



**Mastère Spécialisé® Ingénierie et management
des risques en santé environnement travail**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **18/12/18**

**Amélioration de la prise en charge des occupants de
logements indignes et présentant des troubles de la
santé mentale**
Eléments de réflexion et recommandations en Nouvelle-Aquitaine

Florence Marty

Lieu de stage : **ARS Nouvelle Aquitaine**

Direction Santé Publique

Pôle Santé Environnement (site de Poitiers)

Référente professionnelle : **Mathilde Rasselet**

Référente pédagogique : **Michèle Legeas**

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes plus vifs remerciements à **Marie-Laure GUILLEMOT**, responsable du Pôle régional Santé Environnement (PSE) à la Direction Santé Publique (DSP) de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, qui a soutenu ma candidature à ce stage au sein de son équipe et m'a offert l'ensemble des moyens nécessaires pour le réaliser.

Je remercie aussi tout particulièrement **Mathilde RASSELET**, Ingénieure du Génie Sanitaire (IGS) qui a accepté d'être ma référente professionnelle et m'a fait confiance et vivement encouragée dans ce travail.

Je les remercie chaleureusement ainsi que **toute l'équipe PSE de la DSP de l'ARS NA** (en particulier l'équipe de Poitiers : Cécile BILLAUD IGS, Jacques PERNEY IGS et Brigitte FALAISE), pour leur accueil et leur bienveillance. Tous m'ont permis de mieux comprendre les enjeux de la co-construction d'une politique de santé environnementale sur ce vaste territoire.

Je remercie encore **Michèle LEGEAS**, enseignante-chercheure au Département Santé-Environnement-Travail et Génie Sanitaire (DSET&GS) de l'EHESP d'avoir accepté d'être ma référente professionnelle et de m'avoir permis de progresser dans mes réflexions.

Je remercie aussi **Stéphanie JUNCA**, Ingénieure d'Etudes Sanitaires (IES) Habitat à la délégation départementale de l'ARS de la Vienne, de m'avoir associée à ses missions.

Je remercie également **Erwan AUTES**, chargé de mission PRAPS (DSP/Pôle Prévention et Promotion de la Santé) et **Anne-Sophie LAVAUD** référente régionale Santé Mentale (Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie) pour leur appui.

Je remercie tout particulièrement **l'ensemble des agents sanitaires (acteurs Habitat/Santé)** des cellules Habitat/Espace clos au sein **des délégations départementales de l'ARS et des SCHS de la Nouvelle-Aquitaine et des autres régions** pour leur réponse à mes sollicitations et la qualité de nos échanges. J'espère que ce travail aura su répondre à quelques-unes de vos attentes.

Je remercie enfin l'équipe de la délégation départementale de l'ARS de la Vienne (et spécialement, Joël ROBERT, Isabelle LAGRANGE, Marjorie PASCAULT et Cécile MARCHEIX), Alice MANIRAKIZA, Ursula NOURY, les PHarmaciens Inspecteurs de Santé Publique ainsi que l'ensemble des professionnels (listés en Annexe 5) et tous ceux que j'ai pu côtoyer, pour leur intérêt et précieux retour tout au long de mon travail.

Sommaire

Liste des sigles utilisés

Glossaire

Table des illustrations

Introduction	1
1 Problématique, objectifs et méthode	3
1.1. Problématique	3
1.2. Objectifs	3
1.3. Méthode	4
2 Concepts et éléments de cadrage de la prise en charge des occupants	5
2.1. Concepts clés et difficultés	5
2.1.1 L’habitat indigne	5
2.1.2 La santé mentale	8
2.1.3 Des liens probants mais complexes entre habitat indigne et santé (mentale)	9
2.2. Epidémiologie et enjeux sanitaires et sociaux (focus sur l’incurie dans l’habitat)	12
2.3. Les modes de prise en charge des situations d’incurie dans l’habitat	14
2.3.1 Au niveau international	14
2.3.2 Au niveau français	15
2.3.3 Outils d’évaluation du logement, de la personne et de l’entourage	19
3 L’organisation actuelle de la réponse en la Nouvelle-Aquitaine	20
3.1. Les spécificités du territoire	20
3.1.1 Un vaste territoire peu dense, attractif mais contrasté et confronté au vieillissement de la population	20
3.1.2 Des problématiques de logement liées à l’habitat dégradé, au vieillissement, à la précarisation et aux troubles psychiques des ménages	20
3.2. L’organisation de l’offre sanitaire, sociale (logement) et médico-sociale	23
3.2.1 Planification et logiques structurantes	23
3.2.2 Principaux dispositifs, outils et instances	24
3.2.3 Structures et acteurs de proximité : modalités d’intervention et réseaux d’acteurs (focus situations complexes à domicile)	25
3.3. L’organisation territoriale de la LHI et le rôle des acteurs Habitat/Santé	33
4 Pistes de recommandations pour une amélioration de la réponse	35
4.1. A partir des retours d’expériences réussies ailleurs	35
4.1.1 Facteurs facilitant l’élaboration de « dispositifs »	35
4.1.2 Approche partenariale vs. équipe/médiateur dédié	35
4.1.3 Modalités d’intervention/de prise en charge	37
4.1.4 Recommandations	40

4.2.	A partir des forces et faiblesses des réseaux d'acteurs et leviers d'actions en Nouvelle-Aquitaine	41
4.2.1	Analyse croisée des forces et faiblesses par département et proposition de critères opérationnels pour la construction de réseaux d'acteurs	41
4.2.2	Recommandations	42
4.3.	A partir des évolutions législatives et réglementaires et leur impact sur les missions des acteurs Habitat/Santé	45
4.3.1	Donner les moyens aux acteurs Habitat/Santé en ARS de renforcer l'approche préventive (Recommandation 6)	45
5	Conclusion	46
	Bibliographie	49
	Liste des Annexes	55

Liste des sigles utilisés

AAH Allocation Adulte Handicapé	CAF Caisse d'Allocations Familiales
ADIL Agence Départementale d'Information sur le Logement	CAP 22 Comité Action Publique 2022
ADMR Association Aide Domicile Milieu Rural	CCAPEX Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions
ALPIL Action pour l'insertion par le logement	CCH Code de la Construction et de l'Habitation
ALUR (loi) Accès au Logement et un Urbanisme Rénové	CC(I)AS Centre Communal (Intercommunal) d'Action Sociale
ANAH Agence Nationale de l'Habitat	CCOMS Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	CD Conseil Départemental
ANCREAI Association Nationale des Centre Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations <i>en faveur des personnes en situation de vulnérabilité</i>	CDC Commission Départementale de Conciliation
ANRU Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine	CESF Conseiller en Economie Sociale et Familiale
APA Aide Personnalisée d'Autonomie	CGCT Code Général des Collectivités Territoriales
ARI-AS AIS Association pour la Réadaptation et l'Intégration- Accueil, Soutien et Accompagnement vers l'Insertion Sociale	CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
ARS Agence Régionale de Santé	CH(S) Centre Hospitalier (Spécialisé)
ASLL Accompagnement Social Lié au Logement	CHU Centre Hospitalier Universitaire
ASV (loi) relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement	CIM Classification Internationale des Maladies de l'OMS
AVDL Accompagnement Vers et Dans le Logement	CLIC Centre Local d'Information et de Coordination
AVS Atelier Ville Santé	CLS Contrat Local de Santé
BOP UTAH Budget Opérationnel de Programme Urbanisme, Territoires et Amélioration de l'Habitat	CLSM Conseil Local de Santé Mentale
	CMP Centre Médico Psychologique
	COS Cadre d'Orientation Stratégique
	COTECH COmité TECHnique
	CREAI Centre Régional d'Etudes, d'Actions, et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRSA Caisse Régionale de Solidarité pour l'Autonomie

CSAPA Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP Code de la Santé Publique

DALO Droit Au Logement Opposable

DD ARS Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé

DDCS(PP) Direction Départementale de la Cohésion Sociale (Protection des Populations)

DDT(M) Direction Départementale des Territoires (et de la Mer)

DGALNDHUP Direction Générale de l'Aménagement, du Logement et de la Nature/ Direction de l'Habitat de l'Urbanisme et des Paysages

DGCS Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS Direction Générale de la Santé

DIHAL Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

DOSA Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

DPSP Direction du pilotage, de la stratégie et des parcours

DPSPSE Délégation Pole Santé Publique et Environnementale (DD ARS)

DRDJSCS Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DREAL Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DREES Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM-5 « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » 5e Edition (manuel diagnostique et statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie)

DSP Direction de la Santé Publique

DSPSE Direction Santé Publique et Environnementale (en DD ARS)

ELAN (loi) Evolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique

EMIC Equipe Mobile d'Intervention de Crise

EMPP Equipe Mobile Précarité Psychiatrie

EPCI Établissement Public de Coopération Intercommunale

ES Etablissement de Santé

ESAT Etablissement de Service d'Aide par le Travail

ESMS Etablissement et Services Médico-Sociaux

FAP Fondation Abbé Pierre

FAS (ex-FNARS) Fédération des Acteurs de la Solidarité

FSL Fond Solidarité Logement

GCS Groupement de Coopération Sanitaire

GHT Groupement Hospitalier Territorial

HCSP Haut Conseil de Santé Publique

IDE Infirmier Diplômé d'Etat

IES Ingénieur d'Etudes Sanitaires

IGS Ingénieur du Génie Sanitaire

INSEE Institut National de la statistique et des études économiques

IREPS Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

LHI Lutte contre l'Habitat Indigne

LHSS Lit Halte Soins Santé

LMSS Loi de Modernisation du Système de Santé

MAIA Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDS Maison Des Solidarités

MOUS Maitrise d'Œuvre Urbaine et Sociale

MSA Mutualité Sociale Agricole

NA Nouvelle-Aquitaine

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONPES Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

OPAH Opération Programmée de l'Habitat

ORS Observatoire Régional de la Santé

OSPERE-SAMDARRA Observatoire Santé Mentale, Vulnérabilités et Sociétés

PA Personne Âgée

PAERPA Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (programme)

PASS Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PDALHPD Plan Départemental d'Accès au Logement et à l'Hébergement des Personnes Défavorisés

PDLHI Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne

PE Précarité Énergétique

PH Personne en situation de Handicap

PIG Programme d'Intérêt Général

PNS Plan National de Santé

PN(R)SE Plan National (Régional) Santé Environnement

PPPI Part du Parc Privé Potentiellement Indigne

PPS Prévention et Promotion de la Santé

PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les publics démunis

PRS2 2^e génération du Plan Régional de Santé

PSE Pôle Santé Environnement (régional)

PSPSE Pôle Santé Publique et Environnementale (en DD ARS)

PTA Plateforme Territoriale D'Appui

PTSM Projet Territorial de Santé Mentale

RSA Revenu de Solidarité Active

RSD Règlement Sanitaire Départemental

SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU Service d'Aide Médicale Urgente

SAVS Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCHS Service Communal d'Hygiène et de Santé

SD Syndrome de Diogène

SDIS Service Départemental d'Incendie et de Secours

SE Santé Environnement

SIAAD Service Intervention Aide A Domicile

SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SLIME Service Local d'Intervention pour la Maîtrise de l'Énergie

SNS Stratégie Nationale de Santé

SPASAD Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SRS Schéma Régional de Santé

SSIAD Service de Soins Infirmiers Au Domicile

T(G)I Tribunal de (Grande) Instance

TS Travailleur Social

UDAF Union Départementale des Associations Familiales

UNAFAM Union nationale des amis et des
familles de malades psychiques

UNCCAS Union Nationale des Centres
Communaux d'Action Sociale

Glossaire

NB : Les termes explicités dans ce glossaire sont signalés à leur première occurrence par un astérisque () dans le texte*

Centres Communaux/Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS/CIAS) : Héritiers des anciens bureaux de bienfaisance communale, la loi NOTRe, ne les rend désormais obligatoire que pour les communes de plus de 1500 habitants. Les CCAS/CIAS disposent d'une grande autonomie de fonctionnement (avec une partie du budget qui leur est propre) et sont porteurs d'initiatives et partenariats locaux divers.

Décence (habitat/logement) : Qui « ne laisse pas apparaître de risques manifestes pouvant porter atteinte à la sécurité physique ou à la santé des occupants et doté des éléments le rendant conforme à l'usage d'habitation » précisé en termes de normes minimales d'habitabilité, par le décret du 9 mars 2017 (modifiant le décret du 30 janvier 2002), dont le traitement relève du droit privé (procédure civile locataire/bailleur).

Décompensation : Réaction à une situation émotionnelle extrême dans le contexte psychique et/ou à situation sanitaire extrême (canicule, pandémie grippale...) dans le contexte somatique/physiologique. Les conséquences sur le plan psychique et/ou somatique sont d'autant plus sévères que le sujet est fragile/vulnérable psychologiquement et/ou somatiquement).

Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP) : Créées dans les années 2000 avec les PASS suite à la loi relative à la lutte contre l'exclusion de décembre 1998, ces équipes pluridisciplinaires fonctionnent sur des principes similaires aux référentiels des maraudes et

SAMU social [1]. Elles pratiquent les démarches d'« Aller vers » auprès des publics en situations de précarité, en souffrance psychique ou avec des troubles psychiques, sans suivi ou en rupture de soins. Elles interviennent préférentiellement auprès des sans-abris, vivant en squats ou dans les centres d'hébergement et auprès des migrants (cadre d'action précisé dans l'instruction DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23/11/2005).

Incurie : Etymologiquement, l'incurie signifie absence de souci de soi (et/ou d'autrui), signe majeur de perturbation de la santé mentale, retrouvé dans des pathologies psychiatriques bien identifiées (schizophrénie, état mélancolique, démence...) mais aussi dans des états de souffrance psychique et sociale sans diagnostic psychiatrique. A ce titre, il peut être considéré comme un symptôme transversal de la clinique psychosociale (définie comme la prise en compte d'une souffrance psychique qui se déploie sur les lieux du social). L'incurie prend plusieurs formes : elle peut concerner l'hygiène d'une personne, son apparence vestimentaire, les soins médicaux nécessaires à sa santé, l'administration de ses biens et de ses papiers...Mais l'une des formes les plus fréquentes et les plus difficiles à traiter concerne l'habitat du sujet, la façon dont le sujet habite son espace de vie.

Incurie dans l'habitat (cf. situations concernées dans cette étude) : Accumulation excessive d'objets, d'animaux et/ou de déchets et extrême

saleté et perte de fonctionnalité du logement du fait du comportement du ou des occupants, exposant celui-ci (ceux-ci) et le voisinage à des risques sanitaires et sécuritaires avérés selon le CSP.

Habitat Indigne : Notion émergeant en 2001 avec la mise en place du Programme d'Éradication de l'Habitat Indigne et défini juridiquement par la loi MLLE de 2009. Elle recouvre l'ensemble des situations d'habitat qui sont un déni au droit au logement et qui portent atteinte à la dignité humaine : les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage (caves, sous-sols, habitats précaires...), 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 (locaux insalubres, immeubles menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, risque d'exposition au plomb, suroccupation). Le traitement relève du droit administratif (pouvoirs de police du maire/président d'EPCI et/ou préfet).

Gradation (des soins) : Désigne les différents niveaux de spécialisation des soins dispensés à l'usager : 1^e recours (prise en charge ambulatoire de proximité par le médecin généraliste), 2^e recours (spécialistes et chirurgiens), 3^e recours (établissements spécialités).

Handicap (psychique) : Souvent confondu avec la notion de déficience ou de maladie, le handicap désigne les conséquences sociales (c'est-à-dire les limitations d'activités et les restrictions de participation sociale) des troubles. L'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11

février 2005 définit un handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement 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 ». Les situations de handicap psychique se distinguent souvent des autres situations de handicap, « du fait des caractéristiques multiples des altérations psychiques, de la variabilité des capacités qu'elles génèrent ou encore de l'absence bien souvent de demandes, par des difficultés d'évaluation des besoins et attentes », en particulier dans le processus d'évaluation conduit par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) : Issue du Plan Alzheimer 2018-12, la MAIA dont le nom a été redéfini dans l'art. 77 de la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), est portée par une structure ou une institution existante sur le territoire défini par l'ARS, en lien avec le département concerné. Elle complète le service offert par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour les personnes âgées de 60 ans et plus. La MAIA repose sur trois composantes : la concertation, le guichet intégré et le service de gestion de cas. Ce dernier est mobilisé lors de situations complexes* de patients cumulant des difficultés médicales et sociales.

MonaLisa (dispositif) : démarche exemplaire et collaborative d'intérêt général destinée à lutter contre l'isolement des personnes âgées, née de

la réflexion lancée en 2012 par Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie autour de l'isolement des personnes âgées et inscrite dans la loi ASV

Part Privé de résidences principales

Potentiellement Indignes (PPPI) : Instrument de pré-repérage, la méthodologie utilisée pour déterminer le PPPI d'un territoire est basée sur l'hypothèse qu'un logement a d'autant plus de chances de ne pas avoir été profondément amélioré, et d'avoir un classement cadastral initial toujours valable, qu'il est occupé par un ménage à revenus modestes. Sont donc considérés comme « potentiellement indignes » les logements du parc privé des catégories 8, 7 et 6 dont on sait qu'initialement ils étaient de qualité très vétustes (voire délabrés) et qui, à la date d'établissement du fichier Filocom traité, étaient occupés par des ménages à bas revenus.

Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI) :

Les PDLHI, instaurés par la Loi MLLE du 25 mars 2009, en tant que volets des Plan Départementaux pour l'Accès au Logement et à l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) visent à faciliter, développer et coordonner le travail en réseau et en partenariat de l'ensemble des acteurs de la lutte contre l'habitat indigne d'un département. Ils regroupent les différents acteurs intervenant autour des questions du logement, de la salubrité, des aides sociales et juridiques (Conseil Départemental ou CD, DD ARS, les Services Communaux d'Hygiène et de Santé ou SCHS de communes/EPCI, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (Protection des Populations) ou DDCS(PP), la Direction Départementale des Territoires (et de

la Mer) ou DDT(M), l'Agence Nationale de l'Habitat ou ANAH, la Caisse d'Allocations Familiales ou CAF, la Mutuelle Sociale Agricole ou MSA, les bailleurs, l'Agence Départementale d'Information sur le Logement ou ADIL, le sous-préfet référent LHI, le Procureur, le Parquet...).

Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) :

Dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé (en particulier complexes) introduit par l'article 74 de la LMSS, visant à apporter un soutien aux professionnels pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie. Outre la prévention des hospitalisations évitables et des ruptures de parcours, il s'agit d'apporter un appui au médecin traitant et ses partenaires afin de mieux évaluer les patients en situations complexes et d'assurer une meilleure continuité et coordination des parcours de santé. Facilitant la mise en réseau des équipes pluriprofessionnelles mobiles de proximité, la PTA permet une connaissance fine de l'ensemble des acteurs de santé, médico-sociaux (en particulier les médecins traitants qui doivent être intégrés à la prise en charge) et équipes mobiles de santé mentale et psychiatrie sur un territoire. Elle dispose de l'ensemble des moyens, méthodes et d'outils nécessaires à la mise en réseau et en concertation des acteurs proximité autour des situations individuelles complexes.

« **Porteur de panier** » : Terme utilisé par le Dr Jean-Claude Monfort, médecin psychiatre, spécialisé en psychogériatrie et sur le syndrome de Diogène, pour désigner l'aide extérieure (alimentaire) présente dans deux tiers des situations d'incurie dans l'habitat qu'il

aurait observées où l'occupant vivait reclus sans jamais sortir de son logement.

Précarité (personne précaire) : La définition utilisée dans cette étude est celle plus large proposée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 1998 dans son rapport intitulé « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* » : La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Elle est encore estimée par le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé), établi à partir d'un questionnaire initial de 42 questions portant sur l'ensemble des dimensions pouvant avoir un impact sur sa santé des individus : conditions matérielles et évènements graves de l'enfance, niveau d'études, situation professionnelle, logement, santé perçue...

Réseau de santé : Institué par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé afin d'assurer une meilleure coordination des parcours de santé. C'est aussi cette loi qui confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours, de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) : Correspondant à l'ancien bureau municipal d'hygiène, institué par la loi du 15

février 1902 relative à la protection de la santé publique, qui les rendait obligatoire dans les communes de plus de 20 000 habitants jusqu'au 1er janvier 1984. Régis par les articles L.1422-1 et L.1422-2 du CSP, les SCHS ont conservé les compétences de l'Etat relatives au contrôle administratif et technique des règles d'hygiène (police spéciale du Préfet), et reçoivent à ce titre la dotation générale de décentralisation (DGD), suite à la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Les SCHS relèvent de la compétence des communes ou, le cas échéant, des groupements de communes, sous l'autorité du maire ou du président de l'EPCI.

Services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) : Plateforme unique départementale de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile, risquant de l'être ou mal logée instituée par la loi ALUR (art.30). Elle vise à améliorer l'orientation et la prise en charge des personnes sans abri ou risquant de l'être. Le SIAO gère le «115 » et assure 7 missions (listées à l'article L345-2-4 du CASF) dont, celles visant à fluidiser le parcours résidentiel des personnes jusqu'à leur stabilisation, tout en assurant une veille sociale et médico-sociale. D'après la circulaire du 17 décembre 2015 venant préciser la mise en œuvre du SIAO, la personne morale porteuse peut revêtir toute forme juridique (associations, groupements de coopération...)

Situations complexes (relevant des missions des PTA) : Définis comme susceptibles d'accentuer ou de provoquer des ruptures dans le parcours de soins et relevant de la mission 2 de la PTA. Ces situations se caractérisent par la présence d'au moins un des trois critères suivants : 1) intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux autour du patient (article 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016), 2) complexité médicale : association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD, sévérité des pathologies, maladie rare pouvant entraîner une errance diagnostique et médicale, association d'une pathologie et d'un handicap, problématique de santé mentale, équilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique... ; 3) complexité psycho-sociale : faible recours aux soins/absence de médecin traitant, isolement ou vulnérabilité sociale (problèmes financiers, problème d'accès aux droits, logement inadapté, chômage, situation de maltraitance, épuisement des aidants...), difficultés relationnelles, pratiques de santé inadaptées (non observance, conduite à risque...), handicap, intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance...

