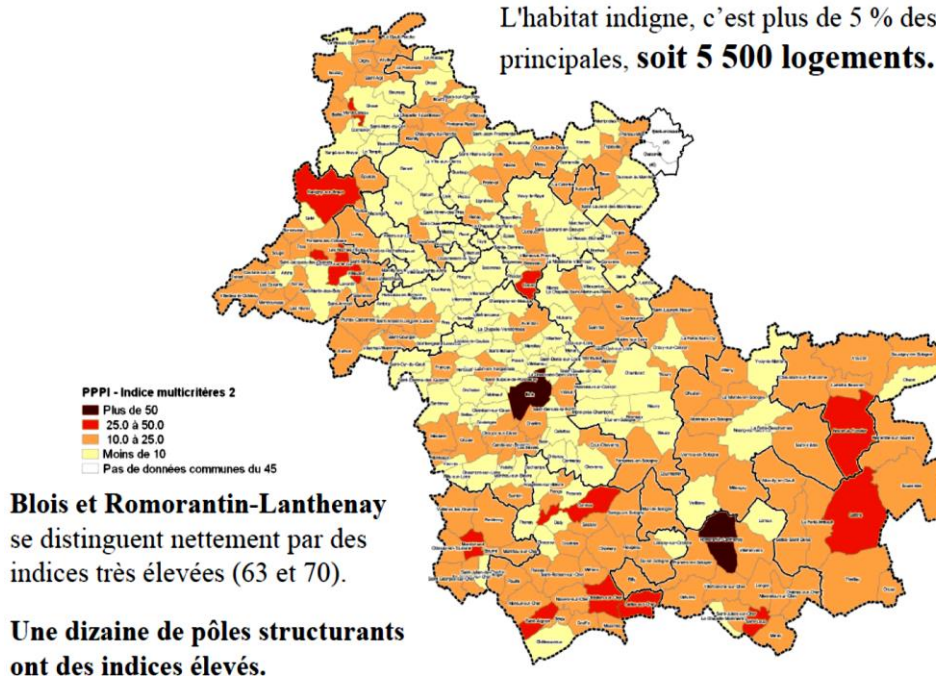
Parc de logements HLM au 1^{er} janvier 2014 et tension de la demande
 (Synthèse du nombre de demandes en 2014 selon le nombre de logements présents sur la commune)



Source : PDALHPD du Loir-et-Cher

Contexte : un parc potentiellement indigne important

L'habitat indigne, c'est plus de 5 % des résidences principales, soit **5 500 logements**.



Source : DDT41 – PDLHI COPIL du 16 juin 2016

Annexe 3 - Extrait de la communication de Mme BUTTARD – Infirmière consultante lors de l'atelier de la DIHAL sur le thème de « Traiter l'incurie en habitat indigne » organisé par le PNLHI le 11 mai 2017

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a établi un partenariat en juillet 2015 avec une infirmière consultante, spécialisée dans les accompagnements de personnes présentant des problématiques complexes au niveau psycho-social, qui a constitué une équipe avec un travailleur social et une aide-soignante. L'équipe accompagne des personnes vivant dans des logements frappés d'incurie et forme des travailleurs sociaux sur ce thème.

Le travail d'accompagnement a pour objectif de passer le relais à un service d'aide à domicile afin d'éviter la rechute. C'est un travail de longue haleine comme l'explique l'infirmière dans son témoignage lors de l'atelier dont les grandes lignes sont retracées ci-après. La démarche débute par une phase d'apprivoisement qui peut être très longue (plusieurs mois dans les situations de syndrome de Diogène). Les modalités usuelles pour les prises de rendez-vous : courriers, appels téléphoniques sont souvent inopérantes et les professionnels interpellent l'équipe quand ils n'arrivent pas à rencontrer la personne ou que celle-ci refuse toute aide. L'équipe travaille avec une stratégie de « l'aller vers » ou comment établir un lien avec une personne qui ne demande rien car elle considère que la non demande fait partie de la pathologie. Une enquête auprès de l'entourage (professionnels, des élus, du voisinage, de la famille,...) va permettre de connaître les goûts de la personne ainsi que ses habitudes de vie en dehors de son logement. Les premières rencontres s'effectuent d'ailleurs souvent dans des lieux atypiques (dans la rue, un café, ...). Plusieurs tentatives de rencontres sont souvent nécessaires. L'équipe informe la personne qu'elle est mandatée pour l'aider et continue l'entretien en le centrant sur des thèmes de prédilection pour elle, puis elle aborde les désordres liés à l'incurie dans le logement. L'équipe précise l'aide qu'elle peut apporter : une façon respectueuse de débarrasser, de ranger et de nettoyer son logement avec elle afin qu'on la laisse tranquille. Au bout de quelques rencontres l'équipe arrive à se rapprocher du logement puis lorsque que ses membres sont identifiés comme des alliées, l'entrée au domicile est possible. Afin de favoriser les rapports, l'équipe peut amener objet en lien avec ce que la personne aime (chocolat au lait, des fleurs,...) et elle comprend, au-delà des mots, que la pratique s'inscrit déjà complètement différemment des autres approches.