Soins sans consentement : Les soins sans consentement, dont ceux nécessitant une hospitalisation sont une exception du CSP qui pose comme principe le consentement aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux. C'est le préjudice au patient par l'absence de soins qui est invoqué lors du recours à des soins sans consentement selon trois modes d'admission : soins psychiatriques

à la demande d'un tiers (SPDT), soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPPI), soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)).

Syllogomanie : La syllogomanie (désignée « hoarding disorder » dans la littérature anglophone), reconnue dans le DSM-5 depuis 2013 (utilisés aux USA, Canada et Australie) vient d'être reconnue en juin 2018 dans la 11^e édition de la Classification Internationale de l'OMS des Maladies psychiques (CIM-11).

Trouble mental : Désignés encore troubles psychiques, psychiatriques ou « troubles mentaux et du comportement » ou encore, d'après le chapitre 6 de la dernière édition de la classification internationale des maladies OMS (CIM-11), de « troubles mentaux (*ex. troubles de l'humeur tels que dépression, bipolarité ou encore schizophrénie et troubles psychotiques apparentés*), comportementaux (*ex. troubles de l'alimentation tels que boulimie, pica, anorexie*) et neurodéveloppementaux (*ex. troubles du spectre autistique*) ». Le terme de maladie mentale est également synonyme mais moins utilisé car faisant moins consensus notamment auprès des associations d'usagers (*ex. UNAFAM*).

Table des illustrations

Liste des Figures

Figure 1 Gradation des désordres sanitaires et sécuritaires du logement et partage des compétences	6
Figure 2 Cartographie des inégalités sociales de santé et tendances départementales en Nouvelle-Aquitaine.....	22

Liste des Tableaux

Tableau 1 Répartition des acteurs contactés par échelle territoriale et structure d'appartenance	5
Tableau 2 Estimation du nombre (et pourcentage) de personnes en situation de mal-logement en France métropolitaine en 2013	10
Tableau 3 Proposition de critères opérationnels à la construction de réseaux d'acteurs ..	42

Introduction

La question du logement ou de l'habitat, par ses caractéristiques physiques et socioéconomiques, est au cœur des politiques nationales de cohésion sociale, de transition énergétique, de santé mentale et d'autonomie.

Si le droit au logement est un droit social initialement inscrit dans la Constitution française de 1946, l'accès à un logement décent, abordable et adapté reste un enjeu majeur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'efficacité des moyens coercitifs et incitatifs engagés jusqu'à présent pour assurer la santé et la sécurité des occupants (Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI), aides à la rénovation de l'habitat et à l'économie d'énergie...) est limitée. En effet, l'articulation entre les moyens mis en œuvre et la prise en compte des facteurs individuels du ménage peut s'avérer difficile. Cette difficulté est la résultante de plusieurs facteurs : un corpus réglementaire et législatif complexe, majoritairement basé sur des critères de salubrité en partie qualitatifs (laissant, de fait, une part de subjectivité dans l'analyse du risque sanitaire) et une intégration incomplète de l'évolution des connaissances sur l'impact de l'habitat sur la santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (*l'habitat pris dans ses dimensions environnementale, sociale et communautaire*). En particulier, les mesures appliquées peuvent parfois s'avérer incompatibles avec l'état de santé et de vulnérabilité des occupants voire contre-productive (ex. solution de relogement non adaptée).

En outre, la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) (Article 69) définissant le champ de la politique de santé mentale en France et son organisation territoriale à travers l'élaboration de Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), présente l'accès et le maintien dans le logement comme l'un des piliers de l'intégration des personnes (notamment précaires*) présentant des troubles de santé mentale.

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 [1'] vient aussi conforter la nécessité de renforcer la prévention et de réduire les inégalités de santé, en promouvant d'une part, les milieux de vie favorables à la santé (notamment à travers le renforcement de la LHI) et d'autre part, en assurant l'accès et la continuité du parcours de santé des personnes les plus vulnérables sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'en renforçant la prise en charge des troubles de santé mentale. Un européen sur quatre au cours de sa vie selon l'OMS serait affecté par un trouble de santé mentale [2']. Le risque serait plus élevé pour les populations précaires du fait d'un cumul de difficultés [2].

La SNS préfigure ainsi le besoin d'une meilleure articulation entre les politiques nationales de logement, de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et de santé mentale et leur déclinaison territoriale.

L'opportunité de décloisonnement interne à l'échelle nationale (DGOS/DGS) et régionale en ARS NA (DOS/DSP) a été permise par la génération 2 du PRS et en externe, par la mise en œuvre d'une politique régionale de santé mentale intersectorielle affirmée, visant à assurer une déclinaison territoriale cohérente et équitable à travers l'élaboration des PTSM.

Une meilleure prise en compte des enjeux de santé (mentale) dans la LHI est désormais facilitée par le biais des actions transversales prioritaires du Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2028 [3], récemment approuvé en Nouvelle-Aquitaine, et précisées dans le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) 2018-2028 [4], le Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023 [5] et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023 [6]. Parmi les priorités d'actions énoncées dans le SRS dont les modalités sont précisées dans le PRAPS, figurent notamment celles relatives au logement et à l'hébergement des populations en situation de précarité visant à réduire l'impact de celle-ci sur la santé et en particulier des conditions de logements indignes sur la santé (mentale).

En parallèle, la revue des missions ARS dans le cadre de l'optimisation du fonctionnement de la fonction publique (Comité d'Action Publique 2022 ou CAP 22 [7]) ayant débuté en NA par la filière métier Santé Environnement (SE), la question de l'évolution des missions des acteurs ARS Habitat/Santé est légitimement posée. En particulier, il apparaît que les acteurs ARS en SE n'ont pas les moyens et appuis interne et externe suffisants (*absence de formation sociale et médicale, difficultés de mobilisation des acteurs de la santé mentale...*) pour assurer la mission de Prévention et Promotion de la Santé (PPS) relative à l'identification et à la construction de réseaux d'acteurs pour la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques (instruction DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011).

Une rencontre organisée avec les acteurs Habitat/Santé des 12 Délégations Départementales de l'ARS NA (DD ARS), a permis d'objectiver leurs préoccupations centrées sur la prise en charge des occupants en situations d'incurie dans l'habitat, dont les origines sont souvent liées à des troubles de santé mentale. L'analyse des difficultés de prise en charge de ces occupants et l'identification des leviers mobilisables pour améliorer les modalités d'intervention actuelles en Nouvelle-Aquitaine ont conduit aux réflexions et recommandations formulées dans le présent rapport.

Le présent document se décompose en quatre parties, précisant la problématique, les objectifs et la méthode utilisée (§1), les concepts et éléments de cadrage de la prise en charge des personnes concernées (§2), l'organisation actuelle de la réponse aux situations d'incurie et autres situations médico-psycho-sociales complexes dans l'habitat en Nouvelle-Aquitaine (§3) ainsi que des pistes de recommandations pour une amélioration de la réponse en NA (§4).

1 Problématique, objectifs et méthode

1.1. Problématique

Au regard des difficultés des acteurs Habitat/Santé (en DD ARS et Service Communal d'Hygiène et de Santé ou SCHS*) à identifier et mobiliser les professionnels compétents, en particulier les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie, la problématique a été la suivante : Comment construire des réseaux d'acteurs en vue d'améliorer la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de santé mentale ?

1.2. Objectifs

Cette étude s'est attachée :

- 1/ à comprendre les freins liés à la prise en charge des occupants en situations d'incurie dans l'habitat (législatifs/ règlementaires, politiques, organisationnels, médicaux...)
- 2/ à clarifier les enjeux sanitaires, sociaux/sociétaux liés aux situations d'incurie dans l'habitat et lever certaines ambiguïtés dans la désignation des troubles des occupants utilisée en France et à l'international
- 3/ à analyser les modalités de construction, de fonctionnement... de réseaux d'acteurs dédiés assurant une prise en charge coordonnée et sur la durée des situations d'incurie dans l'habitat et identifier les conditions de leur transposition à d'autres territoires
- 4/ à identifier les leviers pertinents (dispositifs, outils, initiatives locales, acteurs) qui pourraient être mobilisés aux échelles régionale et locale en Nouvelle-Aquitaine afin d'améliorer équitablement la prise en charge des occupants

Par ailleurs, les aspects suivants ont été clarifiés :

- La fréquence de signalements des situations d'incurie dans l'habitat et les modes d'intervention auprès des occupants en situations de l'incurie dans l'habitat en Nouvelle-Aquitaine (à partir des données de signalements et des retours d'expérience des acteurs des 12 départements) et les structures/acteurs à mobiliser.
- Des recommandations d'actions pour mobiliser et outiller les acteurs susceptibles d'être compétents pour une prise en charge adaptée des situations d'incurie dans l'habitat en Nouvelle-Aquitaine et une meilleure prise en compte de la santé (mentale) des occupants en situation d'habitat dégradé.

L'objectif final était de fournir aux acteurs de la LHI des éléments actualisés de connaissances et d'approches intersectorielles concernant la prise en charge des troubles de santé mentale en lien avec l'habitat/le logement, des clefs de lecture par rapport à l'organisation territoriale des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pertinents sur le territoire néo-aquitain ainsi que les leviers mobilisables permettant une meilleure articulation avec la LHI.

1.3. Méthode

L'étude s'est étalée sur une période de quatre mois (de juin à octobre 2018) et s'est déroulée en deux phases menées en parallèle :

Phase 1 : Etat des lieux des connaissances et approches de prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de santé mentale ; analyse des leviers et freins à la construction de réseau d'acteurs existants pour la prise en charge de ces occupants et analyse comparative des caractéristiques des réseaux existants

Phase 2 : Analyse des besoins et attentes des acteurs de la LHI concernant la prise en charge de troubles apparentés de santé mentale des occupants sur le territoire de la NA, identification des organisations territoriales/structures/dispositifs-outils/acteurs associés aux champs de la LHI, de la précarité et de la santé mentale de l'échelle nationale à territoriale, identification des initiatives locales et leviers mobilisables par département/territoire néo-aquitain pour optimiser la construction de réseaux d'acteurs.

La méthodologie employée, les structures/acteurs recensés et interrogés, les objectifs du recueil d'information ainsi que l'analyse et la synthèse des résultats sont détaillés dans les Annexes 3 et 4.

Trois méthodologies ont été utilisées afin de mener l'étude : **1/** Analyse de la bibliographie scientifique, institutionnelle et associative, des diagnostics/plans/bilans/cartographies existants, demande d'information/de données spécifiques, des bases de données statistiques **2/** Recensement et mode de sélection des acteurs, préparation de guides d'entretien/questionnaires, conduite d'entretiens individuels et de réunions de travail/restitution avec les acteurs identifiés **3/** Analyse et/ou synthèse des entretiens, réunions, échanges, données.

Parmi les **305** acteurs/structures identifiés, 112 ont été sélectionnés pour être contactés dont **74** ont pu être interrogés (Tableau 1). **Trois questionnaires/guide d'entretien** destinés aux acteurs Habitat/Santé en DD ARS de la NA, aux SCHS de la NA et aux acteurs Habitat/Santé/opérateurs des DD ARS extrarégionales ayant mis en place des réseaux d'acteurs dédiés, ont été élaborés (Annexe 5). **Deux trames d'emails** destinés aux référents Santé Mentale des DD ARS de la NA et aux Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP) ont encore été élaborés à cette fin tandis que les autres auteurs interrogés ont fait l'objet d'emails et d'échanges spécifiques (Annexes 4 et 5). L'analyse comparative des retours des acteurs Habitat/Santé et des EMPP est présentée sous forme de tableaux en Annexes 7.1, 9.3, 9.4 et 9.7.

L'organisation d'une rencontre à Angoulême un mois après le démarrage de l'étude, en présence/audience des acteurs Habitat/Santé de 11 DD ARS sur 12, a permis de cadrer l'étude en fonction de leur besoin. Un extrait du compte-rendu de la réunion évoquant les points clefs et autres aspects à porter en interne et externe est présenté en Annexe 6.

Tableau 1 Répartition des acteurs contactés par échelle territoriale et structure d'appartenance

Typologies des structures d'appartenance des acteurs contactés		Répartition des acteurs par échelle territoriale :				TOTAL
		Nationale	Régionale	(Infra-) départementale	Extra-régionale	
Institutions	Etudes & Recherche (observatoires, experts d'établissements de santé, agences nationaux/régionales...): <i>UNCCAS, OSPERE-SAMDARRA, FAS (FNARS), ORS NA, IREPS NA, CREAL d'Aquitaine, FAP NA, CH Esquirol</i>	3	4	1		8
	Etat/Ministère santé ou ARS : <i>DGS, ARS NA: DSP/DOSA/DSPS, DD ARS NA</i> <i>volets habitat indigne-précarité/santé -santé mentale: offres et parcours de soins -prévention et promotion de la santé</i>	1	5	32	6	44
	Etat/DREAL ; DDT (24) volet habitat indigne		1	1		2
	Etat/DRDJSCS-DDCS (86) volet social/logement		1	1		2
	Collectivités/Conseil départemental Pole logement/Prestations PA/PH; MDS (86) <i>volet logement/accompagnement médico-social</i>			3		3
	Collectivités/communes-intercommunalités <i>(volet social (médico-social) /logement: CCAS; volet habitat/santé: SCHS)</i>			18	1	19
Opérateurs	Structures/services volets social (médico-social)/logement/habitat <i>URHLM, CLCV Aquitaine/Poitou-Charentes; SIAO, associations (86, 33)</i>		3	4	4	11
	Structures/services volets médico-social/social/sanitaire <i>CLIC/MAIA (33, 79); GCS (86)</i>			4		4
	Etablissements de santé volet ambulatoire santé mentale et/ou précarité <i>EMPP; CMP (86)</i>			17		17
	Réseaux de coordination <i>CLSM (19) réseau RESPECT (40)</i>			2		2
TOTAL		4	14	83	11	112

2 Concepts et éléments de cadrage de la prise en charge des occupants

2.1. Concepts clés et difficultés

2.1.1 L'habitat indigne

La Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI) constitue un enjeu fondamental en matière de santé publique, réaffirmé par la SNS. Depuis la loi du 19 février 1902 relative à la protection de la santé publique, renforcée par le décret du 5 octobre 1953 rendant le Règlement Sanitaire Départemental (RSD) obligatoire, l'enjeu de santé publique cantonné à l'insalubrité évolue vers la notion d'habitat indigne*. Cette notion vise à dépasser la seule logique sanitaire de l'insalubrité et englober une dimension plus large prenant davantage en compte les occupants, leur relation avec leur logement et son environnement (voisinage, quartiers...). Cette approche nécessite pour les réseaux d'acteurs la recherche de solutions architecturales, financières et techniques pour agir sur le bâti en intégrant les problématiques sociales voire de santé auxquelles sont confrontés les occupants. Or la réglementation et les réseaux d'acteurs LHI actuels peinent à apporter des réponses à ces enjeux individuels [3].

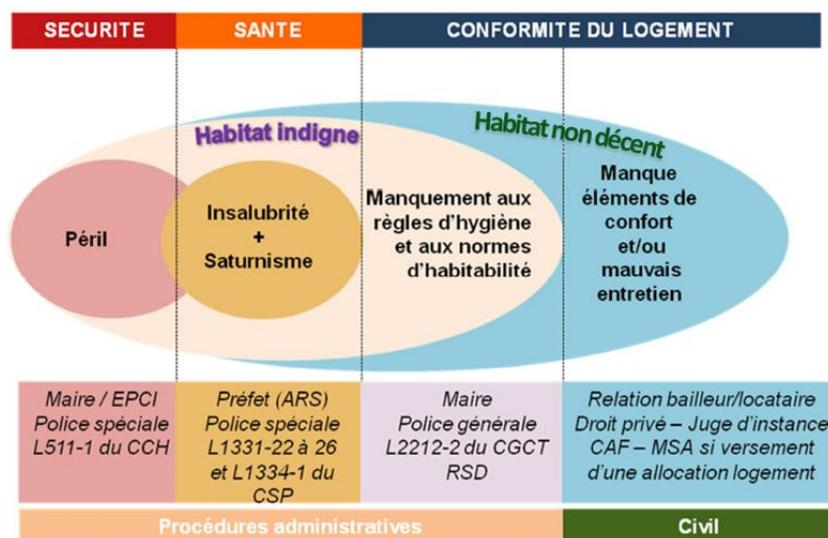
].

L'habitat indigne concerne encore environ 420 000 logements (soit ~1 million d'habitants) en France métropolitaine, impactant les ménages (propriétaires ou locataires) les plus précaires et renforçant les inégalités sociales et environnementales de santé. L'habitat indigne concerne en France métropolitaine dont 143 042 logements en NA (2013).

Pourtant, les politiques publiques de résorption de l'habitat dégradé n'ont cessé de se renforcer, en lien avec les politiques du logement et de cohésion sociale et leurs évolutions législatives et règlementaires (Annexe 1).

2.1.1.1 **Le maire et le préfet au centre de procédures juridique et technique complexes**

La LHI s'inscrit dans un ensemble juridique et technique complexe (code général des collectivités territoriales ou CGCT, code de la santé publique ou CSP, code de la construction et de l'habitation ou CCH, RSD). Ce corpus relève de compétences partagées entre le maire, le président de l'Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) et/ou le préfet de département. Il englobe les procédures relatives à l'habitat non décent* (droit privé) et à l'habitat indigne* (droit administratif). Les procédures administratives sont du ressort des pouvoirs de police générale du maire (infractions au RSD), de police spéciale du maire/président de l'EPCI (péril) ou de police spéciale du préfet de département (insalubrité, saturnisme, danger sanitaire imminent) (Figure 1 et Annexe 2).



(Adaptée de la Fiche Partenaires pour un habitat sain, ARS Auvergne Rhône-Alpes, 07/2017)

Figure 1 Gradation des désordres sanitaires et sécuritaires du logement et partage des compétences

Ces pouvoirs de décision partagés entre le préfet (insalubrité, saturnisme, danger imminent...) et le maire (ou le président des EPCI) agissant au nom de l'Etat (police des équipements communs des immeubles collectifs d'habitation) ou agissant au nom de la commune (infractions aux RSD, péril), peuvent mettre à mal la lisibilité et la portée de l'action publique. La loi Evolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique (ELAN) nouvellement adoptée, vise notamment à répondre à ces limites en facilitant l'émergence d'un acteur unique, l'EPCI.

2.1.1.2 **Acteurs, dispositifs et outils à différentes échelles territoriales**

A l'échelon national, le Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne (PNLHI), intégré à la Délégation interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) anime l'action LHI en partenariat avec les Ministères du Logement (DGALN/DHUP), de la Santé, de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et de la Justice.

A l'échelon régional, les acteurs institutionnels de la LHI regroupent la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) pour l'entrée logement, l'ARS pour l'entrée sanitaire et la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) pour l'entrée sociale.

A l'échelon départemental, la LHI s'organise via les Pôles Départementaux de la Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI)*, inscrits dans le cadre des Plans Départementaux d'Accès au Logement et à l'Hébergement Des Personnes Défavorisées (PDALHPD). Les situations rencontrées souvent complexes de par leur caractère multi-dimensionnel (technique, sociale, humaine, juridique), nécessitent la coordination de nombreux acteurs de proximité (collectivités, associations...) pour une évolution favorable. La prise en compte opérationnelle de la LHI tend donc à être coordonnée au niveau local, avec les dispositifs ou outils volontaristes d'aménagement du territoire, d'urbanisme et de l'habitat (ex. Plan Local de l'Habitat ou PLH, Plan Local d'Urbanisme intercommunal ou PLUi ; opérations de requalification urbaine...) et incitatifs (subventions de l'ANAH et de l'Agence Nationale de Renouvellement Urbain ou ANRU, Plan d'Action Cœur de Ville...) à la rénovation de l'habitat, à la lutte contre la précarité énergétique dans le logement etc. et/ou l'octroi d'aides financières aux paiements de l'énergie par les ménages (Chèque Energie, Fonds de Solidarité Logement ou FSL...).

En outre, des actions spécifiques de sensibilisation des populations, élus, professionnels (notamment amenés à intervenir au domicile) etc., aux repérage, traitement et conséquences de l'habitat indigne sur la santé (risques liés à l'exposition au plomb, à la mauvaise qualité de l'air intérieur...), d'accompagnement des occupants confrontés à des situations complexes etc., planifiées dans les PDALHPD et relayées par les PDLHI ou encore initiées par les collectivités dans le cadre des Contrats de Ville, des Contrats Locaux de Santé (CLS) ou d'initiatives locales de santé (Atelier Ville Santé ou AVS, Agenda 21...) s'avèrent constituer des leviers pertinents pour rendre plus efficiente la LHI par rapport aux enjeux de santé.

2.1.1.3 **La protection des occupants**

De nombreuses limites aux dispositifs rendent un grand nombre de ménages modestes à précaires, « captifs » d'un marché locatif tendu en zones urbaines et de logements dégradés dont ils sont propriétaires sans avoir les moyens financiers de les réhabiliter.

Si l'objectif est bien de protéger la santé et la sécurité des occupants quel que soit leur statut (locataires ou propriétaires), les mesures « protectrices » envers ceux-ci, codifiées au CCH, s'avèrent en outre, limitées à des droits étendus pour les occupants (relogement, suspension du bail...) mais encore, certaines procédures (centrées uniquement sur les désordres du bâti et de l'environnement) ne le permettent pas et nécessiteront une vigilance toute particulière des pouvoirs publics vis-à-vis de leur devenir.

La procédure de traitement en urgence d'un danger sanitaire ponctuel imminent (Art L1311-4 du CSP) notamment recommandée par le PNLHI lors d'une accumulation extrême de déchets du fait de l'occupant (en situation d'incurie dans l'habitat) permet d'intervenir en « urgence » (24-48 h) pour éliminer les risques sanitaires mais ne prévoit pas l'accompagnement médico-psycho-social nécessaire des occupants dont l'état de santé (physique et psychique) est fragile.

Dans certaines situations, les mesures relatives à la protection des majeurs vulnérables (loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs) devront être mobilisées. De la même façon, lorsque la présence de troubles mentaux chez l'occupant ne lui permet pas de consentir aux soins et nécessite des soins immédiats pour protéger son intégrité et/ou la sûreté des personnes ou, encore, l'ordre public, le recours à une mesure d'hospitalisation sous contrainte (de soins sans consentement*) devra être considérée. L'accompagnement technique, social, financier, juridique mais encore médico-social des propriétaires occupants, locataires et des propriétaires bailleurs, parfois très démunis face à la situation de leurs locataires ou à l'inverse dans une situation de rejet complet et d'incompréhension, sera donc souvent essentiel en parallèle des mesures coercitives et incitatives. De manière générale, le traitement des situations d'habitat (rendu) indigne nécessitera donc de construire des stratégies différenciées en fonction des statuts, des logiques des propriétaires ou locataires concernés et des situations de blocage et de vulnérabilités (handicap, troubles somatiques et psychiques...) rencontrées [4].

2.1.2 La santé mentale

Il existe désormais un consensus selon lequel la santé mentale d'une population fait non seulement partie intégrante de sa santé globale, mais participe aussi à son développement économique, social et humain. La santé mentale telle que définie par l'OMS constitue « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (au-delà de l'absence de troubles mentaux).

Dans sa dimension positive, le concept de santé mentale s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel et le bien-être collectif. La souffrance psychique (douleur ressentie), souvent associée, aux conséquences de situations de précarité et d'exclusion, désigne l'articulation du psychique, du somatique, et du social.

Elle peut correspondre, selon son degré d'intensité et la possibilité de poser un diagnostic, à une détresse psychologique (réactionnelle) de la personne (pouvant intervenir lors de situations éprouvantes ex. deuil, difficultés existentielles) jusqu'à évoluer vers un trouble mental* sévère et chronique, facteurs de risque de désinsertion sociale.

L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Au 3^e rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux seraient responsables de 10% du fardeau global des maladies. Les coûts socio-économiques et humains seraient considérables pour la société. Ils représentent également la 2^e cause de handicap* dans le monde. Ainsi, un demandeur de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) sur quatre en France souffre d'un trouble mental, également responsable de 27% des entrées en régime d'invalidité (notamment du fait de dépression). Parmi les personnes vulnérables, 44% des majeurs protégés, sont en situation de handicap psychique [5]. Par ailleurs, une personne peut être reconnue en situation de handicap psychique sans pour autant souffrir d'une pathologie mentale avérée ou suivre un traitement psychiatrique.

2.1.3 Des liens probants mais complexes entre habitat indigne et santé (mentale)

Si les liens entre précarité et santé mentale, habitat indigne et précarité ont été relativement bien étudiés et pris en compte par les politiques publiques en France, les liens entre habitat indigne (et plus généralement l'accès et le maintien dans le logement) et santé (mentale) et les connaissances sur les mécanismes complexes régissant l'interaction entre trois dimensions restent insuffisants.

2.1.3.1 Des connaissances à renforcer

L'habitat, dans sa dimension technique, est un déterminant clé de santé dont les conditions dégradées peuvent porter atteinte ou aggraver la santé physique et mentale et la sécurité des occupants (en particulier les plus vulnérables dont les enfants) [6-10].

Les déterminants de la santé mentale associés au logement concerneraient : la suroccupation, le bruit, les défauts structurels et de confort du logement associés à la sensation de froid, à l'humidité, à la présence de nuisibles, à la qualité de l'air intérieur et aux nuisances olfactives ou encore au défaut d'éclairage [11].

Par ailleurs, les dimensions collectives de vie (ex. densité de population, contexte social, perception) et urbanistique (ex. mixité fonctionnelle, environnement naturel) de l'habitat influent sur les comportements et l'état de santé (mentale) au même titre que la dimension purement technique de l'habitat (ex. [12-15]).

A l'inverse, la dégradation de l'état de santé mentale d'une personne peut aussi agir directement sur sa manière d'habiter ainsi que celle d'entretenir son logement [16] pouvant mener à des situations d'incurie dans l'habitat [17-19], présentant des risques avérés pour la santé et la sécurité de l'occupant ou celle de l'entourage.

Si les troubles de santé mentale peuvent avoir des répercussions dommageables sur l'ensemble des conditions de vie (socio-économique, familiale...), les conséquences sur l'accès et le maintien dans un logement décent seraient tout aussi importantes renforçant leurs difficultés (accès limité par la stigmatisation face à leurs troubles les contraignant à occuper des logements dégradés (indignes), risque d'expulsion du fait de problèmes de voisinage et de grave incurie dans l'habitat les conduisant à vivre à la rue, à des hospitalisations inadaptées...) [20].

Malgré le manque de compréhension des mécanismes sous-jacents, les problématiques d'habitat indigne ou d'accès et de maintien dans le logement, de précarité et de santé (mentale) s'entremêlent et mettent à mal la fluidité des parcours résidentiels, de santé et de vie des populations les plus vulnérables. Davantage d'études qualitatives et quantitatives s'avèreraient nécessaires pour mieux caractériser les différents mécanismes en cause. Par ailleurs, les efforts de décloisonnement des politiques publiques de la lutte contre l'habitat indigne et la précarité énergétique, de l'accès au logement et à l'hébergement, de la lutte contre l'exclusion et de la santé mentale apparaissent encore insuffisants et les leviers réglementaires non adaptés, pour mieux répondre aux problématiques médico-psycho-sociales des occupants fragilisés dans leurs parcours résidentiels.

2.1.3.2 *Un problème méconnu et sous-évalué*

Alors que les personnes sans logement personnel (sans-abris ou en hébergement) font l'objet de programmes de santé prioritaires pour les enjeux sociaux et sanitaires qui ne sauraient être remis en cause [21], cette population reste néanmoins largement minoritaire par rapport à celle occupant des logements autonomes présentant des défauts de confort ou sur-occupés, dont les risques sanitaires et sociaux, évoqués précédemment, seraient tout aussi prégnants (Tableau 2).

Tableau 2 Estimation du nombre (et pourcentage) de personnes en situation de mal-logement en France métropolitaine en 2013

Statuts d'occupation en France métropolitaine <i>Données de l'Enquête Nationale Logement 2013 [22]</i>	Nombre De personnes	Pourcentage (%) de la Population totale
Sans logement personnel (sans abris ou en hébergement)	112 300	0,17
En logement présentant des défauts de confort*,	2 100 000	3,3
<i>Dont moins de 18 ans</i>	586 400	0,9
En logement sur-occupés,	896 600	1,4
<i>Dont moins de 18 ans</i>	341 400	0,5

* assimilables réglementairement à des critères de non-décence, de manquements aux RSD, de péril, ou d'insalubrité (cf. Annexe 2)

Si l'élévation des standards de confort a bénéficié à l'ensemble de la population y compris aux ménages à bas revenus, ceux-ci vivent plus souvent que les autres dans un logement présentant des défauts structurels, un bâti défectueux ou des installations dégradées : 34,4 % sont dans cette situation contre 24,5 % parmi les ménages aux ressources modestes et 19,5 % parmi les plus aisés [23].

Les quelques études (qualitatives) sur l'état de santé des occupants d'habitats indignes ou dégradés (ex. [7 ; 24-26]) ainsi que les retours de professionnels de l'hébergement et du logement social y compris en NA, témoignent des difficultés médico-psycho-sociales auxquelles sont confrontés les ménages. En outre, aucune estimation du nombre de personnes vivant dans un habitat dégradé et souffrant de problèmes de santé mentale ne semble avoir été réalisée en France, contrairement au Canada par exemple (*La commission de santé du Canada estimait en 2013 à 520 700, le nombre de personnes mal logées ayant un problème de santé mentale, soit près de 1,5% de sa population*). En outre, les études interventionnelles, majoritairement internationales, sur l'impact de la réhabilitation des logements dégradés (thermiquement inefficaces) tendent à montrer une amélioration durable de l'état de santé et du bien-être des occupants (ex. [27-29]), ainsi qu'une réduction des dépenses de santé [30-32].

2.1.3.3 ***Un thème particulièrement sensible : l'incurie dans l'habitat***

2.1.3.3.1 *Un symptôme complexe sans définition consensus et opérationnelle*

L'incurie dans le logement/l'habitat est définie par la DIHAL en tant qu'« occupation inadéquate du logement avec une accumulation de déchets ou d'objets, et parfois la présence en très grand nombre d'animaux » [33]. La DIHAL considère l'incurie dans l'habitat comme le **syndrome d'une situation de handicap psychique**. La divergence actuelle de définitions utilisées par les professionnels de santé mentale et de la psychiatrie concernant les occupants en situation d'incurie dans l'habitat comme relevant ou non de caractéristiques d'un Syndrome de Diogène (SD) (terme le plus utilisé en France et compréhensible par le corps médical) reflète le manque de consensus médical sur ce syndrome et la diversité des tableaux cliniques. Il est utile de rappeler que la définition du SD a non seulement évolué au cours des études selon les observations des auteurs, que d'autres ont décrits des manifestations similaires en utilisant d'autres appellations davantage centrées sur l'habitat (insalubrité morbide, « domestic squalor », « self-neglect in housing ») mais aussi le peu d'études épidémiologiques possibles (majoritairement des études et séries de cas) concernant les occupants en situation d'incurie dans l'habitat (Annexe 8).

La recherche de pathologies sous-jacentes (troubles psychiques/cognitifs, addictions...) a conduit à distinguer le SD dit primaire (absence de troubles diagnostiqués) et secondaire (présence de troubles psychiques/somatiques).

La plupart des personnes en situation d'incurie dans l'habitat (au moins dans 50% des cas) décrites seraient en effet atteintes de troubles psychiques (ex. psychoses, troubles dépressifs) en particulier chez les sujets jeunes ou neurocognitifs (ex. démence en particulier fronto-temporale) chez les sujets plus âgés [34-35]. Ces situations pourraient également être (co-)attribuées au trouble de l'usage de l'alcool (TUA), à des troubles somatiques et/ou des événements traumatiques dans l'enfance ou récents, en l'absence de troubles diagnostiqués (Annexe 8).

Outre la **situation paradoxale de non-demande, de refus d'aide** (avec l'absence de honte et une attitude de déni) et souvent, de négligence corporelle décrite par le Dr Monfort en France [36], deux éléments essentiels caractériseraient les sujets présentant un SD primaire et les plus complexes à prendre en charge: l'incurie de l'habitat (domestique) ou « domestic squalor » et le « collectionnisme pathologique » encore désignée « accumulation active » ou « hoarding disorder » ou syllogomanie* [19].

La reconnaissance de la syllogomanie* en tant que trouble psychique dans la dernière édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM), dite CIM-11 et composante du SD primaire justifierait notamment une prise en charge possible et mieux adaptée des occupants présentant ces caractéristiques par les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie.

2.1.3.3.2 Une prise en charge complexe, aux interstices des dispositifs de droit commun, de l'éthique et de la déontologie

Les occupants en situations d'incurie dans l'habitat ou mal logés cumulant des problématiques médico-psycho-sociales, en non demande et ne recourant pas à leurs droits restent des **populations « invisibles »** de la statistique publique [36]. Par ailleurs, les occupants en situations d'incurie dans l'habitat n'étant pas forcément en difficultés financières et ne présentant pas nécessairement de troubles psychiques/cognitifs diagnosticables, une prise en charge médicale ou sociale n'est pas toujours possible.

Le manque actuel de connaissances médicales et d'approches thérapeutiques satisfaisantes pour aider les occupants présentant un attachement pathologique aux objets (une caractéristique du SD encore appelée syllogomanie*) nécessitent la coordination de différents intervenants et un accompagnement long et spécifique de ces personnes, n'entrant pas dans les pratiques de soins de droit commun habituelles.

Le déni de leur situation et le refus d'aide pose également de nombreux problèmes éthiques, déontologiques, moraux... aux professionnels, confrontés à la nécessité de respecter la vie privée et la liberté individuelle des personnes, et à l'obligation de porter assistance à personne en danger.

2.2. Epidémiologie et enjeux sanitaires et sociaux (focus sur l'incurie dans l'habitat)

Etant donné le peu d'études réalisées et la diversité des profils des occupants, il est difficile d'établir des typologies d'occupants en situations d'incurie dans l'habitat. Néanmoins, des tendances ont été rapportées par les auteurs [19]. Ces tendances concerneraient les occupants présentant les caractéristiques d'un Syndrome de Diogène (SD), dont le comportement et l'état du logement semblent correspondre le mieux aux situations d'incurie dans l'habitat* décrites par les acteurs Habitat/Santé et les plus complexes à accompagner (Annexe 8.2).

2.2.1.1 *Prévalence estimée et socio-démographie*

Si les études se sont majoritairement focalisées sur des sujets âgés de 60 ans et plus, dont la prévalence estimée serait de 0,5 cas par an pour 1000 habitants, des adultes plus jeunes (30 ans et plus) sont également signalés. En France, une prévalence de **1,6 cas pour 10 000 habitants de plus de 50 ans** a été rapportée à Paris [36]. Cependant, la fréquence de ce syndrome est difficile à évaluer car seuls les cas les plus visibles sont signalés.

Par ailleurs, de nombreux professionnels confrontés à ces situations essaient de les résoudre en fonction des réseaux d'acteurs qu'ils connaissent sans qu'une centralisation des signalements ne soit réalisée. En NA, la fréquence moyenne de signalements par département et par an estimée dans cette étude (*uniquement d'après les signalements rapportés par les acteurs Habitat/Santé en DD ARS et SCHS*) serait de 0,24 cas pour 10 000 habitants sans critères d'âge, soit un minimum de 120 cas par an (Annexe 9.3).

Les deux sexes seraient touchés avec une prédominance du sexe féminin. L'origine ethnique et/ou culturelle des occupants ne serait pas en cause. La majorité des personnes vivent seules à domicile, sont célibataires ou veuves et fréquemment isolées, voir recluses chez elles avec la présence d'une aide extérieure (« porteur de panier »*). Seuls 10% des sujets vivent en couple ou avec d'autres membres de leur famille, rarement des enfants [18]. Leur niveau intellectuel et socio-éducatif peut être élevé. Toutes les catégories sociales et professionnelles sont concernées. Certaines personnes peuvent être fonctionnelles dans leur vie, avoir un réseau social et un travail. D'autres auraient peu de relations en dehors du travail. Toutes les typologies de logements (logements individuels ou collectifs des parcs public ou privé) seraient concernées ainsi que l'ensemble des territoires urbains et ruraux et modes d'occupations (locataires ou propriétaires).

2.2.1.2 *Enjeux sanitaires et sociaux*

L'incurie dans l'habitat peut entraîner des risques majeurs pour la santé et la sécurité des occupants, mais également du voisinage, des proches et des intervenants à domicile : professionnels médico-sociaux, inspecteurs, pompiers, policiers, ambulanciers, services d'aide à domicile, spécialistes en nettoyage et décontamination, propriétaires/bailleurs, bénévoles, etc. Les risques (incendies/explosions, allergies, infections, intoxication, prolifération de nuisibles, effondrement de plancher/bâti, dégâts des eaux...) peuvent être à la fois d'origine physique, biologique et chimique [19] (Annexe 8.3).

L'impact sanitaire et social de ces risques sur l'occupant (recours aux services d'urgence médicale ou hospitalisations sans consentement, perte des droits sociaux, endettement...) est amplifié par le faible niveau voire l'abandon de soins mentaux et physiques de l'occupant et pour le voisinage, par sa proximité du logement de l'occupant (habitats collectifs).

Du fait de leur logement malsain, de leur absence parfois totale d'hygiène, de leur non conscience des risques, de leur non recours aux soins et d'une mauvaise alimentation, leurs mortalité et morbidité prématurées seraient plus élevées ainsi que la gravité de leurs pathologies [19]. L'absence de médecin traitant se rendant à domicile surtout en l'absence de demande, les difficultés à trouver du personnel et des financements pour l'accompagnement à domicile constitueraient aujourd'hui des freins majeurs conduisant à attendre l'hospitalisation sous contrainte comme déclencheur possible d'un changement [38].

Par ailleurs, lorsqu'ils sont locataires, du fait des nuisances et risques qu'ils génèrent pour la communauté (olfactives, prolifération de nuisibles, incendies, dégâts des eaux, risques psychosociaux...), les risques d'expulsion seraient plus élevés [39-41]. Ils peuvent ainsi se retrouver sans domicile ou « ballotés » entre organismes publics de logements sociaux, faute de prise en charge adaptée ou encore vivre à la rue du fait de leur logement devenu inhabitable (*faits rapportés par les auteurs interrogés*). En outre, les incendies, prolifération de nuisibles auraient un impact majeur sur les coûts d'intervention des forces publiques [42-43]. Ces situations mettent aussi souvent à l'épreuve les proches, le voisinage tolérant et les professionnels engendrant un risque d'épuisement et d'anxiété face au comportement de ces personnes.

2.3. Les modes de prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat

S'il y a bien une part de normes sociales (hygiène) dans l'attention portée aux situations d'incurie à domicile (*la littérature médicale n'abordant pas ce sujet avant 1960 en lien avec l'hygiène*), il est important de préciser que les situations visées ne relèvent pas de la part de l'occupant, d'un choix de vie alternatif en marge des « normes de propreté » ou concernant l'environnement, d'un lieu encombré ou sale relevant de l'appréciation subjective de ce qu'est « un intérieur bien tenu ». Les caractéristiques des occupants et logements associés aux situations d'incurie dans l'habitat présentent bien un danger avéré pour la santé et sécurité des occupants et celle de l'encourage (Annexe 8.3).

2.3.1 Au niveau international

L'absence de consensus sur la meilleure gestion des personnes en situations d'incurie dans le logement et de recherche interventionnelle menée dans ce domaine afin d'orienter les intervenants vers des prises en charge efficaces, a conduit plusieurs pays (Canada, Grande-Bretagne, Australie...) à conduire des réflexions sur le sujet qui se sont traduites par des guides et/ou plans d'action spécifiques gouvernementaux afin d'améliorer la prise en charge avec des algorithmes d'intervention.

Les recommandations communes qui en émanent sont similaires aux réflexions et actions menées par les acteurs en France et en Nouvelle-Aquitaine : nécessité d'une approche multidisciplinaire basée sur un repérage et une intervention plus précoce, d'un accompagnement sur la durée de l'occupant, d'identifier des équipes support spécialisées et coordinatrices, de développer des outils de diagnostics partagés, d'établir un guichet unique des signalements, de développer des groupes de travail et une approche par gestion de cas, de développer des protocoles d'accord inter-agences, de sensibiliser les intervenants et les occupants.

Face au déni et au refus de l'occupant, une approche transversale d'identification et de gestion des risques doit être menée (évaluation multidimensionnelle prenant en compte l'occupant, le logement et son entourage). Néanmoins, certains pays bénéficient d'éléments politiques et législatifs facilitants la prise en charge intersectorielle et la coopération interagence qui pourraient faire l'objet d'une réflexion en France et en Nouvelle-Aquitaine. Le **Canada**, fait partie des pays précurseurs des approches de santé mentale communautaire et bénéficient de structures locales de services intégrés socio-sanitaires facilitant la coordination entre le secteur sanitaire et social. Parmi les acteurs interrogés en Nouvelle-Aquitaine, certains préconisent également des plateformes locales de services intégrés (sanitaire, social, médico-social, logement). La législation en **Grande-Bretagne et aux Etats-Unis** considère l'incurie dans l'habitat comme une acte de maltraitance et de négligence envers les personnes âgées ou en perte d'autonomie (ex. National Assistance Act 1948 en Grande-Bretagne). Aux Etats-Unis, il s'agirait de la première cause de maltraitance passive des personnes âgées. Le Dr Pau-Montero [44] ayant travaillé sur le syndrome d'auto-négligence (« self-neglect ») des personnes âgées en France évoque un dispositif expérimental **catalan** permettant un dépistage plus précoce des personnes âgées à risque d'autonégligence et n'ayant pas consulté leur médecin depuis plus six mois avec des infirmières « gestionnaires de cas », qui pourrait être transposable en France.

2.3.2 Au niveau français

Face à l'augmentation des signalements de situations d'incurie à domicile en France et en Nouvelle-Aquitaine¹, les acteurs Habitat/Santé en DD ARS et SCHS, sont mobilisés depuis ces dernières années pour établir des partenariats, protocoles et guides afin de sensibiliser les acteurs et aider les occupants en situations d'incurie dans l'habitat à travers une meilleure évaluation et prise en charge de leurs problématiques. Par ailleurs, l'instruction du 26 octobre 2011 relative aux missions des ARS dans le domaine de la SE prévoit que les agents Habitat/Santé soit en capacité d'identifier et construire un réseau d'acteurs en mesure d'assurer la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques.

¹ Ce constat pourrait résulter d'un meilleur repérage du fait d'une plus grande médiatisation du phénomène et/ou d'une meilleure sensibilisation des acteurs ou encore du vieillissement et de la précarisation de la population.

2.3.2.1 *Le guide de la DIHAL et ses limites*

A l'échelle nationale, le seul guide de référence est celui établi en 2013 par le PNLHI de la DIHAL « Agir face aux situations d'incurie dans le logement » [33]. Il reprend des éléments de définitions du Dr Monfort concernant les occupants en situations d'incurie dans le logement et notamment du Syndrome de Diogène (SD) qui ne font aujourd'hui pas consensus parmi les psychiatres et ne tiennent pas compte des derniers travaux publiés (ex. [19]). Par contre, le guide présente les différents acteurs à impliquer, les outils mobilisables pour un accompagnement ainsi que les principes d'un travail collaboratif et grandes étapes d'accompagnement des traitements d'une situation d'incurie. Cependant, ces indications restent générales et ne rendent pas compte des nombreux freins et difficultés à contourner pour une mobilisation des acteurs et la résolution des situations de manière pérenne.

2.3.2.2 *Principales difficultés dans la prise en charge*

2.3.2.2.1 *Le repérage trop tardif*

Du fait de l'« invisibilité » de la situation des occupants émanant des occupants eux-mêmes, en non demande et refus d'aide, ne recevant pas chez eux et cachant leurs conditions de vie à leur famille, amis, travail ou encore, n'ouvrant plus leur porte, leurs courriers, reclus à domicile et isolés socialement, la plupart des situations signalées aux maires, acteurs Habitat/Santé en DD ARS ou SCHS... ont lieu trop tardivement. Les situations ont le plus souvent perdurées depuis longtemps et se sont aggravées nécessitant selon les cas, une prise en charge en urgence ou le recours à une hospitalisation (sous contrainte) en cas de danger vital pour l'occupant.