L'équipe demande alors l'accord de la personne pour enlever l'équivalent d'un petit sac de 5 litres de débris. Une fois cette étape franchie, si le logement n'est pas trop grand, l'équipe envisage de débarrasser. En cas de refus l'équipe valide le diagnostic de syndrome de Diogène. Le travail de remise en état du logement passe alors probablement par une mesure coercitive sauf si le débarrasement devient possible. Dans les deux cas les modalités opérationnelles du chantier et de l'accompagnement par l'équipe sont

clairement expliquées à la personne à plusieurs reprises. En cas de besoin, l'infirmière peut faire appel à un confrère pour poser un diagnostic plus complet.

Dans la phase d'accompagnement proprement dite l'équipe se rend au domicile de chaque personne une fois par semaine pour une intervention pouvant durer de 45 minutes à 8 heures. Les problèmes de santé et les difficultés d'ordre social sont abordés systématiquement lors de chaque intervention.

Le travail relationnel est constant pendant le débarrasement : le consentement de la personne est sollicité pour tout ce qui est jeté et elle donne son avis pour le rangement. Il s'agit de remplacer l'attachement pathologique aux objets par un attachement humain. Au fil du temps la confiance s'installe et un collègue est introduit au bout de 2 ou 3 séances afin d'accélérer le débarrasement mais également d'endosser tout à tour le rôle de « persécutrice » et être tenue responsable « des vols » et le rôle de la « personne bienveillante » afin de préserver sa relation de confiance. Cette étape permet de préparer concrètement le relais dans la mesure où la relation de confiance va être transférée à un autre tiers.

Lorsque des travaux sont nécessaires (principalement plomberie et électricité) la personne de confiance doit être présente au domicile pour que le technicien puisse travailler. Le travail de l'équipe est achevé dès lors que les dangers ont été traités et la dignité du logement retrouvée.

Toutefois, pour les personnes souffrant d'un important syndrome de Diogène, le recours à des mesures coercitives va être nécessaire. L'équipe qu'il est traumatisant pour la personne d'assister au débarrasement de son logement. Par conséquent, elle essaie de trouver avec la personne, ses proches, les professionnels, parfois les élus, des lieux où elle puisse être accueillie un temps minimum, soit entre 2 et 5 jours. Le retour à domicile est préparé par un temps relationnel dans le lieu d'accueil. Puis le relais par le droit commun se fait via le travailleur social de l'équipe, en lien avec les services sociaux. Si aucun suivi n'est mis en place, les rechutes sont fréquentes et ce, quel que soit le diagnostic initial.

L'entreprise qui effectue les travaux d'office est sensibilisée à la thématique, elle a été formée par l'équipe et a acquis des notions d'accompagnement social.

Sur le plan de la santé la majorité des personnes sont en rupture de soins. Devant toute souffrance psychique ou trouble du comportement l'équipe propose à la personne de l'accompagner aux urgences du CH local afin d'y rencontrer un psychiatre ou un infirmier psychiatrique.

Lorsque le soin ne peut avoir un résultat sur l'incurie, l'équipe travaille à partir d'objectifs réalistes validés par le patient : restaurer sa dignité et réinvestir la vie tels que dormir dans des draps, laver ses vêtements, manger chaud,

Annexe 4 - Extrait de la fiche d'information sur le Syndrome de Diogène Centre Mémoire de Ressources et de Recherche d'Ile de France sud

Le terme « syndrome de Diogène » est utilisé dans la littérature depuis 1975 pour désigner des situations universelles, connues depuis toujours. Les appellations antérieures étaient d'une grande diversité, comme par exemple les "mendiants thésauriseurs" ou le "social breakdown syndrome" ou encore le "self-neglect syndrome". Ces situations rares restent méconnues et mal connues. Elles mériteraient d'être mieux connues, mieux documentées. Les discussions à caractère éthique, juridique, médical, familial ou social reposeraient alors sur un socle de connaissances moins sujet à controverses.

L'histoire de Diogène

Diogène, encore appelé Diogène le cynique, est né à Sinope 413 ans avant JC et est décédé en 324 avant JC à Corinthe. Ce philosophe Grec aurait vécu sale et seul dans un tonneau, comme un ascète, sans aucun objet personnel. La légende dit même qu'il se serait débarrassé de son écuelle. Enfin et surtout, ce qui caractérise Diogène est son regard critique sur la société. Diogène est debout dans un tonneau, insensible à son manque d'hygiène corporelle et muni d'une lanterne. Il est connu pour s'être promené au milieu de ses contemporains, équipé d'une lanterne et avoir dit cyniquement : "je cherche un Homme, mais je ne vois pas d'Hommes ici". Il est aussi connu pour sa réplique méprisante à Alexandre le Grand qui était venu le consulter : "ôtes toi de mon soleil"

Description simplifiée d'un syndrome de Diogène

Ce syndrome est controversé car il regroupe des situations assez différentes qui ne correspondent pas toujours à celle de Diogène.