2.3.2.2.2 *Des acteurs aux obligations et référentiels divergents*

De nombreux acteurs sont confrontés à des occupants en situations d'incurie dans l'habitat/à domicile (bailleurs, voisinage, famille, professionnels du médical, du handicap, des personnes âgées, de la psychiatrie, du social, de l'hygiène et de l'habitat...). Tous n'y associent pas les mêmes critères ou valeurs (perception relative du danger, du degré d'urgence, liberté individuelle d'avoir des comportements à risque...) ou encore responsabilités :

- **L'obligation civique de porter assistance à personne en danger (péril)** qui pèse sur tout citoyen nécessite que ce dernier ait une conscience éclairée du danger. Or, ceci n'est pas forcément le cas étant donné que ce phénomène reste mal connu et qu'aucun parti pris gouvernemental pour un repérage précoce n'a encore émergé à ce sujet, contrairement à d'autres pays.

- **Pour les acteurs Habitat/Santé** (agissant pour le compte du maire et/ou Préfet) habilités à constater les risques sanitaires de l'habitat et responsables de la santé et sécurité des occupants, les situations d'incurie dans l'habitat qui leur sont signalées sont telles, qu'elles nécessitent le plus souvent le recours à une procédure administrative d'urgence pour mettre

fin aux risques sanitaires de l'environnement pour l'occupant, et cela même que la situation existe depuis longtemps. Cette légitimité et obligation d'agir dans l'intérêt de l'occupant à protéger se heurte au refus/déni de celui-ci et à sa possible mise en danger en cas de décompensation*.

- **Pour les bailleurs sociaux**, l'obligation contractuelle de garantir la jouissance paisible de la chose louée à leurs locataires engage leur responsabilité en cas de troubles excessifs de voisinage. Cette obligation se heurte à leur mission sociale d'assurer l'accès et le maintien dans le logement des populations les plus fragiles, dont relèvent les occupants en situations d'incurie dans le logement.

- **Pour les travailleurs sociaux, médico-sociaux et mandataires judiciaires**, le consentement de la personne doit être respecté mais ils doivent aussi agir dans leur meilleur intérêt. Les actions de sensibilisation auprès des professionnels, relatives aux risques auxquels s'exposent les occupants en situations d'incurie dans l'habitat peut leur permettre d'ajuster leur accompagnement.

- **Pour les professionnels de santé mentale et de la psychiatrie**, la nécessité d'une demande de la personne s'imposerait pour qu'il puisse agir. Or, le paradoxe évoqué par le Dr Furtos, et bien connu des équipes spécialisées dans les approches d'« Aller vers » (EMPP/PASS), ne devrait pas être occulté par les professionnels (« plus une personne va mal psychologiquement et moins elle est en capacité de formuler une demande d'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique ») [45].

- **Pour les professionnels de santé**, le recueil du consentement « libre et éclairé » du patient, dans le respect de sa dignité et de son autonomie de décision, consacré dans de nombreux textes (Code Civil, CSP, code de déontologie médicale, charte du patient hospitalisé) est une condition nécessaire au soin. Le respect de la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix prévaut. La jurisprudence admet néanmoins que la responsabilité du praticien qui a agi malgré le refus du patient ne pourrait être engagée au motif que l'acte était indispensable à la survie et proportionné à l'état du patient². Deux cas prévus par la loi l'autorise par ailleurs à agir sans le consentement du patient : en cas d'urgence, d'impossibilité ou d'incapacité/inaptitude. A l'heure actuelle, aucune définition ne permet de savoir ce qu'il faut entendre par « urgence ». Par conséquent, l'appréciation de l'urgence reste propre à chaque professionnel de santé. La notion d'incapacité/inaptitude³ de l'occupant permettant d'intervenir sans son accord, reste également difficile à évaluer.

2 http://www.information-juridique.com/droit-sante/droit-faire-face-refus_59.htm#.XAsr7uJ7nIU

3 En absence de dangers avérés pour l'occupant et la communauté, la question porte souvent sur le caractère lucide de ce choix de vie, mettant au premier plan les professionnels de santé mentale, qui seraient à même de faire la distinction entre ce qui relève du choix de vie et de la réaction pathologique [19]

2.3.2.2.3 Des prises en charge morcelées

Les origines complexes souvent intriquées d'ordre somatique, psychique, social des occupants en situations d'incurie à domicile nécessite une évaluation multidimensionnelle de la situation (occupant, logement, voisinage) faisant souvent défaut par méconnaissance et/ou non coopération des professionnels, par l'absence d'outils d'évaluation appropriée et de consensus médical sur ce sujet. Par ailleurs, le cloisonnement institutionnel entre les secteurs social, médico-social, sanitaire et du logement, constitue un frein à la prise en charge intégrée. Le morcellement de la prise en charge et les interventions faites souvent dans l'urgence, sans aucune concertation, contribueraient à rendre les actions inefficaces (répétition de la situation) voire même dramatiques pour la personne lorsque les professionnels n'interviennent que pour un aspect des besoins [38].

2.3.2.3 **Les « dispositifs » de prise en charge intersectorielle**

Les prises en charge intersectorielles concernant les occupants en situations d'incurie dans l'habitat restent encore peu développées. Par ailleurs, les retours d'expérience, le fonctionnement et l'efficacité de ces dispositifs ne sont pas connues ne permettant pas d'évaluer leur transposition à d'autres territoires. Parmi ces dispositifs/réseaux d'acteurs, ceux émanant des acteurs Habitat/Santé (DD ARS et SCHS) et des bailleurs ont pu être recensés.

2.3.2.3.1 Deux « modèles » de dispositifs émanant des acteurs Habitat/Santé (DD ARS et SCHS)

Deux logiques d'organisation se distinguent parmi les dispositifs analysés dans cette étude (voir §4.1.2) et d'autres mis en place en France de manière *ad hoc* à l'échelle d'un département, d'une EPCI ou commune :

- Celle reposant sur une **équipe pluridisciplinaire** (à minima binôme ex. travailleur social, infirmière expérimentée en santé mentale ou psychologue) ou **médiateur** (ex. infirmière expérimentée en santé mentale et psychiatrie) **mobiles**⁴ dépendant notamment d'associations existantes sur le territoire (*exemples de la Savoie, du Rhône et de la Lozère*)
- Celle reposant sur un **partenariat** (formel ou informel de type réseau) entre des **acteurs institutionnels** se répartissant les rôles avec l'**identification d'un référent coordinateur pour chaque personne suivie**, parmi les équipes de proximité (ex. acteurs Habitat/Santé en SCHS et/ou DD ARS, travailleurs sociaux du Conseil Départemental avec infirmiers et/ou médecins spécialisés mobiles dépendant par ex. d'un Centre Hospitalier (CH)) (*exemples de l'Orne et de Toulouse*)

⁴ Elles assurent la prise en charge de l'occupant (création du lien relationnel, accompagnement et soutien pour une remobilisation de l'occupant, accès aux soins/droits...), la formation et sensibilisation des professionnels, la mobilisation et coordination des acteurs pertinents jusqu'au relais vers les dispositifs de droit commun

L'objectif commun de chacun de ces dispositifs est de réduire les situations d'urgence nécessitant une hospitalisation sans consentement, de limiter le recours aux procédures coercitives de désencombrement des logements, inadaptées aux situations des occupants « incuriques », et d'assurer un maintien à domicile durable par un accompagnement/veille limitant les risques sanitaires et sécuritaires et la récidive. Pour l'ensemble des dispositifs, la centralisation des signalements passe par l'entrée Habitat Indigne (PDLHI, SCHS).

Les acteurs Habitat/Santé (en DD ARS et SCHS) interviennent en général en premier pour évaluer les risques sanitaires liés à l'habitat/environnement intérieur et pour mettre en œuvre les procédures permettant d'y remédier (aspects techniques, mise en œuvre de travaux en cas de défaut d'exécution de l'occupant) et s'appuient sur les travailleurs sociaux et équipes médicales mobiles existantes dans le cadre d'un partenariat ou d'équipes dédiées financées. Si les SCHS peuvent endosser le rôle de coordination, de veille et de suivi des situations du fait du territoire limité couvert, les DD ARS couvrant un plus large territoire n'ont pas cette proximité et doivent notamment développer des relais locaux (ex. expérience dans le Gard, [46]).

2.3.2.3.2 Des dispositifs émanant des bailleurs et réseaux d'acteurs locaux

Face à la fragilité croissante des ménages, les initiatives de bailleurs sociaux publics confrontés aux situations d'incurie dans l'habitat et plus généralement à des troubles du comportement au sein de leur parc de logements, se sont multipliées ces dernières années [47]. L'émergence de **partenariats**, pouvant prendre la **forme de « plateformes territoriales »** (ex. plateforme Plaine Commune en Seine-Saint Denis (93)) entre bailleurs sociaux, hôpitaux psychiatriques et/ou associations mobilisant leurs équipes de médiation à domicile, coordonnant les interventions des différents professionnels du champ social, droit des personnes et de la santé, peuvent être notés. Ces initiatives locales sont notamment facilitées par l'existence de **CLSM** et **CLS** financés par l'ARS et appels à projets nationaux dans le cadre des programmes d'innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès au logement : « 10 000 logements accompagnés », « Un chez soi d'abord ou Logement d'Abord » et des financements de la DIHAL. L'apport de la **constitution de réseaux de santé*** (ex. Santé Mentale et Logement) à l'échelle communale ou d'une EPCI, en tant que nouvelles formes d'organisation de l'action publique facilitant l'émergence de nouvelles configurations d'acteurs et de pratiques partenariales, peut également être souligné (ex. Réseaux Santé Solidarités Lille Métropole, Réseaux Santé Mentale et Logement de Marseille) [48-50].

2.3.3 Outils d'évaluation du logement, de la personne et de l'entourage

Plusieurs guides d'intervention et **échelles d'évaluation multidimensionnelle** (recensés dans [18]) prenant en compte l'état du logement, l'état de santé de l'occupant et sa vulnérabilité ont été élaborés ex. au Québec et en Australie (ex. [41 ; 51-52]).

Ils restent encore peu diffusés et utilisés par les agents Habitat/Santé qui y préfèrent leur évaluation personnelle. Cependant, les acteurs Habitat/Santé (ex. SCHS Toulouse, Limoges) et équipes dédiées (ex. Rhône, Savoie) ayant développé une procédure générale d'intervention et sensibilisé les intervenants à domicile sur cette problématique, ont élaboré leurs propres fiches et/ou critères d'évaluation (§ 4.1.3.1 et 4.1.3.2 ; Annexe 8.4-6). Les guides élaborés en France (ex. [33 ; 53]) ne proposent pas de critères d'évaluation et de décision opérationnels concernant les scénarios possibles d'une part et d'autre part n'abordent pas les pratiques essentielles pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs et la mise en œuvre de partenariats.

3 L'organisation actuelle de la réponse en la Nouvelle-Aquitaine

3.1. Les spécificités du territoire

3.1.1 Un vaste territoire peu dense, attractif mais contrasté et confronté au vieillissement de la population

Issue de la fusion de trois ex-régions (Poitou-Charentes, Limousin et Aquitaine), organisée en 12 départements, la Nouvelle-Aquitaine est la région la plus vaste et le 4^e espace le plus peuplé en France (5,8 millions d'habitants), confrontée à de fortes disparités et dynamiques infra et inter territoriales [8].

Trois départements regroupent à eux seuls près de la moitié de la population régionale : Gironde 26%, Pyrénées-Atlantiques : 11,4% et Charente-Maritime : 10,8%. La densité régionale de la population est inférieure à la moyenne en France métropolitaine (70 hab./km² contre 118 hab./km²). Avec les parts de la population âgée de plus de 60 ans (27,4%) et de plus de 75 ans (11,2%) les plus élevées et une fécondité parmi les plus basses de la métropole, le vieillissement de la population constitue un enjeu majeur en Nouvelle-Aquitaine. Le phénomène d'haliotropisme contribue à l'attractivité de la région (+0,6% habitants/an entre 2018 et 2013, contre +0,5% au niveau métropolitain), notamment les EPCI de la côte atlantique ([9'-10']).

3.1.2 Des problématiques de logement liées à l'habitat dégradé, au vieillissement, à la précarisation et aux troubles psychiques des ménages

La région NA est la 4^e région en nombre de logements avec 3 ménages sur 4 vivant dans une maison individuelle. Les propriétaires occupants sont très majoritaires (62%). Parmi les 662 000 personnes âgées d'au moins 75 ans, 242 000 vivent seules dans leur logement avec une proportion supérieure à la moyenne métropolitaine (38,5%) en Haute-Vienne (39,30%) et à la moyenne régionale en Corrèze (37,9%) et en Creuse (39,3%).

La Creuse, la Corrèze et la Gironde sembleraient cumuler plusieurs facteurs de risque de vulnérabilité⁵ (sociale, logement, dépendance) de la population âgée vivant à domicile (Annexe 9.1).

Le parc privé de résidences principales potentiellement indignes (PPPI)* concernait 143 062 logements (en 2013), soit 5,9% du parc privé. Une forte prévalence est présente dans les départements les plus ruraux, en particulier la Creuse (6,94%) et le Lot-et-Garonne (7,68%) [9]. La proportion de logements construits avant 1946 (très énergivore) étant plus importante dans le nord-est, les ménages disposant des plus faibles revenus sur ces territoires sont donc plus exposés à la précarité énergétique du logement. Par ailleurs, les situations d'incurie dans l'habitat signalées aux DD ARS et aux SCHS seraient particulièrement prégnantes en Charente-Maritime, Creuse, Haute-Vienne, Dordogne et Lot et Garonne⁶ (> 0,24 cas pour 10 000 habitants signalés par an) (Annexe 9.3-4). Le nombre de signalements est généralement plus important sur les territoires couverts par les SCHS que sur le reste du département, couverts par les acteurs Habitat/Santé en DD ARS (Annexes 9.3-4). Une plus forte densité de population et de voisinage mais aussi, une meilleure identification du rôle des acteurs Habitat/Santé (en SCHS) sur des territoires plus restreints pourrait expliquer cette différence. Les départements de la Creuse, de la Dordogne et du Lot-et-Garonne cumuleraient certains des facteurs de risque sanitaire en lien avec l'habitat dégradé et l'incurie dans l'habitat⁷ (Annexe 9.1-2).

L'offre de logements dans le parc public, de meilleure performance énergétique que le parc privé, est par ailleurs insuffisante et bien inférieure à la moyenne nationale (42 logements pour 1000 habitants contre 70 logements pour 1000 habitants). Parmi les catégories de publics touchés par les problèmes d'hébergement et d'accès au logement, figurent celles cumulant des problèmes de précarité et de santé (problèmes médicaux, souvent associés à des troubles psychiatriques ou psychiques) [11]. Le partenariat avec les professionnels de santé est jugé insuffisant par les acteurs de ces structures, confrontés à des occupants aux problèmes médico-psycho-sociaux de complexité croissante et entravant la fluidité des parcours résidentiels. Le taux régional de logements adaptés/accompagnés est faible.

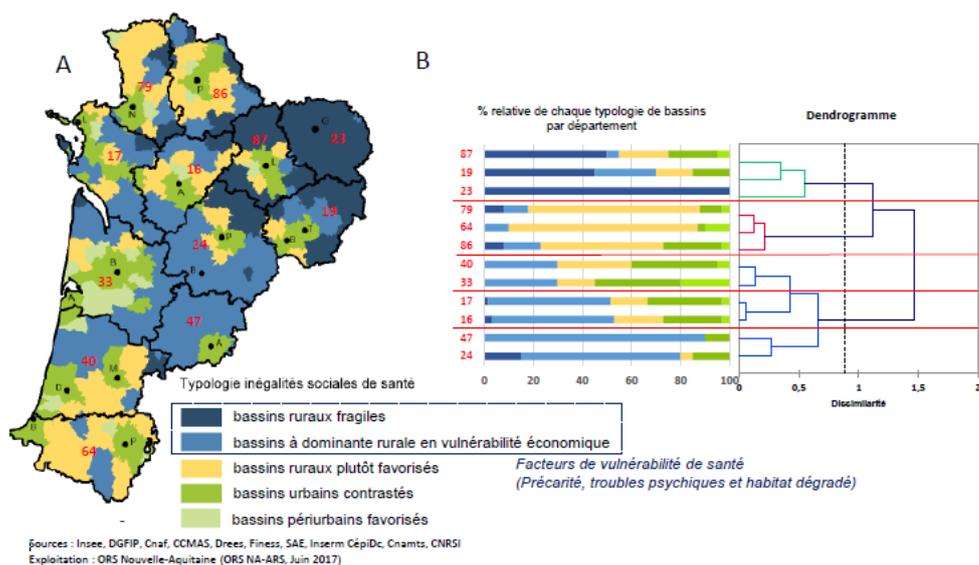
En outre, les moyennes régionales des indicateurs de santé mentale considérées (mortalité par suicide, morbidité liée à une affection psychiatrique ou pathologie liée à l'alcool...) sont toutes plus élevées que les moyennes métropolitaines. Les enjeux de prévention et promotion de la santé mentale relatifs aux risques de suicide, de souffrance psychique et d'addictions semblent donc importants en Nouvelle-Aquitaine (Annexe 9.1-2) [12].

5 Sur base des indicateurs suivants : part de la population âgée de 75 ans et plus ; proportion de personnes de 75 ans et plus vivant seules ; part des demandeurs de logements sociaux de plus de 60 ans ; part des allocataires minimum vieillesse pour les personnes de 61 ans et plus (2013) ; proportion de bénéficiaires de l'APA (pour 1000 habitants)

6 Prévalence des situations signalées supérieures à la moyenne régionale, les départements 17, 24, 33 et 87 comptabilisent le plus de situations (15-30 cas/an.)

7 % PPPI, % ménages en Précarité Énergétique et prévalence de situations d'incurie à domicile signalées plus importantes que la moyenne régionale (Annexe 9.1)

La Creuse (23) présente les problématiques de santé mentale les plus fortes, pouvant expliquer le fort niveau d'équipements hospitaliers et d'équipes mobiles, les actions de prévention du suicide et l'élaboration d'un Plan Santé spécifique (Plan Santé 23+) pour ce département [10' ; 13']. En 2014, dans l'ex-région Limousin (dont fait partie la Creuse), une personne âgée de 75 ans et plus sur dix avaient des pensées suicidaires [12']. A l'inverse, le département des Pyrénées-Atlantiques (64) apparaîtrait comme le mieux préservé de problématiques de santé mentale et d'addictions (Annexe 9.1-2). L'analyse effectuée à partir du traitement cartographique de données réalisé par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) NA basé sur 73 indicateurs de santé⁸, permet encore de dégager **4 typologies de départements**⁹, en fonction des proportions relatives des 4 typologies socio-sanitaires de bassins de vie déterminées dans l'étude de l'ORS NA [14']. Des liens entre situations socio-économiques et sanitaires et le caractère rural ou urbain marquent les disparités entre les territoires (Annexe 9.1 et Figure 2). Les départements de l'ex-Limousin, en particulier la Creuse, seraient ainsi beaucoup plus vulnérables que les départements du littoral (Landes, Gironde, Pyrénées-Atlantiques) ou encore que les départements de l'ex-Poitou-Charentes. Par contre, la Dordogne et le Lot-et-Garonne seraient relativement fragiles (Figure 2)



A/ Typologies des inégalités sociales de santé réalisée par l'ORS NA-ARS et **B/** Analyse par Classification ascendante hiérarchique (CAH) des proportions relatives des bassins types par département, réalisé avec XLStat, cette étude

Figure 2 Cartographie des inégalités sociales de santé et tendances départementales en Nouvelle-Aquitaine

⁸ Approche Système d'Information Géographique (SIG) réalisée dans le cadre de l'élaboration du PRS2 NA et basée sur la combinaison de 73 indicateurs démographiques, socio-économiques, conditions du logement et médico-administratives (J), réalisée à l'échelle des bassins de vie, révélant 4 profils de bassins de vie

⁹ (1) Départements de l'ex-Limousin (87, 19, 23) avec une majorité (19,23) ou quasi omniprésence (23) de bassins ruraux fragiles : faible densité de population, forte proportion de personnes âgées de 75 ans et de personnes vivant seules, en habitat plus défavorable à la santé ; (2) Départements 47 et 24 (Sud) avec une majorité de bassins à dominante rurale en vulnérabilité économique ainsi qu'une forte proportion d'habitat dégradé : taux de logements potentiellement indignes, part des personnes âgées de 75 ans et plus et taux de bénéficiaires de l'Affection Longue Durée (ALD) pour affections psychiques supérieurs à la moyenne régionale ; (3) Départements 16, 17, 40, 33 avec forte proportion de bassins urbains dits contrastés (forte proportion de cadres et de chômeurs) (~25% de la superficie du département) par rapport aux départements 64, 79 et 86 (4) Départements 64, 79 et 86 avec les parts les plus importantes de bassins ruraux dits favorisés : situation légèrement plus favorable sur le plan socio-démographique et celui des indicateurs de santé, proportion d'habitants âgés de moins de 25 ans plus importante qu'au niveau régional

3.2. L'organisation de l'offre sanitaire, sociale (logement) et médico-sociale

Les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux restent encore cloisonnés, y compris au sein des ARS (offre de soins, autonomie, santé publique dont PPS et santé environnementale). Il existe aussi des enjeux d'articulation entre les plans régionaux, départementaux et de déclinaison cohérente à l'échelle infra-départementale.

3.2.1 Planification et logiques structurantes

Le **PRS 2018-2028** Nouvelle-Aquitaine, vise à amplifier les transformations du système de santé régional à travers plusieurs logiques structurantes :

- Assurer la continuité des parcours de soins, de santé (et de vie) [54] en garantissant un accès de proximité à l'offre de soins et de services, leur gradation* ainsi qu'un accompagnement intégré et plus personnalisé impliquant la participation active de l'utilisateur (*démocratie sanitaire*)
- Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif (personnes âgées et en situation de handicap)
- Renforcer l'action sur les déterminants de santé (notamment logement) afin de prévenir les atteintes évitables à la santé en mobilisant les outils PPS
- Assurer la prise en compte de la santé dans toutes les politiques et l'innovation en santé (*en facilitant notamment les partenariats intersectoriels*)

Le **PRAPS** en tant que volet transversal du PRS2 ciblant les publics les plus défavorisés, s'inscrit dans la volonté interministérielle de lutter contre les inégalités et les exclusions en contribuant aux approches décloisonnées des politiques publiques. L'évolution des « paradigmes » d'intervention¹⁰ sont au cœur des ambitions du PRAPS : renfort de la mobilité des équipes et des dispositifs intersectoriels d'Aller vers (« hors les murs », à domicile), des hébergements médico-sociaux et de la médiation sanitaire afin d'assurer une couverture territoriale équitable (ex. PASS mobiles, EMPP, Lits Halte Soins Santé (LHSS), Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), Lit d'Accueil Médicalisé (LAM)...).

La **politique régionale de santé (mentale)** se décline à l'échelle départementale en articulation avec notamment, le Schéma Départemental de l'Autonomie des Conseils Départementaux, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)¹¹ et le PDALHPD (avec un volet renforcé sur la LHI et la précarité énergétique notamment appuyé par les PDLHI).

¹⁰ Principe d'une approche de santé (mentale) communautaire ayant pour objectifs une meilleure inclusion des plus fragiles dans la communauté en renforçant leur pouvoir d'agir (« empowerment ») leur rétablissement/réhabilitation en agissant notamment sur les déterminants de santé (logement adapté, facteurs de protection, pair-aidance, actions de déstigmatisation...).

¹¹ À l'exception de la Creuse, Corrèze et Haute-Vienne dont l'échelle territoriale cohérente est celle de l'ex-Limousin en articulation avec le Groupement Hospitalier de Territoires (GHT)

3.2.2 Principaux dispositifs, outils et instances

De nombreux dispositifs, outils et instances aux périmètres différents et sans connexions systématiques sont promus pour améliorer et structurer la coordination entre les acteurs dans une démarche intégrative de santé (mentale). Peuvent être cités :

- Les **Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)** réunissant les établissements de santé publique mais aussi établissements médico-sociaux et de santé privés, définissent un **Projet Médical Partagé (PMP)** organisé autour des filières de soins et des parcours des patients. Des filières « **santé mentale** » et « **addictions** » doivent être élaborées par chaque GHT¹².

- Le **Conseil Territorial de Santé (CTS)**, instance départementale de démocratie sanitaire, remplaçant la conférence de territoire, rattachée à l'ARS, est chargé de décliner la politique régionale de santé, et d'assurer un appui aux diagnostics infra-départementaux et à la mise en œuvre locale des **Contrats Locaux de Santé (CLS)** (et des **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)**). Le CTS regroupe également une **commission Santé Mentale**. Il assure également le déploiement départemental des **Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)*** (précisées ci-après).

- Les **PTSM** en cours d'élaboration, sont constitués par les acteurs territoriaux, intervenant dans des domaines auparavant cloisonnés, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les psychologues ainsi que l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. Les PTSM, élaborés sur base d'un diagnostic territorial partagé, doivent s'appuyer sur les axes mentionnés dans le décret du 27 juillet 2017 (notamment l'axe 6 : action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale). L'instruction du 5 juin 2018, précisant les modalités de mise en œuvre, mentionne explicitement dans l'Annexe 2, le **nombre de signalements d'incurie dans le logement** parmi les indicateurs sur lesquels se baser pour définir les besoins. Ils doivent également assurer la prise en compte des personnes défavorisées en articulation avec le PRAPS ainsi que la réactivité et mobilité des équipes d'intervention de soins psychiatriques adultes, tant au domicile qu'au sein de lieux de vie des personnes (établissements sociaux et médico-sociaux).

- Les **CLS (échelle EPCI/Pays)** et **CLSM (échelle communale)**, constituent des outils opérationnels infra-départementaux permettant de fédérer les acteurs et de favoriser l'émergence de projets et pratiques transversales par les acteurs de proximité afin de mieux répondre aux besoins de la population. La couverture territoriale et le dynamisme des CLS et CLSM sont encore inégaux en Nouvelle-Aquitaine (Annexe 9.8).

Les CLSM peuvent intégrer des instances « cas complexes » permettant d'apporter un appui aux acteurs du territoire confrontés à des situations individuelles complexes (ex.

¹² En NA, les GHT sont organisés à l'échelle départementale, à l'exception de la région ex-Limousin qui, en cohérence avec le PTSM reste l'échelle territoriale cohérente et des Pyrénées-Atlantiques et la Charente scindés en 2 GHT.

CLSM des villes de Limoges et Poitiers). Les CLS doivent désormais intégrer un volet santé mentale et habitat et à terme, couvrir l'ensemble du territoire néo-aquitain.

- Les dispositifs de coordination des parcours de santé : La [Plateforme Territoriale d'Appui \(PTA\)*](#) (article 74 de la LMSS) en cours de déploiement à l'échelle départementale, relève de la volonté et nécessité d'améliorer l'articulation entre les dispositifs de coordination des parcours de santé existants et notamment complexes sur un territoire (difficilement lisibles et identifiés par les professionnels et la population). La PTA doit constituer un guichet centralisé visant à mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir le maintien à domicile du patient, d'anticiper les hospitalisations et d'organiser les sorties dans les meilleures conditions. Elle vise à faciliter la prise en charge des situations complexes, dont les critères d'inclusion (le 3^e critère) correspondent aux caractéristiques des occupants en situations d'incurie à domicile, auxquels sont confrontés les professionnels [15'].

3.2.3 Structures et acteurs de proximité : modalités d'intervention et réseaux d'acteurs (focus situations complexes à domicile)

3.2.3.1 *Le secteur de la santé mentale et psychiatrie générale (adultes)*

Le système de prise en charge des troubles psychiques fait historiquement l'objet d'une organisation et d'une législation spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire. Plusieurs raisons peuvent être invoquées : le caractère souvent durable et évolutif des troubles mentaux, l'évolution lente du champ de la psychiatrie (historiquement cantonnée à une vision sanitaire, curative, sécuritaire et hospitalo-centrée) vers la santé mentale, la stigmatisation de la maladie mentale (représentation sociale de la folie) ou encore le caractère médico-légal de la spécialité (seule discipline médicale où le citoyen peut être soigné contre son gré, et légitime à porter atteinte à ses libertés individuelles).

Différentes modalités de prise en charge se distinguent selon qu'elles nécessitent ou non un hébergement du patient : prises en charge à temps complet, partiel et ambulatoire.

La prise en charge ambulatoire, représente la majorité des prises en charge en santé mentale et psychiatrie (73% de la file active en NA). Elles sont principalement effectuées en Centre Médico Psychologiques (CMP), ou encore, directement auprès des médecins traitants, psychiatres et psychologues libéraux des espaces urbains et ruraux.

3.2.3.1.1 *Les CMP, « pivots » locaux de la prise en charge ambulatoire*

Les 292 CMP implantés en NA sont des structures d'accueil et de coordination des soins pluridisciplinaires, rattachées aux établissements publics de référence en santé mentale et psychiatrie (CHS, CH ou CHU) assurant une prise en charge en psychiatrie générale.

Un découpage géographique et démographique est organisé (71 secteurs en NA, de 3 à 17 par département) de manière à assurer à la population des lieux d'accueil de proximité en termes de prévention, de diagnostic, de soins et d'interventions à domicile (uniquement sur prescriptions médicales) ou dans des institutions médico-sociales ou de réinsertion (foyers de vie, Foyer d'Accueil Médicalisé ou FAM, Maison d'Accueil Spécialisée ou MAS, Etablissement de Service d'Aide par le Travail ou ESAT... accueillant des personnes dont la situation de handicap psychique a fait l'objet d'une reconnaissance par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ou MDPH). Les CMP, disposant d'une grande autonomie de fonctionnement, leurs pratiques actuelles restent très hétérogènes sur les territoires afin de répondre aux besoins de la population du secteur concerné.

La prise en charge actuelle repose majoritairement sur des consultations et accompagnements au sein de leur établissement sur demande du médecin traitant et avec l'accord du patient nécessitant une démarche active de ce dernier pour se rendre sur le lieu de consultation. Bien qu'ils travaillent en réseaux avec les acteurs sociaux et médico-sociaux et établissent de nombreux partenariats (conventions avec les maisons de retraite, médecins généralistes et du travail, CCAS et maisons des solidarités ou MDS...), ils n'ont pas celui d'intervenir en urgence, à domicile auprès de personnes non suivies et en refus/déni de soins. De façon générale, la psychiatrie ne souhaite pas travailler dans l'urgence ou à la recherche de réponses immédiates mais privilégier l'élaboration d'un lien avec la personne, notamment lorsqu'il s'agit de patients très désinsérés, non traités ou en rupture de soins pour des troubles mentaux. L'accompagnement de la personne nécessite de s'inscrire dans une temporalité plus longue. Ainsi, les modalités de sollicitations actuelles ne paraissent pas satisfaisantes et propices à un accompagnement global de la personne : implication trop tardive du CMP lors de situations d'expulsion étudiées en ex. Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions Locatives (CCAPEX), dont les menaces seraient connues depuis plus d'une année ou encore au sein des instances des CLS, absence de retour de la part des sollicitants sur l'évolution des situations. Dans la configuration actuelle, et sans partenariat formalisé ou modalités de travail et missions précisées, les CMP apparaissent davantage en tant qu'acteurs de 2^e ligne, notamment pour l'accompagnement des personnes sur la durée dans une phase de rétablissement/réhabilitation psycho-sociale.

Néanmoins, avec l'élaboration des PTSM et le renforcement du virage ambulatoire, les CMP et les établissements hospitaliers auxquels ils sont rattachés sont en pleine restructuration de leurs filières. Adosser à la structure d'accueil pour consultations et accompagnement des CMP, devraient ainsi émerger davantage d'équipes mobiles de proximité spécialisées, d'évaluation et de suivi intensif sur des modèles de structuration similaires à celui du CH Esquirol (coordinateur du PTSM à l'échelle de l'ex-Limousin) (Annexe 9.5). En outre, la création récente d'un **corps de métier d'infirmiers en pratique avancée (IPA)** (décret et arrêté du 18 juillet 2018), pour pallier la pénurie de médecins et de spécialistes, dans un

contexte de vieillissement de la population et d'explosion des maladies chroniques et polyopathologies pourraient permettre une montée en compétences des infirmiers notamment spécialisés en santé mentale et psychiatrie (NB : Cette spécialité n'est actuellement pas couverte par l'arrêté mais des mises à jour sont attendues en 2019¹³).

3.2.3.1.2 Les équipes mobiles et/ou structures spécialisées

Les établissements publics de référence en psychiatrie (de 1 à 3 par département) comprennent toutes des équipes mobiles spécialisées pour des groupes homogènes de personnes intervenant sur des territoires particuliers ou sur l'ensemble du département d'implantation. Parmi les plus fréquentes, peuvent être distinguées :

- Les **Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP)*** (Annexe 9.7) : Une équipe mobile minimum est présente sur chaque département en NA. Les équipes existantes en capacité d'intervenir à domicile à l'échelle départementale concerneraient actuellement, seulement deux départements 16 et 23. Leur manque de moyens et non vocation à intervenir en logement autonome constituerait un frein important. Dans le cadre de la doctrine régionale santé mentale ARS [16'], l'ARS NA travaille à renforcer les équipes afin qu'elles **puissent intervenir sur l'ensemble des départements et venir en appui pour des évaluations à domicile, y compris en urgence et en situation de crise.**
- Les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** (circulaire du 18/6/2013) : 35 PASS généralistes et 6 PASS spécialisées (3 PASS psychiatriques : 1 en Charente et 2 dans les Pyrénées-Atlantiques et 3 PASS dentaires) sont désormais toutes mobiles en NA. Ils ont vocation à intervenir dans les lieux de permanence tels que les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les accueils de jour ou d'urgence, les « Restos du cœur », les lieux de permanence du Secours Catholique, les centres sociaux (CCAS)...
- **Autres équipes mobiles spécialisées** : équipes mobiles de psycho gériatrie, équipes rattachées aux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

3.2.3.1.3 Les partenariats/réseaux avec les acteurs sociaux (logement), médico-sociaux et Habitat/Santé

Les établissements hospitaliers et notamment les services de santé mentale et psychiatrie (équipes mobiles et de secteurs CMP) ont une forte logique de partenariats (majoritairement sous forme de conventions-cadre) avec les autres établissements ou structures de santé (y compris hors GHT) pour des raisons de mutualisation de moyens mais également avec des structures sociales, associations... accueillant (CCAS, services sociaux du CD...) ou hébergeant des personnes ayant difficilement recours aux soins (CHRS, maisons-relais....dans le cadre des missions des PASS).

¹³ <https://www.santementale.fr/actualites/infirmier-de-pratique-avancee-le-decret-est-paru.html>
Florence MARTY - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-18

Par exemple, s'agissant de la mobilisation de ses équipes (PASS/EMPP), le **CH Camille Claudel en Charente (16)** dispose d'une convention-cadre avec une 100e de partenaires différents. Six **conventions/partenariats (formalisés)** établis entre CH et bailleurs sociaux et/ou associations de réinsertion ont pu être recensés en NA (**départements 33 (Bordeaux Métropole), 86 et 64 (territoire Béarn Soule)**)¹⁴. Ce recensement ne sachant être exhaustif du fait des limites rencontrées dans le temps imparti¹⁵, il indique néanmoins le déploiement de réseaux d'acteurs intersectoriels sur certains territoires en NA.

Les partenariats entre les acteurs Habitat/Santé (SCHS, DD ARS) et les équipes mobiles (en particulier, EMPP/PASS), sont encore peu nombreux et limités aux territoires plus urbains et denses couverts par les SCHS (ex. Agen (47), Bergerac (24) et Bordeaux (33)) au détriment des territoires plus ruraux et dispersés (couverts par les DD ARS).

Deux ententes/projets formalisés ont aboutis ou sont en cours :

- Le **projet IPSYDOM** (Intervention d'un binôme psychiatre-travailleur social auprès des personnes isolées présentant des troubles du comportement dont ceux relatifs à l'incurie à domicile sur le territoire nord de la Charente-Maritime). Porté par le CH Marius Lacroix (Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis), cette expérimentation consiste à permettre l'intervention conjointe d'un psychiatre de l'**EMPP**, reconnu pour son engagement contre l'exclusion au niveau territorial et d'un **travailleur social** (rattaché au CD, à un bailleur social ou à un CCAS). Un schéma partenarial en cours de validation a été proposé aux différents acteurs concernés reposant sur les moyens de coordination et de suivi des situations complexes du dispositif MAIA (bientôt regroupé sous la PTA) (Annexe 9.6). Une équipe permanente de travailleurs sociaux référents identifiés et une intervention rapide du réseau MAIA s'avère alors nécessaire pour une prise en charge adaptée avec l'EMPP, ainsi que des moyens renforcés pour ce dernier.
- Le **protocole d'intervention concernant les situations d'incurie à domicile**, notamment les syndromes de Diogène et de Noé¹⁶, récemment établi **entre le CH Esquirol, la SPA de la Haute-Vienne et la ville de Limoges (SCHS)** dans le cadre d'un groupe de travail « situations complexes » **au sein du CLSM**. Le CLSM de Limoges, le premier à avoir été labellisé en NA en 2005, a ainsi permis d'instituer un espace de concertation facilitant un travail pluri partenarial autour d'une problématique de santé mentale (Annexe 8.4). Ce protocole serait extensible au département en raison de la répartition équitable des équipes mobiles envisagé dans le cadre du PTSM de la région ex-Limousin (Annexe 9.5).

¹⁴ **Gironde (33)**: Partenariat entre ARI-ASAIS et le CH Charles Perrens; **Pyrénées-Atlantiques (64)**: partenariat CH Pyrénées et OGFA et entre CH Pyrénées (PASS PSY) et OPH de Pau ; **Vienne(86)** : convention de coopération entre le CH Henry Laborit (CHHL) et les bailleurs sociaux ; convention pluripartite en santé mentale entre le CHHL, les associations pour les personnes sous protection/handicap/en difficultés (UDAF, APAJH, PEP 86) le SIAO 86 (La Croix Rouge) et une association reconnue d'Intérêt Général d'accueil, d'hébergement, de réinsertion (AUDACIA)

¹⁵ L'enquête en ligne envisagée dans cette étude via le logiciel d'enquêtes SOLEN du Ministère des Solidarités et de la Santé à destination des services gestionnaires locatifs des bailleurs sociaux et privés ainsi que des opérateurs OPAH/PIG de la région n'a pas pu être réalisée en raison des difficultés à recueillir les listes de contacts.

¹⁶ Syndrome lié à l'accumulation excessive d'animaux précisé en Annexe 8.1.

L'implication et les initiatives portées par les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie apparaissent fondamentales sur de nombreux aspects (compréhension des mécanismes et diagnostic clinique, développement d'outils de repérage précoce et d'évaluation, sensibilisation et formation des professionnels de santé et d'autres champs, intervenant à domicile...).

Un exemple probant en NA concerne la **grille d'aide à la décision d'hospitalisation** (Score Ethique et Clinique d'Hospitalisation du Diogène (SECHD)) élaborée dans le cadre de l'étude non interventionnelle rétrospective concernant les personnes âgées en situations d'incurie dans leur logement, dirigée par le Dr Calvet (CH Esquirol). Cet outil est actuellement en cours d'évaluation par les acteurs médico-sociaux. L'implication des acteurs Habitat/Santé (en DD ARS et SCHS) dans l'évaluation de l'opérationnalité et la fiabilité des critères environnementaux (logement) et de l'outil en lui-même, a été proposé aux instigateurs dans cette étude.

De **nombreuses actions de sensibilisation** sur les troubles de santé mentale, leur repérage et prise en charge sont par ailleurs dispensées actuellement **par les CH de chaque département** à destination des travailleurs sociaux, MAIA...notamment dans le cadre des **CLSM**, des **actions PDALHPD** [17] en cours...

3.2.3.2 ***Les Pôles de Santé et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)***

Pour lutter contre les déserts médicaux notamment en territoires ruraux, l'ARS NA mène une politique de renforcement des espaces de santé pluriprofessionnels de proximité en partenariat avec le Conseil Départemental. En NA, 234 MSP sont en fonctionnement ou projet avec une moyenne de 19-20 MSP par département. De fortes disparités départementales existent : moins de 10 MSP en Corrèze et Creuse contre plus de 20 en Charente, Charente-Maritime, Haute-Vienne, Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres et Vienne. Ces pôles de proximité sont porteurs d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique et contribuent à une prise en charge intégrée des personnes. Ainsi des psychiatres, psychologues, infirmiers, médecins généralistes, travailleurs sociaux... au sein d'une MSP peuvent mettre en place des actions spécifiques de prévention et d'aller vers auprès de personnes en situations complexes.

3.2.3.3 ***Chef de filât du Conseil Départemental et mise en œuvre morcelée autour de nombreux acteurs et mesures d'aide***

Si le Département reste le chef de file légitime des aides et de l'action sociale depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, sa mise en œuvre repose sur de nombreux acteurs ayant une influence majeure sur le façonnement des initiatives et dynamiques intersectorielles locales.

Ainsi les communes et EPCI (CCAS/CIAS), les institutions étatiques (DDCS ex. dans le pilotage du PDALHDP et du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO); organismes de sécurité sociale : CPAM, CAF, MSA dans l'accès aux droits et aux soins et/ou aides au logement ; ARS ex. coordination des acteurs locaux pour la réduction des Inégalités Sociales de Santé via les CLS/CLSM) et des associations ont une responsabilité partagée dans la mise en œuvre de réponses équitables aux besoins des personnes en difficultés sur leur territoire. Le Conseil Départemental partage par ailleurs une co-responsabilité importante avec l'ARS dans la cohérence d'une politique territoriale de santé publique concernant le maintien à domicile des personnes âgées, handicapées et en situations de **vulnérabilité** nécessitant des mesures d'accompagnements sociales personnalisées ou juridiques pour le maintien dans le logement. Seul le **CD de la Gironde** (probablement en raison de moyens plus importants que les autres conseils départementaux, sachant qu'il concentre 26% des néo-aquitains) afficherait actuellement, à travers l'élaboration du **Plan Santé** pour la Gironde, sa volonté et nécessité d'une démarche partenariale avec l'ARS pour assurer l'efficacité des réponses. Par ailleurs, sa mise en place de neuf Pôles de Solidarités Autonomie, semble traduire sa volonté de décloisonner les réponses apportées aux personnes dans les champs des solidarités. En outre, il s'agirait du seul département de la NA ayant établi un **observatoire de la précarité et de la pauvreté (OGPP)**.

3.2.3.3.1 Les mesures d'aide au maintien à domicile

Le paysage des mesures d'aide au maintien à domicile est extrêmement diversifié et cloisonné de part des critères d'éligibilité très précis. Pour éviter les récurrences dans les cas de situations d'incurie à domicile ayant fait l'objet d'un accompagnement jusqu'à la réhabilitation du logement, un accompagnement médico-social sur la durée, souvent à vie est nécessaire. Parmi les dispositifs sociaux et juridiques existants, ont pu être mobilisés : l'**ASLL** (Aide Sociale Liée au Logement) ou l'**AVDL** (Accompagnement Vers et Dans le Logement), qui peuvent être portés par des associations ayant elles-mêmes des conventions avec des acteurs de la santé mentale et psychiatrie¹⁷, la **MASP** (Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé), les **mesures d'accompagnement juridique** classiques ou encore les **aides à l'autonomie** des personnes âgées (APA, gestionnaires de cas MAIA, SSIAD/SPASAD) ou en situation de handicap psychique (SAMSAH, SAVS, SAAD). Les professionnels, en particulier les travailleurs sociaux et autres intervenants à domicile étaient alors sensibilisés aux spécificités d'accompagnement de publics présentant les caractéristiques d'un syndrome de Diogène.

¹⁷ Par exemple, l'association loi 1901 reconnue d'Intérêt Public, **Audacia en Vienne (86)**, œuvre depuis de nombreuses d'années à l'accueil, l'hébergement et la réinsertion de personnes en difficultés, isolées... Elle a été retenue pour expérimenter le programme « Logement d'Abord » sur Poitiers avec notamment les équipes du CH Henri Laborit. Elle est agréée pour l'accompagnement individualisé des personnes via les mesures administratives ASLL du Conseil Départemental.