Dans le cadre de cette enquête, nous proposons une définition basée sur le plus petit dénominateur commun de ces situations : le terme "syndrome de Diogène" pourrait être appliqué aux situations qui, malgré leur diversité, comportent la présence d'un dénominateur commun composé de l'association des quatre critères décrits ci-dessous :

1. Une absence paradoxale de demande, de plaintes et de besoins avec une absence de sollicitation des services médico-sociaux. Les Diogènes sont des personnes qui ne demandent rien alors que ce sont elles qui auraient besoin de tout.

2. Une relation aux objets inhabituelle avec, soit rarement le besoin ascétique d'une absence totale d'objets, soit le plus souvent le besoin d'entasser des objets dans un ordre parfait ou un désordre indescriptible avec un manque de salubrité du domicile. Cet entassement d'objets peut être le résultat, soit d'un comportement passif (la personne ne sait pas jeter les affaires devenues inutiles), soit d'un comportement actif de récupération, de collection et d'accumulation (hoarding behaviour).

3. Une relation aux autres étonnante avec, soit rarement le besoin d'aller au contact des autres (ce

contact facile avec prosélytisme explique les situations de "Diogène à deux" et de "Diogène à plusieurs"), soit plus souvent le besoin de fuir l'humanité (tout semble se passer comme si ce comportement à type de "misanthropie de survie" avait pour résultat une pauvreté du réseau social, un "social breakdown"). Dans ce dernier cas les liens familiaux ou sociaux sont limités à ceux et celles qui comprennent, tolèrent ou facilitent leur mode de vie, acceptant de les nourrir ("les porteurs de panier") ou de débarrasser un peu leur domicile pour qu'ils puissent garder un minimum de place pour continuer à y vivre. Parfois les deux comportements sont associés, il s'agit alors d'un Diogène à la fois misanthrope et chef d'école: c'était le cas d'Antisthène, le fondateur de l'école des cyniques, le père spirituel de Diogène.

4. Une relation au corps particulière avec, soit rarement le besoin d'une attention excessive et bizarre pour sa chevelure (cheveux longs emmêlés et compacts comme ceux d'une perruque, barbe taillée comme un bloc), soit le plus souvent le besoin d'entretenir...un manque de propreté. Ce besoin est associé à une tolérance étonnante aux conséquences de ce manque d'hygiène (ongles longs et recourbés comme ceux d'une sorcière issue d'un conte de Grimm, ulcères variqueux surinfectés, odeur corporelle forte et parfois repoussante)

Toutefois, les autres situations seraient à considérer comme des tableaux partiels. Toutes les combinaisons sont possibles. La typologie peut varier selon la diversité des situations, selon le sexe, l'âge, les ressources économiques mais également selon l'hygiène corporelle et la salubrité du domicile et selon l'habitat. Tout est possible du Diogène propre dans un habitat salubre au Diogène qui dégage une odeur écœurante dans un domicile entassé jusqu'au plafond. De même, il est possible d'avoir le mode de vie de Diogène à la campagne (le Diogène rural est souvent entouré de beaucoup d'animaux), comme à la ville (Le Diogène des villes peut vivre dans immense un appartement comme dans un réduit de 6 m²). Diogène peut aussi vivre à la rue avec le statut de SDF, soit parce qu'il n'a pas de domicile, soit parce que le domicile est si entassé qu'il n'est plus possible d'y rentrer. Nous avons aussi rencontré des Diogènes qui vivent à ville avec une résidence secondaire à la campagne ou à la mer, elle aussi "diogénisée".

Pour plus d'informations, consultez le site internet : <http://cmrr.vermeil.org/fiche-d-information-sur-le-syndrome-de-diogene/>

SAINTOL

Nadine

12 septembre 2017

INGENIEUR D'ÉTUDES SANITAIRES

Promotion 2016-2017



Santé mentale et habitat : adéquation entre l'offre de logements et la prise en charge de personnes en souffrance psychique dans le Loir-et-Cher

Résumé :

Cinq des dix pathologies les plus préoccupantes actuellement concernent la santé mentale. A l'horizon 2020, un français sur cinq sera touché par des troubles psychiques. La loi de modernisation du système de santé prévoit le développement d'un programme relatif au maintien dans le logement et à l'accès au logement et à l'hébergement accompagné pour les personnes en souffrance psychique. Cela s'inscrit dans la continuité d'une des missions de l'ARS qui est d'identifier et de construire un réseau d'acteurs en mesure d'assurer la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques. Dans le Loir-et-Cher, 6 600 personnes sont touchées par des troubles psychiatriques et 5 500 logements sont potentiellement indignes. Afin de traiter ces cas complexes, la DD41 propose d'établir une coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social du département.

Mots clés :

LHI – PDLHI – précarité – psychiatrie – santé mentale – souffrance psychique

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.