3.2.3.3.2 *Les Maisons Départementales des Solidarités (MDS/MSD/MDSI/MDD)*

Une grande diversité d'organisation des services sociaux/médico-sociaux de proximité des Conseils Départementaux existe entre les départements selon des logiques différentes de sectorisation géographique (maillage) et de regroupements de services (services sociaux, services médico-sociaux volet personnes âgées ou volet handicap : MDPH). Les logiques de mobilité des travailleurs sociaux diffèrent selon les départements et selon les territoires de proximité. Par ailleurs, les MDS se sont dotés de médecins et infirmiers afin de mieux répondre aux situations complexes des citoyens. Dans les **Pyrénées-Atlantiques** (64) par exemple, les **infirmiers des MDS** joue un rôle clef de médiation entre les travailleurs sociaux et médecins et assurent une veille sanitaire et sociale auprès des occupants en situations d'incurie dans leur logement [55].

3.2.3.4 *Les communes/EPCI et leurs Centres Communaux/Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS/CIAS) **

Les CCAS/CIAS* disposent d'une grande autonomie de fonctionnement (avec une partie du budget qui leur est propre) et sont porteurs d'initiatives et partenariats locaux diverses dans divers champs sociaux (logement) à médico-sociaux. Alors que la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques comprennent plus d'une 100e de CCAS/CIAS, la Creuse, la Vienne et le Lot-et-Garonne en disposent de moins de 10.

En tant que premier accueil social inconditionnel de proximité, de nombreux CCAS/CIAS sont confrontés à des signalements d'occupants en situations médico-psycho-sociales complexes (souffrance et troubles psychiques, incurie) dans leur logement pour lesquels la plupart restent démunis sans partenariats avec des professionnels de santé et médico-sociaux sensibilisés, en capacité d'intervenir à domicile. Certains **CCAS** tels que ceux de la **ville de Brive-La-Gaillarde (19)** et de la **ville de Bordeaux (33)** sont à l'initiative de la **création équipes mobiles de proximité** (ex. équipe Précarité Solidarités Plurielles à Brive et l'équipe CORIST avec l'appui de la Plateforme Précarité Santé à Bordeaux) (Annexe 9.8). A Bordeaux, ces dispositifs ont été portés dans le cadre du CLS et du Pacte de Cohésion Sociale de la ville.

3.2.3.5 *Les bailleurs sociaux, centres d'hébergement, logements accompagnés, associations*

Comme évoqué précédemment (§ 3.2.3.1.3), nombreux sont les bailleurs sociaux, services d'hébergement et de logements adaptés confrontés à des occupants en situations médico-psycho-sociales complexes pour lesquels un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire est souhaitable avec l'appui de professionnels de santé mentale notamment.

Bien que ces partenariats soient encore peu nombreux en NA, ils devraient être facilités grâce aux actions menées dans le cadre des **PDALHPD**, de la mise en œuvre des **CLSM**, des actions de déstigmatisation des troubles psychiques menées au sein des **CLS** et des programmes nationaux tels que « Logement d'Abord » ou « 10 000 Logements accompagnés ». Quatre villes ont été récemment sélectionnées en NA dans le cadre du **programme « Logement d'Abord » : Niort (79), Poitiers (86), Périgueux (24). CA Limoges métropole (87).**

3.2.3.6 *Réseaux de coordination autour des situations complexes*

La **PTA en Lot-et-Garonne (47)** a pu être mobilisée par les acteurs Habitat/Santé en DD ARS confrontée à un occupant en situation d'incurie à domicile. Cette prise en charge a été facilitée par la connaissance des acteurs de la PTA de la situation de l'occupant. Les acteurs Habitat/Santé au sein du SCHS de Poitiers bénéficie d'un appui régulier **d'itinéraire Santé (précurseur de la PTA en Vienne**, prenant également en charge les moins de 60 ans) (Annexe 9.4). L'ensemble des professionnels (et aidants) intervenant à domicile devrait pouvoir bénéficier dans chacun des départements de l'appui de la PTA pour une prise en charge adaptée des situations complexes à domicile.

Les professionnels de l'accompagnement au maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans en situations complexes (gestionnaires de cas MAIA) sont également confrontés à des situations d'incurie à domicile et en demande d'appui de la part des professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie. Ainsi la **MAIA de la Haute-Gironde** est à l'initiative d'un groupe de travail autour d'un **guide de bonnes pratiques** envers les personnes présentant un Syndrome de Diogène.

3.2.3.7 *Les associations tutélaires*

Du fait de l'augmentation des mesures de protection (+7% entre 2011 et 2013) en lien avec une meilleure reconnaissance de ces dispositifs et des situations de handicap (*la mesure de protection évoluant généralement vers une reconnaissance de handicap*), du vieillissement de la population néo-aquitaine et de l'absence d'aidants familiaux, les mandataires judiciaires sont responsables de plus en plus de personnes ne leur permettant pas de visites régulières à domicile (27 personnes/mandataire judiciaire en moyenne en NA avec jusqu'à une 50^e de personnes/mandataire judiciaire en Charente-Maritime) [18].

Ainsi le diagnostic régional 360° [11] et les retours des acteurs Habitat/Santé dans cette étude font état de **personnes sous protection en situations d'incurie à domicile** confrontées à des risques sanitaires importants ou encore de **personnes isolées en souffrance psychique dont la situation ne serait pas connue de leur mandataire** ou lorsque connue, ne bénéficieraient pas d'accompagnements adaptés, par **manque de sensibilisation des mandataires judiciaires**.

3.3. L'organisation territoriale de la LHI et le rôle des acteurs Habitat/Santé

Les **PDLHI** visent à fédérer l'ensemble des acteurs et à définir les stratégies de la mise en œuvre de la LHI sur le territoire départemental.

La plupart des PDLHI de la NA, assure le rôle de guichet unique pour les signalements (non-décence et insalubrité). Certains territoires, disposant d'EPCI et CD, délégataires des compétences habitat (EPCI : Bordeaux Métropole, CA Grand Poitiers, CA Agglo Côte Basque, CA Pau-Pyrénées ; CD : Dordogne, Gironde et Pyrénées-Atlantiques) ont également instaurés des pôles locaux LHI afin qu'un relais territorial puisse être assuré (ex. Gironde). L'existence d'un programme de réhabilitation de l'habitat couvrant chaque département (à l'exception de la Corrèze, de la Haute-Vienne et du Lot-et-Garonne, ciblés sur les territoires les plus vulnérables) doit ainsi permettre d'assurer la mise en œuvre conjuguée des outils incitatifs et coercitifs dans la LHI sur le territoire néo-aquitain.

A l'exception de la Charente (16), dont le PDLHI est géré par un Groupement d'Intérêt Public dans le cadre du Programme d'Intérêt Général (PIG) Insalubrité couvrant ce département, le **comité de pilotage et d'animation des PDLHI** en NA est composé de l'**ARS (acteur Habitat/Santé)** et de la **DDT**. Des **comités techniques ou COTECH** dédiés à des sujets spécifiques sont également instaurés (ex. comité « relogement » de la Dordogne ; comité « situations complexes de propriétaires occupants » de la Vienne).

Cependant, encore peu de PDLHI intègrent des professionnels de santé et des secteurs médico-sociaux et ont pu engager des actions/réflexions soutenues à l'échelle départementale sur les situations complexes d'incurie dans l'habitat (**16, 17, 24, 33, 87**) (Annexe 9.8).

Parce que la condition la plus légitime pour intervenir au domicile privé d'une personne en non demande, en refus et déni de soins serait que l'état de son logement présente un danger imminent pour sa santé, sa sécurité et/ou celle de l'entourage, les **acteurs Habitat/Santé (SCHS et DD ARS)** sont souvent en **première ligne de la réception des signalements d'incurie « extrême » dans l'habitat**. Néanmoins, les leviers dont ils disposent (procédure coercitive d'urgence ex. L1311-4) ne sont souvent pas adaptés, sans étayage préalable et suivi médico-psycho-social ultérieur (récidive), voire mortels (risque de suicide) pour l'occupant. **Peu ont donc finalement recours aux leviers coercitifs et seulement après une longue période de négociations** (cf. Annexes 9.3 et 9.4). Par ailleurs, les **risques sanitaires liés à l'environnement ne sont qu'un facteur aggravant** d'un état de santé fragile de l'occupant du fait du comportement d'auto-négligence souvent associé, nécessitant une évaluation médicale à domicile.

Hormis les partenariats/initiatives évoqués au §3.2.3.1.3 et en Annexes 9.4 et 9.8 (avec l'appui privilégié de travailleurs sociaux, d'équipes de santé mentale et de psychiatrie spécialisées (EMPP/PASS) et/ou d'associations), les acteurs Habitat/Santé témoignent des difficultés générales à mobiliser les acteurs de la santé (mentale) et de la psychiatrie sur leur territoire, en particulier les acteurs en DD ARS dont le rôle semble encore peu connu (ou reconnu) des professionnels de santé (mentale) et médico-sociaux¹⁸.

Certains SCHS déplorent par ailleurs le manque d'échanges sur ces sujets avec leurs homologues en DD ARS tandis que ces derniers évoquent pour certains, le manque d'interactions en interne avec les référents santé mentale et de l'offre de soins, pour initier des réflexions départementales pertinentes¹⁹. **Tous reconnaissent l'utilité d'un partenariat/protocole d'intervention davantage réfléchi en amont et formalisé avec l'ensemble des acteurs, en particulier ceux de la santé (mentale) et de la psychiatrie et les travailleurs sociaux.**

Alors même que la prise de conscience des acteurs actuels est de plus en plus forte sur les liens entre problématiques de logement/habitat indigne et de santé (mentale) et que les outils mobilisables et rôles sont à peine clarifiés, les modifications induites par la **loi ELAN** facilitant le transfert des compétences en matière de santé et sécurité de l'habitat aux EPCI pourraient mettre à mal les dynamiques engagées sur les territoires. Leur absence actuelle de compétences suffisantes (EPCI) pour assurer les missions Habitat/Santé doit être considérée à sa juste mesure : la présence limitée de SCHS compétents sur le territoire néo aquitain (présents dans seulement 13% des EPCI en moyenne par département, et absents dans les Landes et en Creuse) ne suffira pas à assurer leur montée en compétences. Un support majeur de la part des acteurs Habitat/Santé en DD ARS, devrait donc être assuré alors même que leurs effectifs ont été réduits à 1 Equivalent Temps Plein (ETP) dans certaines DD (ex. Vienne, Corrèze).

L'exercice de leurs missions actuelles étant rendu difficile, une réflexion nationale sur leur évolution est en cours. Les propositions concrètes, coconstruites entre le pôle régionale SE (PSE) de la Direction Santé Publique (DSP) et les pôles santé publique et environnementale (PSPSE) en DD ARS de la NA, visant à sécuriser les missions régaliennes des agents SE tout assurant l'évolution nécessaire vers un renforcement des actions de PPS en matière d'habitat/logement et des partenariats internes et externes ARS (afin de mieux prendre en compte les besoins de santé des occupants), restent à ce jour en attente des décisions nationales .

18 Constats effectués à plusieurs reprises durant ce stage : * Prise en compte tardive des enjeux de santé liés aux risques sanitaires de l'habitat dégradé et du lien entre la précarité des ménages et de l'habitat indigne dans le PRS2 NA. * Étonnement de la part des professionnels de santé ou coordinateurs de réseaux PPS, MAIA de l'implication des agents Habitat/Santé sur les questions d'incurie dans l'habitat

19 La réunion du 4/7/2018 avec les acteurs Habitat/Santé en DD ARS montrent que la plupart manquaient de connaissances sur les dispositifs et/ou commissions de concertation dédiées et/ou d'équipes mobiles et mobilisables (EMPP, PASS, CMP...) (cf. compte-rendu en Annexe 6).

4 Pistes de recommandations pour une amélioration de la réponse

4.1. A partir des retours d'expériences réussies ailleurs

Cinq « dispositifs » extrarégionaux, établis entre 2012 et 2018 et de couverture départementale (à l'exception de la ville de Toulouse dont l'extension départementale est à l'étude), avec l'implication des acteurs Habitat/Santé en ARS ou SCHS ont été analysés. Leur choix s'est basé sur leur notoriété au niveau national et/ou sur leur approche innovante déclinable en Nouvelle-Aquitaine. Les territoires ont concerné **trois départements ruraux** (Savoie, Rhône, Orne), un **département urbain** (Rhône) et **une ville** (Toulouse).

L'analyse détaillée des modalités de constitution et fonctionnement des dispositifs est présentée dans l'Annexe 7.1.

4.1.1 Facteurs facilitant l'élaboration de « dispositifs »

Les conditions nécessaires ayant permis la constitution de ces réseaux tiennent à un **portage et soutien politique fort et à la reconnaissance mutuelle de problématiques psycho-sociales complexes non solutionnées** par un manque d'articulation entre le secteur sanitaire, social et logement et des parcours de prise en soins non adaptés aux situations complexes. Au niveau régional de l'ensemble des départements analysés, **une dynamique forte du pôle régional Santé Environnement sur la problématique de l'incurie dans l'habitat** a pu être constatée²⁰.

4.1.2 Approche partenariale vs. équipe/médiateur dédié

4.1.2.1 Approche partenariale

4.1.2.1.1 Retour d'expérience de l'Orne

Le contexte ayant permis l'organisation d'un partenariat à l'échelle départementale dans l'Orne (dans le cadre du PDLHI) est particulier et semble déclinable sur d'autres départements à condition de réunir les conditions suivantes : petit territoire rural, de faible densité et homogène ; une **mobilisation forte des institutions et en particulier du Conseil Départemental au sein du PDLHI et l'instauration d'un Comité Technique (COTECH) spécifique sur l'incurie dans l'habitat** mobilisant les professionnels de l'habitat, de la santé (mentale), des travailleurs sociaux et équipes médicales mobiles et mobilisables de type PASS/EMPP couvrant le département ; un rôle de référent « gestionnaire de cas » endossé par des travailleurs sociaux sensibilisés aux

²⁰ En **Auvergne-Rhône-Alpes**, une journée régionale sur la thématique a été organisée réunissant l'ensemble des délégations départementales et les professionnels concernés. Le but était de définir des objectifs et un cahier des charges permettant de faciliter la mise en place de dispositifs similaires (à celui de la Savoie et du Rhône) dans les autres départements. La région **Normandie** (dont dépend l'Orne) a également été à l'initiative d'une journée régionale sur la LHI et sur la thématique de l'incurie à domicile. En **Occitanie** (dont dépendent la Lozère et Toulouse), les problématiques d'incurie, d'habitat indigne et médico-sociales prégnantes dans le cadre des PDALHPD, ont été portées dans le cadre de l'élaboration du PRS2. Ainsi, des dispositifs expérimentaux permettant une meilleure prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat sont actuellement expérimentés dans quatre départements (dont la Lozère).

problématiques médico-psycho-sociales de la population ; le développement d'un outil partagé de suivi (tableau de bord départemental)

Néanmoins, aucun bilan de l'efficacité de la prise en charge par rapport à l'amélioration de la situation des occupants n'a encore pu être établi par manque de moyens.

4.1.2.1.2 Retour d'expérience du protocole de Toulouse

Les principaux leviers ayant permis l'élaboration du protocole (le premier à avoir été établi en France en 2012, antérieur à la constitution de CLSM) ont reposé : sur le **soutien politique de la ville, du Conseil Départemental et de ses équipes pluridisciplinaires et la création d'une équipe de psychiatrie mobile d'urgence mobilisable (EMIC)** partageant la même nécessité de collaborer pour une meilleure prise en charge de ces publics. *Le temps nécessaire à l'élaboration d'une procédure/cadre d'intervention partagés et d'une (re-) connaissance mutuelle (levée des a priori de chacun sur ses missions respectives, compréhension des attentes respectives, utilisation d'un langage et définitions communes, modalités de partage d'information confidentielle...) ne doit pas être négligé (un à deux ans) bien qu'il soit compensé par un gain de temps ultérieur et un meilleur accompagnement des occupants.*

Un bilan de l'efficacité des situations traitées entre 2012 et 2014 est en cours concernant le partenariat formalisé entre la ville de Toulouse, le Conseil Départemental, le CHU de Toulouse et le CH Gérard Marchant. Une extension départementale du protocole est actuellement à l'étude en recherchant des équipes pluridisciplinaires mobiles ayant des compétences en santé mentale et psychiatrie.

Malgré ce partenariat, l'accompagnement de l'occupant semblerait devoir être renforcé ou amélioré sur le volet psycho-social ainsi que les modalités de recours au levier coercitif du fait du taux de suicide (5%). Il faut rappeler que l'incurie dans l'habitat peut représenter pour la personne une défense lui permettant de moins souffrir, même si elle est souvent inadaptée. Cette tentative de protection est mise à mal lors de l'intervention de professionnels n'ayant pas suffisamment de temps pour un travail d'étayage sur l'histoire de vie du sujet, son fonctionnement psychique et pour anticiper les risques de décompensation* psychique et physique possibles.

4.1.2.2 **Approche équipe/médiateur dédiés**

L'ensemble des équipes/médiateurs médico-sociaux spécialisés interviennent à la fois dans le cadre des actions de renforcement de l'accès et du maintien dans le logement des personnes défavorisés (**PDALHPD**) et des actions du **PDLHI** concernant l'accompagnement des occupants en situations complexes d'incurie dans l'habitat.

Les équipes en Savoie (binôme travailleur social/IDE avec appui d'une aide-ménagère) **et dans le Rhône** (binôme travailleur social/psychologue avec appui d'un infirmier) ont chacune développés leurs propres méthodes d'approches, d'évaluation et

d'accompagnement sur la durée des occupants en situations d'incurie à domicile (Annexes 7, 8.4 et 8.5). Ces équipes peuvent être considérées comme appartenant au champ des innovations psycho-sociales avec des fonctions hybrides de « médiateurs de santé » et de « gestionnaires de cas complexes »²¹.

La question de la pérennité des financements est le principal frein actuel à la constitution d'équipes mobiles départementales spécialisées sur les situations complexes nécessitant un accompagnement particulier. L'évolution des modalités de financement des trois dispositifs analysés laisse néanmoins entrevoir **différentes pistes de financement et de contractualisation**, en cohérence avec les besoins et responsabilités communes des acteurs institutionnels (ex. DDCS, Conseil Départemental), partageant la même volonté d'amélioration de l'inclusion sociale et de réduction des inégalités de santé (Annexe 7.1).

Le bilan des dispositifs du Rhône et de la Savoie, suite à plusieurs années de fonctionnement montre leur efficacité dans la pérennisation du maintien à domicile pour la majorité des occupants accompagnés avec une amélioration visible de leurs conditions de vie (ex. peuvent à nouveau dormir dans un lit, sourire...) et dans la réduction des situations d'urgence (Annexe 7.1).

En Nouvelle-Aquitaine (cf. §3.2.3.1.3), le **projet IPSYDOM** mobilisant des acteurs/dispositifs existants sur l'ensemble des départements (EMPP, PTA, CD, bailleurs...) et le **protocole d'intervention de la ville de Limoges élaboré dans le cadre du CLSM** constituent **deux approches partenariales déclinables** sur l'ensemble des départements néo aquitains, moyennant un soutien politique fort et la sensibilisation et mobilisation des acteurs pertinents.

4.1.3 Modalités d'intervention/de prise en charge

Quelles que soient les approches réseaux mises en œuvre, une **évaluation multidimensionnelle (médicale, psycho-sociale, logement...)** étayée de la personne le plus en amont possible ainsi qu'une **prise en charge multi-partenariale adaptée et durable** s'avère essentielle pour aider au maintien des occupants dans leur logement en minimisant les risques.

4.1.3.1 Critères opérationnels possibles

Les deux critères opérationnels utilisés par les équipes d'intervention spécialisées en France interrogées dans cette étude (en Savoie et dans le Rhône) pour orienter les interventions gagneraient à être discutés et généralisés dans les pratiques :

21 Ils assurent un accompagnement personnalisé des occupants en rupture de liens sociaux/médicaux de façon à ré-établir un lien vers les dispositifs de droit commun mais aussi de permettre une meilleure articulation entre des acteurs issus de champs sectoriels encore cloisonnés (sanitaire, médico-social, social, mandataires judiciaires...) dont l'implication est nécessaire pour envisager des solutions durables prenant en compte l'occupant.

- La **distinction entre SD primaire et secondaire**, nécessitant un diagnostic clinique (dont une première évaluation peut être réalisée à domicile par un psychiatre, un infirmier formé aux troubles psychiques/addictions)
- La difficulté à se séparer des objets accumulés même sans valeur (**sylllogomanie**) désormais reconnue en tant que troubles psychiques dans la CIM-11

Ainsi, l'accompagnement de l'occupant présentant un SD primaire avec accumulation active (sylllogomanie) sera le plus long et complexe à mener du fait de la négociation permanente nécessaire pour désencombrer et nettoyer afin de limiter les risques dus à l'accumulation. Dans ces situations, lorsque l'occupant s'est engagé à débarrasser par lui-même et n'a pas pu s'exécuter, l'équipe de Savoie, préconise la voie coercitive. Cette démarche respecte les principes de décision éthique proposé dans [51]. Les **pratiques d'accompagnement thérapeutique à domicile** du psychologue de l'association ALPIL (Dr Pichon²²) [56-58], d'orientation psychanalytique mais aussi les approches de types cognitivo-comportementales pourraient également s'avérer efficaces pour réhabiliter les capacités domestiques de la personne et la réappropriation de son logement [19 ; 59].

4.1.3.2 **Outils multidimensionnels d'évaluation/d'aide à la décision**

Bien que plusieurs **outils** permettant de mieux caractériser le risque sanitaire et global lié aux situations d'incurie dans le logement aient été produits (cf. §2.3.3), ils restent peu diffusés et utilisés. Pourtant, les échelles telles que la CIR (Clutter Image Rating Scale)²³ sont utilisées par exemple par l'équipe ALPIL dédiée dans le Rhône [56]. Les échelles permettent de s'affranchir des évaluations subjectives (notamment lors de signalements), de pouvoir mieux comparer les situations, d'apporter des preuves lors de mesures de protection nécessaires mais aussi de pouvoir mieux évaluer l'efficacité de l'ensemble des interventions autour de la personne.

Deux grilles de décision élaborées en France pourraient être particulièrement intéressantes à évaluer et à s'approprier par les acteurs (Annexe 8) :

- La **grille d'évaluation élaborée par le Dr Monfort en lien avec les professionnels et services d'hygiène de la ville de Paris** permettant d'établir un score multidimensionnel du risque (Annexe 8.6). *Lorsqu'un risque majeur pour la personne et son entourage est établi, une intervention rapide est alors justifiée sans attendre une négociation trop longue entre le respect de la personne et celui de l'entourage.*
- Le **score éthique décisionnel d'hospitalisation du CH Esquirol** permettant à des professionnels médico-sociaux de déterminer la nécessité d'une hospitalisation plutôt que le recours à des soins à domicile (§3.2.3.1.3 et Annexe 8.7).

²² Psychologue clinicien ayant effectué des recherches avec l'OSPERE-SAMDARRA sur la psychologie clinique de l'habiter des occupants en situation d'incurie dans l'habitat ([57-58]).

²³ Echelle composée de planches de photos représentant des pièces de vie plus ou moins encombrées présentée dans [18]

Bien que ces outils doivent être uniquement utilisés comme aide à la décision et ne remplacent pas la nécessité d'une évaluation croisée de la situation entre les professionnels et la recherche systématique et assidue de l'adhésion et de la volonté de la personne, elles permettent de légitimer la nécessité d'une action²⁴.

Par ailleurs, pour éviter les signalements des bailleurs jugés parfois abusifs de la part des équipes médico-sociales, de santé mentale et psychiatrie, il semblerait important que les professionnels de santé mentale et de la psychiatrie puissent davantage outiller les acteurs sociaux sur les postures à adopter et signaux à repérer qui s'apparentent à des troubles de santé mentale.

4.1.3.3 **Points d'attention, bonnes pratiques et limites**

Les points d'attention, bonnes pratiques et limites concernant la construction d'un réseau d'acteurs et les modalités d'intervention sont détaillés en Annexe 7.3.

De manière générale, les professionnels rappellent que les **actions doivent s'inscrire dans le temps et de ne pas céder à l'urgence** qu'évoque la situation **compte-tenu de sa durée** (situations ayant perdurées un à cinq ans minimums parfois plusieurs années).

La prise en compte de l'individualité de la personne et la recherche de son implication doit être au cœur de la stratégie d'intervention. L'établissement d'un lien de confiance préalable avec l'occupant (étape clef), l'évaluation multidimensionnelle de la situation (logement, occupant, voisinage) nécessitant à minima une évaluation sociale, médicale et sanitaire reste essentielle. Une recherche et prise en compte systématique de pathologies sous-jacentes et de l'histoire de vie de l'occupant est nécessaire ainsi que la concertation et coordination des acteurs pour un accompagnement/veille à domicile adapté, respectueux, empathique de la personne avant, pendant et après l'intervention afin de l'amener vers une démarche de réappropriation du logement et de restauration du lien social. Ces précautions doivent néanmoins être conciliées avec la réduction des effectifs et ressources institutionnelles ainsi que les contraintes de temps et les exigences sociales, rendant nécessaires l'identification de l'ensemble des ressources locales, leur articulation et leur mutualisation à l'échelle pertinente.

L'appui politique de responsables institutionnels et élus, convaincus de la vulnérabilité des personnes concernées et de la nécessité d'un travail collectif avec la volonté de faire évoluer les pratiques au service d'une meilleure inclusion des personnes sera donc essentielle.

²⁴ Remarque : D'autres grilles d'analyse multidimensionnelle, pluridisciplinaire et partenariale portant sur l'ensemble des dimensions de la vie de la personne dans le champ de l'autonomie (**Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation de la MAIA pour personnes âgées ; handicap psychique**) pourraient également être considérées pour un accompagnement adapté sur le long terme dans une logique de rétablissement et d'un maintien à domicile en limitant les risques de récidive [60-61]

L'identification d'acteurs mobiles, formés et sensibilisés aux problématiques médico-psycho-sociales s'avère nécessaire sur un territoire. La mobilisation, sensibilité et sensibilisation inégale des professionnels de santé mentale et de la psychiatrie²⁵, des médecins traitants, des travailleurs sociaux et mandataires judiciaires, des aides à domicile... est une réalité à prendre en compte.

4.1.4 Recommandations

4.1.4.1 *Développer des modalités communes d'intervention dans le cadre d'une réflexion départementale/ régionale voire nationale (incurie dans l'habitat) (Recommandation 1)*

- **S'appuyer sur les modèles de réseaux** d'acteurs et modalités d'intervention analysés dans cette étude et les approches partenariales initiées en NA à partir des ressources locales
- **S'affranchir de l'obligation d'agir des agents Habitat/Santé par le levier coercitif (L1311-4)** pour les situations d'incurie dans l'habitat **et solliciter systématiquement un avis médical et psycho-social**
- **Soutenir le développement d'outils d'évaluation multidimensionnelle des risques** et d'aide à l'orientation éthique des interventions concernant les situations d'incurie dans l'habitat (*cf. outil d'aide à la décision d'hospitalisation concernant les occupants en situation d'incurie dans l'habitat proposé par le CH Esquirol ; Annexe 8.7*). Les acteurs Habitat/Santé tout comme l'ensemble des acteurs confrontés à ces situations devraient participer et promouvoir activement sa validation.
- **Solliciter la Direction Générale de la Santé** sur la position du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) concernant les modalités d'intervention à mettre en œuvre dans le cadre des situations d'incurie dans l'habitat en lien avec le Comité Consultatif National d'Éthique, le Conseil de l'Ordre des Médecins etc. pour une actualisation du guide de la DIHAL [33] et recommandations en termes de prise en charge

4.1.4.2 *Développer les partenariats et approches intersectorielles et interinstitutionnelles (Recommandation 2)*

- **Renforcer le partenariat avec le Conseil Départemental** et proposer un accompagnement intégré possible des occupants en situations d'incurie dans l'habitat (*ex. accompagnement d'anticipation SAMSAH tels que préconisé dans le rapport Laforcade [15] et mise en œuvre par le CD en Sarthe*)

²⁵ *L'hyperspécialisation des offres de soins et la logique d'intervention sur base de patients en demande conjuguées aux manques de moyens de la psychiatrie, font d'aujourd'hui que seuls les équipes mobiles de type EMPP/PASS mobiles ou des secteurs associatifs semblent pouvoir répondre à des situations complexes n'entrant pas dans une filière de soins spécifiques et nécessitant une approche d'« Aller-vers »*

- **Renforcer l'implication des acteurs Habitat/Santé en DD ARS dans les partenariats avec les acteurs locaux** (ex. conventions-cadre) et la promotion d'actions de santé au sein des **CLS** et **CLSM**
- **Mobiliser les acteurs locaux et initier des recherche-actions d'interventions intersectorielles** dans le cadre du programme de financement de la promotion d'organisations et de financements innovants en santé (LFSS 2018) (ex. *recherche-action intersectorielle et interinstitutionnelle pour un meilleur accompagnement des occupants en situations complexes à domicile dont incurie dans l'habitat*)

4.2. A partir des forces et faiblesses des réseaux d'acteurs et leviers d'actions en Nouvelle-Aquitaine

4.2.1 Analyse croisée des forces et faiblesses par département et proposition de critères opérationnels pour la construction de réseaux d'acteurs

L'analyse croisée des forces, faiblesses, initiatives et leviers d'actions par département a été réalisée et classifiée selon les catégories suivantes afin de dégager des typologies de départements: **1/** Actions Habitat/Santé et possibilités de repérage : opérateurs PIG/OPAH couvrant le département, actions en lien avec l'amélioration de la prise en charge des situations d'incurie à domicile, actions précarité énergétique et santé ; **2/** Partenariats intersectoriels en lien avec les réseaux d'acteurs du logement **3/** Equipes mobiles EMPP/PASS mobilisables sur les situations complexes à domicile ; **4/** Actions précarité/santé ; **5/** Maillage et démographie sanitaire, médico-social, social (logement) ; dynamique locale d'acteurs Actions Santé (instances CLS, CLSM, programmes) ; **6/** Offres de soins et actions ambulatoires santé mentale et psychiatrie. Les éléments répertoriés sont présentés en Annexe 9.8.

Sur base des retours d'expérience des DD ARS, SCHS et de l'identification des dispositifs/outils/structures et diagnostics qui ont pu être consultés durant cette étude, il ressort que plusieurs critères opérationnels pourraient faciliter la construction de réseaux d'acteurs permettant une meilleure prise en charge des occupants en situation d'incurie « extrême » dans l'habitat en NA (Tableau 3).

Tableau 3 Proposition de critères opérationnels à la construction de réseaux d'acteurs

Critères opérationnels	16	17	19	23	24	33	40	47	64	79	86	87
Appui des élus, Préfet et/ou sous-Préfet Habitat, CD par le biais des PDLHI sur les situations complexes, personnes vulnérables												
Appui des acteurs ARS interne (PPS, offre de soins, santé mentale-précarité-additions)												
Existence de dynamiques/conventions partenariales intersectorielles (cohésion sociale, logement, santé mentale)				nc	*	*						
Appui sur les réseaux d'acteurs mobilisés par les SCHS	nc	nc	nc	/	*	*	/		nc	nc		
Instances de concertation santé/sociale locales opérationnelles (SIAO, CLS santé mentale-logement, CLSM)		*			*	*						
Dispositifs/équipes existantes solidarités/ inclusion sociale		nc	*			*						
Dispositifs d'appui et de coordination parcours de santé opérationnels (PTA, MAIA) / Initiatives					*							
Approche santé mentale communautaire portée par des professionnels de santé fédérateurs	nc				nc	nc	nc			nc		
Actions PDALHPD (articulation champ social-sanitaire : souffrance psychique ; actions incurie dans l'habitat)		nc										

(*) actions actuellement limitées à certains territoires ; nc : non connu ; cases remplies en bleu foncé ou clair : critère facilitant déjà utilisé (bleu foncé) ou identifié (bleu clair) ; Les numéros de départements de couleur bleue ont fait l'objet d'initiatives en DD ARS

Néanmoins, du fait de la complexité et multiplicité des réseaux existants, ces critères devraient être étayés par une connaissance fine des structures/acteurs de terrain, des dynamiques et enjeux locaux au sein de chaque département. Le niveau régional n'est pas suffisant pour une telle analyse. Les relais institutionnels départementaux sont essentiels. Il apparaît cependant qu'eux-mêmes manquent de relais pour identifier l'ensemble des structures et acteurs sur leur territoire²⁶. Les enjeux d'une articulation transversale intra- et inter-institutionnelle (Etat, collectivités territoriales, hôpitaux) mais aussi à différentes échelles territoriales (région, département, EPCI, communes) sont au cœur de la recherche d'une réponse cohérente à l'échelle régionale.

Plusieurs facteurs facilitant une approche partenariale en Nouvelle-Aquitaine pour une prise en charge adaptée des occupants en situations d'incurie dans l'habitat sur l'ensemble des territoires néo-aquitains sont précisés dans l'Annexe 10.

4.2.2 Recommandations

4.2.2.1 *Echelle pertinente pour la construction de réseaux d'acteurs (Recommandation 3)*

Afin d'assurer une **cohérence régionale**, il apparaît important que le **pôle Santé Environnement (PSE)** de la Direction Santé Publique puisse renforcer les **actions transversales avec les autres directions** (notamment la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie (**DOSA**) ainsi que le pôle études, statistiques et évaluation de la Direction du pilotage, de la stratégie et des parcours (**DPSP**)).

²⁶ La DDCS (volet logement sociale) de la Vienne chargée de l'élaboration du PDALHPD interrogée mentionne que deux années ont été nécessaires à l'identification des acteurs intervenant dans le champ social, sanitaire et du logement.

Cependant, la mission du référent régional Habitat/Santé n'a pas été renouvelée et l'effectif PSE à ce jour menacé, n'a pas les capacités d'assurer cette mission pourtant essentielle, notamment dans le cadre du déploiement des actions prévues dans le **PRAPS**.

L'échelle territoriale actuelle pertinente pour la mobilisation des acteurs institutionnels dans le cadre d'actions permettant une meilleure prise en compte des enjeux de santé des occupants en situations d'incurie dans l'habitat et plus largement dans le cadre des occupants de logements indignes semble être **l'échelon départemental**²⁷.

Une réflexion au sein des **PDLHI** regroupant une majorité d'acteurs institutionnels (DDT, ARS, CD, DDCS, CAF, MSA...) en veillant à mobiliser les équipes mobiles de santé mentale (de type EMPP/PASS mobile), les mandataires judiciaires (ex. UDAF), les bailleurs, les opérateurs OPAH/PIG, EPCI, les représentants des maires, le représentant de l'Union Départemental CCAS, les coordinateurs PTA... s'avérerait pertinente.

Il serait important de renforcer les échanges et la mutualisation des expériences entre les SCHS et les DD ARS. Les critères opérationnels identifiés dans cette étude pour chaque département pourraient être mobilisés.

Une déclinaison territoriale cohérente devrait être assurée en fonction des différentes logiques de sectorisation des équipes de proximité du CD, EMPP, PTA... et des personnes référentes et sensibilisées aux problématiques médico-psycho-sociales complexes des occupants, désignées sur chaque secteur.

4.2.2.2 **Promouvoir les leviers du PRAPS au sein des PDLHI (Recommandation 4)**

La mobilisation des acteurs Habitat/Santé en DD ARS dans la mise en œuvre de l'objectif 6 du PRAPS et de l'action 54 (*accompagnement médico-social des personnes en situation d'habitat indigne dont l'incurie dans l'habitat*) s'avère essentielle pour mobiliser et sensibiliser les professionnels et promouvoir les échanges intersectoriels et interprofessionnels [19'] Les EMPP/PASS mobiles, médiateurs de santé renforcés dans le cadre du PRAPS devraient être mobilisés.

Un recensement plus exhaustif des signalements d'incurie dans l'habitat et des besoins des acteurs s'avère nécessaire afin d'élaborer une réponse cohérente à l'échelle départementale²⁸.

²⁷ Les planifications dans le champ de la santé mentale (PTSM), de l'accès au logement et à l'hébergement des personnes défavorisées et de la lutte contre l'habitat indigne et la précarité énergétique (PDALHPD), des personnes âgées et en situation de handicap (schéma départemental de l'autonomie), de la protection administrative et juridique des majeurs vulnérables sont élaborées à cette échelle pour l'ensemble des départements de la Nouvelle-Aquitaine (à l'exception du PTSM de la région ex-Limousin).

²⁸ Il apparaît qu'actuellement le traitement de ces situations émane de multiples voies de signalements et de prise en charge possibles par des acteurs qui s'ignorent (MAIA, médecins traitants, mairies, CCAS, bailleurs, mandataires judiciaires, MPS, psychiatrie...).

L'organisation d'une **rencontre pluridisciplinaire** départementale sur le sujet de **l'incurie dans l'habitat et du SD** impliquant les coordinateurs des PTSM et l'ensemble des acteurs concernés est suggérée afin de faciliter la connaissance mutuelle de l'ensemble des acteurs impliqués, d'échanger sur les pratiques et de définir des modalités d'intervention communes (*ex. de la journée de sensibilisation pluridisciplinaire sur le SD organisée par le CH de Montauban et la DD ARS du Tarn-et-Garonne [34]*)²⁹

4.2.2.3 **Sensibiliser/mobiliser les acteurs internes/externes et mutualiser les besoins (Recommandation 5)**

- **Elaborer un plaidoyer** pour une mobilisation interne et externe au sujet des occupants en situations d'incurie dans l'habitat (cf. éléments en Annexe 10)
- **Mobiliser les acteurs internes ARS** : le travail transversal interne en DD ARS et à l'échelle régionale entre référents Habitat/Santé, PPS, précarité-santé mentale-addictions et référents de pôles d'animation territoriale et parcours de santé s'avère essentiel afin de mutualiser les connaissances du territoire et promouvoir les approches intersectorielles pour un meilleur accompagnement médico-social des occupants en situations d'habitat dégradé et d'incurie dans l'habitat.
- **Mutualiser les actions du Plan Régional Santé Environnement 3 NA (PRSE3 NA) de sensibilisation des professionnels de santé de première ligne** (médecins traitants) à la santé environnementale pour envisager une réflexion avec les professionnels de santé concernant les occupants en situations d'incurie dans l'habitat
- **Promouvoir et participer aux actions de sensibilisation sur les troubles de santé mentale, leur repérage et prise en charge** actuellement dispensées par les centres hospitaliers de chaque département à destination des travailleurs sociaux, MAIA...notamment dans le cadre des CLSM et des actions des PDALHPD (*ex. modèle de formation de 2 jours promu par la DD ARS 73 concernant l'accompagnement des occupants en situation d'incurie dans l'habitat, Annexe 8.8*)
- **Soutenir les initiatives portées par les acteurs médico-sociaux, sociaux** (*ex. guide de bonnes pratiques concernant le SD à l'initiative de la MAIA en Haute-Gironde*) et **veiller à la diffusion des retours d'expérience** aux autres territoires néo-aquitains
- **Sensibiliser les acteurs des champs sanitaires** (santé mentale et psychiatrie) et **médico-sociaux** aux **dispositifs et outils de la LHI** et aux liens entre habitat et santé
- **Mutualiser les besoins en accompagnement médico-psycho-social** des parcs publics et privés (en mutualisant les actions et acteurs des PDALHPD et l'action 56³⁰ du PRAPS) (*ex. médiateur de santé au sein du SIAO de la Lozère, Annexe 7.1*).

²⁹ Les départements **33** et **16** ont par ailleurs déjà prévu des actions envers les occupants en situations d'incurie dans l'habitat dans le cadre du PDALHPD tandis que le département **24** travaille à la mobilisation des acteurs pertinents au sein d'un COTECH spécifique du PDLHI.

³⁰ Action 56 du PRAPS : Renforcer la mobilisation des bailleurs publics sur les problématiques de santé (et en particulier de santé mentale)

4.3. A partir des évolutions législatives et réglementaires et leur impact sur les missions des acteurs Habitat/Santé

Les missions des agents Habitat/Santé en DD ARS sont aujourd'hui beaucoup focalisées sur les facteurs techniques et juridiques des habitats dégradés et **doivent évoluer vers un meilleur accompagnement des personnes impactées par les conditions d'habitats dégradés en facilitant les partenariats et dynamiques locales**. Ces évolutions seront en partie dépendantes des décisions nationales dans le cadre de la loi ELAN et des ordonnances à venir (qui préciseront la répartition des compétences des collectivités, des ARS et des services de l'Etat en matière de santé, salubrité et d'hygiène publique). La montée en compétences des EPCI devra être accompagnée par les acteurs Habitat/Santé en DD ARS et SCHS présents sur les territoires.

L'émergence d'un acteur unique, l'EPCI, disposant des outils coercitives et incitatifs en matière d'habitat ainsi que des compétences sociales permettrait d'assurer une meilleure efficacité à moyen et long terme des actions en matière de réduction des inégalités sociales et environnementales de santé. La saisine du HCSP devrait par ailleurs aboutir à une actualisation des critères de salubrité et propriétés de l'habitat permettant une meilleure prise en compte de leur impact sur la santé des occupants lors de l'évaluation du logement [62].

Une meilleure connaissance des problématiques de santé des occupants de logements dégradés et des territoires concernés s'avère nécessaire en Nouvelle-Aquitaine pour orienter les actions de prévention et d'accompagnement.

4.3.1 Donner les moyens aux acteurs Habitat/Santé en ARS de renforcer l'approche préventive (Recommandation 6)

- Sécuriser les postes des acteurs Habitat/Santé en ARS
- Mobiliser l'Observatoire Régionale de Santé (ORS) NA afin de proposer une méthode de repérage actif des occupants en situations de logements dégradés et présentant des problèmes de santé (mentale), notamment par l'élaboration d'indicateurs composites tel que recommandé par le HCSP, afin de mieux cibler les actions sur les territoires³¹.
- **Mieux connaître et accompagner les problématiques médico-psychosociales des occupants en habitats dégradés** (non décents, indignes, occupants en situation de précarité énergétique).

31 indicateur composite recommandé par le HCSP en réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé dans le cadre de l'évaluation de la SNS (Note du 2 mai 2014) « Taux de familles vivant dans des logements indignes » : part des ménages vivant dans des logements insalubres, ayant des difficultés de confort dans le logement, vivant dans des conditions de précarité énergétique, vivant en surpopulation.

Une enquête qualitative sur l'état de santé des occupants de ces logements pourrait être réalisée afin de développer des actions de prévention visant à réduire l'impact des risques sanitaires liés au logement (cf. enquête de la DD ARS 66 [24]).

Les départements 24, 47, 33 pourraient notamment s'appuyer sur les équipes mobilisées dans le cadre de l'expérimentation concernant les occupants en situations de précarité énergétique (cf. *Action Précarité Énergétique de la CREAQ/pavillon Mutualité française*).

Un meilleur accompagnement des occupants dont le logement a été déclaré insalubre pourrait être envisagé tel que mis en œuvre dans les Pyrénées-Orientales (66) et en Ile de France³² (ex. *information des occupants sur la procédure enclenchée et ses conséquences, accompagnement sanitaire et social des occupants*).

5 Conclusion

Les récentes évolutions législatives (ASV 2015, LMSS 2016, ELAN 2018) ainsi que les stratégies et plans nationaux établis pour les prochaines années (*Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022, la SNS 2018, la feuille de route psychiatrie et santé mentale 2018, les propositions du CAP 2022 pour changer de modèle, la vision 2018 du CNSA d'une société inclusive*) tendent à converger vers une politique intersectorielle visant à favoriser une approche intégrée des services pour mieux répondre aux besoins individuels et évolutifs de chaque personne à l'ensemble des étapes de sa vie, en garantissant la continuité de ses droits, de ses parcours (de soins, de santé et de vie dont résidentiel) et l'inclusion des populations les plus fragiles. Ces ambitions nécessitent une évolution des pratiques institutionnelles vers une culture transversale et collaborative, qui doit être facilitée par le développement d'outils collaboratifs, la généralisation des échanges de données inter-administration et la promotion de modèles d'organisations et de financements intersectoriels innovants notamment en santé (cf. article 51 de la LFSS 2018).

Par ailleurs, la convergence des différentes politiques sectorielles autour du logement devrait induire davantage de mobilité et de coopération entre les acteurs.

Le logement est désormais au cœur du rétablissement/réhabilitation en santé mentale et de la logique de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, du virage ambulatoire en santé, de la lutte contre l'exclusion sociale, de l'adaptation de la société au vieillissement et au handicap (visant à favoriser le maintien à domicile), de la réduction des inégalités de santé, de la transition énergétique...)

32 Cf. [24] sur les 28 personnes interviewées, la grande majorité des personnes souffraient de troubles anxiodépressifs et/ou du sommeil (21/28) et avaient des problèmes d'addictions (tabac, alcool ; cannabis) (22/28) : Un carnet d'accompagnement à la santé élaboré par la DD ARS des Pyrénées-Orientales en collaboration avec l'IREPS est désormais remis à tout occupant faisant l'objet d'un arrêté d'insalubrité. Des actions similaires sont mises en œuvre par l'ARS Ile-de-France dans le cadre du PRS2

La présente étude réalisée autour de la construction de réseaux de prise en charge des occupants de logements indignes présentant des troubles de santé mentale à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine s'inscrit donc dans cette volonté et nécessité de décloisonnement et d'articulation des politiques et acteurs aux échelles territoriales pertinentes pour mieux répondre aux problèmes médico-psycho-sociaux complexes des personnes les plus vulnérables. Parmi les situations complexes d'occupants auxquelles sont confrontés les acteurs Habitat/Santé en DD ARS et SCHS et de nombreux acteurs qui s'ignorent, celles des occupants en situations d'incurie dans l'habitat posent de nombreuses interrogations éthiques, médicales, sociales... Face à la vulnérabilité de situations humaines complexes, il n'est pas rare que les agents d'insalubrité en SCHS et DD ARS s'impliquent au-delà de leur champ d'intervention pour pallier aux soutiens social et familial souvent défaillants envers les occupants. Les acteurs Habitat/Santé sont en première ligne pour évaluer les risques liés au logement, mais le risque principal est souvent lié à l'occupant lui-même, en situation d'autonégligence, d'abandon de soins, nécessitant une évaluation médicale et psycho-sociale étayée ainsi que la recherche systématique d'un trouble (psychiatrique, neurocognitif...) sous-jacent pour apprécier le caractère lucide ou non de l'occupant. Une approche partenariale centrée sur la personne et le respect de sa volonté dans une démarche éthique s'avère essentielle pour accompagner l'occupant vers une amélioration durable de ses conditions de vie et une restauration du lien social.

Une prise de conscience collective et l'adaptation des modalités de prise en charge s'avèrent essentielles ainsi qu'un repérage et une intervention plus précoce pour prévenir les situations d'urgence actuelles. Cette étude montre qu'une mutualisation et une articulation des besoins des acteurs, des pratiques à domicile et des plans/dispositifs/outils déployés autour de la question du logement (sur chaque département) et de la santé mentale des occupants en Nouvelle-Aquitaine permettrait une prise en charge plus adaptée des occupants en situations d'incurie extrême dans l'habitat. Elle nécessite un fort engagement des acteurs institutionnels (ARS, Conseil Départemental, DDCCS ...) et une mobilisation régionale au regard des connaissances et réseaux d'acteurs identifiés dans cette étude. Si la transformation du système de santé actuel vise à faciliter les soins et le maintien à domicile y compris dans les situations complexes d'occupants auxquelles pourraient répondre les occupants en situation d'incurie dans l'habitat, elle devra être conciliée avec le respect de l'espace privé, de la liberté individuelle de la personne et l'application de principes éthiques face aux occupants en refus et déni de soins.

Bibliographie

Documents de planification/diagnostics (')

- [1'] Dossier Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017
- [2'] CSSMP (2018) Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 2806/18
- [3'] PRS (Plan Régional de Santé) Nouvelle Aquitaine 2018-2028, Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine
- [4'] COS (Cadre d'orientation stratégique) 2018-2028, Projet Régional de Santé 2018-2028, Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine
- [5'] SRS (Schéma Régional de Santé) 2018-2023, Projet Régional de Santé 2018-2028, Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine
- [6'] PRAPS (Programme régional d'Accès à la Prévention et aux soins pour les plus démunis) 2018-2023, Projet Régional de Santé 2018-2028, Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine
- [7'] Comité d'Action Publique 2022 (2018) Service Publique Se réinventer pour mieux servir : nos 22 propositions pour changer de modèle, juin 2018
- [8'] INSEE (2015) Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes : 5,8 millions d'habitants en 2012, Insee Analyses N°6, janvier 2015
- [9'] Nouvelle-Aquitaine (2017) Diagnostic de l'habitat en Nouvelle-Aquitaine, Contributions de l'Etat, Restitution du diagnostic partagé élaboré en lien avec les DDT(M) et les DDCS(PP) les 25 janvier et 10 février 2017
- [10'] ARS Nouvelle-Aquitaine (2018) Diagnostic régional Nouvelle-Aquitaine, PRS 2018-2028 Nouvelle-Aquitaine + Département communication ARS Nouvelle Aquitaine (2017) Portrait de territoire : Charente [16], Charente-Maritime [17], Corrèze [19], Creuse [23], Dordogne [24], Gironde [33], Landes [40], Lot-et-Garonne [47], Pyrénées-Atlantiques [64], Deux-Sèvres [79], Vienne [86], Haute-Vienne [87], ARS Nouvelle-Aquitaine, janvier 2017
- [11'] DRDJSCS (2016) Synthèse régionale des diagnostics territoriaux à 360° Nouvelle-Aquitaine (dont Régions Limousin, Poitou-Charentes, Aquitaine)
- [12'] ARS Nouvelle-Aquitaine (2017) Diagnostic Santé Mentale, PRS 2018-2028 Nouvelle-Aquitaine
- [13'] PESE (Pôle Etudes Statistiques et Evaluation) (2017) Diagnostic Territorial Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques, Deux-Sèvres, Vienne, Haute-Vienne, V01, PRS Nouvelle-Aquitaine, ARS Nouvelle-Aquitaine, septembre 2017
- [14'] Observatoire Régional de Santé (ORS) NA (2018) Inégalités sociales de sante en Nouvelle-Aquitaine : Approche à partir d'une typologie des bassins de vie, ORS NA-ARS NA, juin 2018
- [15'] ARS Nouvelle-Aquitaine (2017) Plateformes territoriales d'appui (PTA) - Document régional d'orientation et d'appui
- [16'] Note de Cadrage (2017) « Santé mentale et handicap psychique », ARS Nouvelle-Aquitaine, Direction Offre de soins et Autonomie.

- [17'] PDALHPD Charente 2018-23 ; Charente-Maritime 2017-22 ; Creuse 2013-18 ; Dordogne 2018-23 ; Gironde 2016-21 ; Landes 2017-22 ; Lot-et-Garonne 2017-22 ; Deux-Sèvres 2016-21 ; Vienne 2017-22 ; Haute-Vienne 2016-21
- [18'] DRJSCS Nouvelle-Aquitaine-CREAI Aquitaine (2016) Observatoire de la Protection juridique en Nouvelle-Aquitaine : Publics, professionnels, mesures, Tableaux de bord 2016
- [19'] PRS NA (2017) Journée Régionale Nouvelle-Aquitaine des EMPP, Présentation du PRAPS, 20 novembre 2017, Bordeaux

Autres documents

- [1] DGCS/FAS/FNSS (2018) Référentiel de missions et d'évaluation Maraudes & SAMU sociaux, octobre 2018
- [2] Furtos F (2011), La précarité et ses effets sur la santé mentale, *Le Carnet PSY* (7)156 : 29-34
- [3] Massin I, de Coustin H, Laurand G (2009) Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé, rapport IGAS N°RM2009-031P / IGA N° 09-015-01 / CGEDD N° 005981-01
- [4] Château G (2005) Importance et nature des facteurs de blocage dans la résolution d'une situation d'habitat insalubre, en particulier ceux liés aux occupants, rapport IGS promotion 2005, EHESP
- [5] ANCREAI (2017) Etude relative à la population des majeurs protégés, Profils, parcours et évolutions, Synthèse, mai 2017
- [6] Krieger, J and Higgins D (2002). Housing and health: Time again for public health action. *Am. J. Public Health* 92(5) : 758-768
- [7] Ginot L, Peyr C. (2010) Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social. *Santé Publique* 22 : 493-503
- [8] Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D (2011) Environmental burden of disease associated with inadequate housing: Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. World Health Organization Europe
- [9] Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (2011) Eléments de préconisations pour un habitat favorable à la santé, Les contributions des villes, Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, *Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*
- [10] FAP (2016) 21^e Rapport sur l'état du mal-logement en France, zoom : Le logement est une question de santé publique, Fondation Abbé Pierre
- [11] Evans GW (2003) The Built Environment and Mental Health, *J. of Urban Health: Bull. of the New York Academy of Medicine*, 80 (40): 536-54
- [12] Bonnefoy X, Braubach M, Davidson M, Röbbel N (2007) A pan-European housing and health survey: description and evaluation of methods and approaches, *Int. J. Environ. Poll.*, Vol. 30, Nos. 3/4
- [13] Gelormino E, Melis G, Marietta C, Costa G, (2015) From built environment to health inequalities: An explanatory framework based on evidence, *Preventive Medicine Reports* 2: 737-47
- [14] Webb MD (2017) Finding HOPE: Changes in depressive symptomology following relocation from distressed public housing, *Social Science & Medicine* 190: 165-73
- [15] Moore THM, Kestena, JM, López-López JA, Ijaza S, McAleenan A, A. Richardsa, Gray S, Savovića J, Audrey S (2018) The effects of changes to the built environment on the mental health and well-being of adults: Systematic review, *Health and Place* 53: 237-57

- [16] Laforcarde M (2016) Rapport relatif à la santé mentale, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Ministère des Affaires Sociales et la Santé
- [17] Meryglod N (2007) L'incurie dans l'habitat, Thèse de doctorat en Médecine, Université Claude Bernard Lyon I- R.T.H. Laennec (sous la direction du Dr J. Furtos)
- [18] Leroy A (2017) Le syndrome de Diogène en 2017 : où en sommes-nous ? À partir d'une revue de la littérature et d'une étude de cas, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Bordeaux U. F. R. Des Sciences Médicales
- [19] Boulestaix M, (2018) Syndrome de Diogène et autres situations d'incurie du logement : validation d'un score d'aide décisionnelle d'hospitalisation lors des évaluations à domicile, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Limoges (mention Excellence)
- [20] Barrès M (2016) L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Île-de-France, ARS Ile de France
- [21] Girard V, Estecahandy P, Chauvin P (2010) La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi. La Documentation française, pp.231
- [22] INSEE (2017) Les conditions de logement en France, Edition 2017
- [23] Observatoire National de la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (ONPES) (2017) Mal-logement, mal-logés, Rapport 2017-2018
- [24] Colleville AC (2014) Impact des conditions de logement dégradés sur la santé des occupants, Congrès national santé environnement, Santé Publique France (InVS), 26/11/14
- [25] Lauzier S (2017) La santé des personnes vivant dans des habitats qualifiés d'indignes : étude qualitative dans les Pyrénées-Orientales, Master 2 santé Publique et environnement spécialité : Intervention en promotion de la santé, Mémoire 2016-2017
- [26] FAP (2017) Les cahiers du logement L'accompagnement des personnes en situation d'habitat indigne L'exemple d'une démarche globale auprès de propriétaires occupants, Fondation Abbé Pierre
- [27] Ledésert B (2014) L'impact de la précarité énergétique sur la santé Caisse nationale d'allocations familiales *Informations sociales* 4(184) : 32-37
- [28] Grey CNB, Jiang S, Nascimento C, Rodgers SE, Johnson R, Lyons RA, Poortinga W (2017) The short term and psychological impacts of domestic energy efficiency investments in low-income areas: a controlled before and after study. *BMC Public Health* (17): 140 DOI 10.1186/s12889-017-4075-4
- [29] Host S, Grange D (2017) Interventions sur le logement et impacts sanitaires. Évaluation des actions. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France
- [30] BRE Building Research Establishment (2005) Cost of Poor Housing Briefing Paper, Grande-Bretagne
- [31] Ledésert B, Gazaix L, Buresi S (2016) Évolution de la consommation de soins à la suite de travaux de réhabilitation de logements. Creai-Ors Languedoc-Roussillon, Gefosat
- [32] Ezratty V, Ormandy D, Laurent M-H, Duburcq A, Courouve L, Cabanes P-A (2018) Assessment of the health-related costs and benefits of upgrading energy efficiency in French housing, *Env Risques Santé*, 17(4): 401–10

- [33] DIHAL (2013) Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement accompagner les personnes en difficulté, Ministère de l'Égalité des territoires et du Logement
- [34] Centre Hospitalier de Montauban (2012) Journée de sensibilisation pluridisciplinaire sur le syndrome de Diogène, organisé le 31 Mai 2012 par ARS Midi-Pyrénées (DD ARS Tarn-et-Garonne), la Mutualité Française Midi-Pyrénées et l'association Le Pari
- [35] Bensliman R (2018) Le Syndrome de Diogène : tour d'horizon d'un point de vue scientifique. Communication orale lors du Colloque « Vigilance et bienveillance autour du Syndrome de Diogène » organisé par le CPAS de Forest le 8 mai 2018, Belgique
- [36] Monfort JC, Hugond-Diener L., Devouche E., Wong C., Pean I (2010) « Syndrome de Diogène et situations apparentées d'auto-exclusion sociale bizarre et paradoxale ». *Neuropsychiatrie du vieillissement*, 18 (2) : 141-53
- [37] Baronnet J, Kertudo P, Fauchoux-Leroy S (2015) La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique, *ONPES-FORS Recherche sociale*, Rapport Final d'Etude, 153 p
- [38] Lamour J (2017) Incurie dans l'Habitat : organisation des différents acteurs du terrain, Mémoire pour le diplôme inter-universitaire (DIU) « Santé mentale dans la communauté », Université Lille 2 Université Paris 13 APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille CCOMS, EPSM Lille Métropole
- [39] Mental Health Association (MHA) San Francisco (2009) Beyond Overwhelmed: The Impact of Compulsive Hoarding and Cluttering in San Francisco and Recommendations to Reduce Negative Impacts and Improve Care. A Report of the San Francisco Task Force on Compulsive Hoarding, The MHA of San Francisco
- [40] Roy R, Auger P (2005) Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique. Direction régionale de santé publique de la Capitale Nationale, Québec, Canada
- [41] Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre (2016) Nuisances Air intérieur L'insalubrité morbide : reconnaître pour mieux intervenir Partie 1 Direction de santé publique de la Montérégie, Québec, Canada
- [42] Government of South Australia (SA), SA Health (2013) A Foot in the Door - Stepping towards solutions to resolve incidents of severe domestic squalor in South Australia, South Australian Department for Health and Ageing; Health Protection Programs
- [43] Rahmani. R (2014) Diagnostic et préconisations Pour une prise en charge communautaire des situations D'incurie dans l'habitat à Aubervilliers, Mémoire DIU Santé mentale dans la communauté
- [44] Pau-Montero S (2010) Les personnes âgées en auto-négligence : un des défis de la médecine ambulatoire, doctorat en médecine, Université Pierre et Marie Curie, Paris 6
- [45] Przewlocka-Alves A, Boussard-Lalauze M-F (2011), « Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien », *Le Coq-héron* 3 (206) : 123-29
- [46] Jacquet-Fontaine H, Martin-Esposito, Dussere-Berard (2018) Le traitement des situations d'incurie dans le département du GARD, Journées régionales de PDLHI de la région Occitanie, 29 mai 2018
- [47] Union Sociale de l'Habitat (USH) (2009) L'adaptation de la gestion des organismes d'HIIm à l'accueil des ménages vulnérables Besoins, principes d'intervention et modes organisationnels, *Les Cahiers Habitants* (128), juin 2009
- [48] Chischportich C, Baudouin G, Merle N (2016) Evaluation des Réseaux Santé Mentale et Logement, *Regards Santé*, mars 2016

- [49] Lazzari M, (2013), La santé et la précarité...un nécessaire travail en réseaux, Réseau Santé Solidarités Lille Métropole, Intervention DU « santé précarité » (<http://www.infectio-lille.com/diaporamas/du-precarite/2013-DU-Sante-precarite-LAZZARI.pdf>)
- [50] Pettré P (2013) L'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles psychiques, Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique, promotion 2012-2013
- [51] NSW (2009) New South Wales hoarding and squalor issues paper. Beyond overwhelmed. Identifying pathways to deliver more effective services for people & their pets affected by hoarding and squalor across NSW, Nouvelle-Galles du Sud, Australie
- [52] Centre de Santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale (2013) Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions : Guide d'intervention à l'usage des intervenants œuvrant auprès des personnes aux prises avec un syndrome d'encombrement ou d'insalubrité morbide, Comité Syndrome d'insalubrité morbide et d'encombrement, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Canada
- [53] Pôle de Lutte contre l'Habitat Indigne et Précarité Énergétique (PDLHI-PE) Vendée (2016) Le guide de l'incurie en Vendée
- [54] DGOS (2016) Parcours de soins parcours de santé parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, lexique des parcours de A à Z
- [55] CNFPT INSET Angers (2012) L'accompagnement des majeurs vulnérables : place et action des services sociaux des Départements, en lien avec leurs partenaires, Actes du 4 et 5 décembre 2012
- [56] ALPIL (2014) Dispositif expérimental « prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat » ARS Rhône-Alpes-Action pour l'Insertion dans le Logement ALPIL ; Fiche de signalement et d'évaluation du niveau d'encombrement et de l'incurie (document confidentiel) ; Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat, Rapport d'activités 2017
- [57] Pichon A (2015) L'incurie dans le logement. *Soins Psychiatr.* 36 :12–6
- [58] Pichon A (2015b) Approche psychodynamique du syndrome de Diogène. *Prat En Santé Ment.* 61 :19–24
- [59] Wheaton MG (2016) Understanding and treating hoarding disorder: A review of cognitive-behavioral models and treatment, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 9: 43-50
- [60] Fèvre E (2017) Handicap psychique et exclusion sociale : Place des phénomènes cliniques et psychopathologique dans les risques d'expulsion d'un logement. Psychologie. Thèse de doctorat, Université d'Angers
- [61] Brunet de La Charie G. (2017) Les situations d'incurie dans l'habitat : des contextes différents et des procédures à adapter, Mémoire Ingénieur d'Etudes Sanitaires Promotion : 2016-2017, EHESP
- [62] DGS (2018) Enjeux sanitaires de évolutions législatives et règlementaires à venir sur l'habitat : Echanges avec les ARS, Document de travail, vendredi 25 mai 2018
- [63] ANCREAI (2016) Etude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique, janvier 2016, ANCREAI-Observatoire National des Aides humaines
- [64] Clark ANG, Mankikar GD, Gray I (1975) Diogene Syndrome, a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 15 : 366-368

[65] Furtos J. (2014) « Le syndrome de Diogène, une modalité de la clinique psychosociale », Incurie dans l'habitat. Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention, Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARA.

Filmographies

L'incurie dans l'habitat (réalisé par l'OSPERE-SAMDARRA, juin 2018) :

https://www.youtube.com/watch?v=1_nc-8HjCsc

Traiter l'incurie Aller vers (réalisé par DICOM-MCT pour l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, la DIHAL et le Ministère de la Cohésion des Territoires, janvier 2018) :

https://www.youtube.com/watch?v=Q0QcT9r_-wo&t=19s

Liste des Annexes

Annexe 1 : Principales lois relatives au logement et à la LHI depuis 1990	56
Annexe 2 : Principales procédures coercitives (civiles et administratives) dans le cadre de la LHI : spécificités et acteurs de la mise en œuvre	57
A2.1 Brève explication des procédures mises en œuvre et autorités concernées	57
A2.2 Tableau comparatif des principales procédures coercitives (civiles et administratives) mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne et non décent	58
Annexe 3 Méthodologie employée	61
A3.1 Objectifs des recherches thématiques dans la littérature	61
A3.2 Recensement et sélection des structures/acteurs	62
A3.3 Préparation, conduite d'entretiens individuels et de réunions de travail/ restitution avec les acteurs identifiés	63
Annexe 4 : Liste des acteurs interrogés et modalités de recueil d'information	65
Annexe 5 : Guide d'entretien/questionnaires/trames d'Emails	69
Annexe 6 Extrait du compte-rendu de la réunion du 4/07/2018	82
Annexe 7 : Dispositifs « Incurie » extrarégionaux : comparaison, exemple de la Savoie	88
A7.1 Tableau comparatif des dispositifs « Incurie dans l'habitat » extrarégionaux	89
A7.2 Compte-rendu d'entretien à propos d'un dispositif atypique en Savoie	97
A7.3 Points d'attention, bonnes pratiques et limites	106
Annexe 8 Syndrome de Diogène & Noé ; critères et outils d'aide à l'évaluation dans les situations d'incurie dans l'habitat, exemple de module de formation	110
A8.1 Syndrome de Diogène : évolution des définitions	111
A8.2 Caractéristiques des occupants et logements en situations d'incurie	112
A8.3 Dangers et risques sanitaires et sécuritaires liés au logement, importants à évaluer dans les situations d'incurie dans l'habitat	114
A8.4 Procédure générale d'intervention (protocole d'accord entre la ville de Limoges, le CH Esquirol et la SPA de la Haute-Vienne)	115
A8.5 Modèle d'intervention de l'équipe de l'association ALPIL	116
A8.6 Grille d'évaluation des risques et des nuisances de la ville de Paris	117
A8.7 Grille et score éthique et clinique d'hospitalisation du Diogène (SECHD) issus d'une étude (non-interventionnelle) rétrospective de patients âgés en situations d'incurie à domicile, CH Esquirol	118
A8.8 Module de formation de la DD ARS 73	119
Annexe 9 Etat des lieux en Nouvelle Aquitaine : indicateurs, problématiques santé mentale et logement, données incurie acteurs Habitat/Santé, modèle CMP renforcé/partenarial DD ARS ; mobilité EMPP, forces et faiblesses départementales	121
A9.1 Tableau comparatif des indicateurs socio-sanitaires considérés par département de la Nouvelle-Aquitaine	122
A9.2 Problématiques précarité-logement -santé mentale par département de la Nouvelle-Aquitaine	124
A9.3 Données départementales (DD ARS/SCHS) traitement de l'habitat indigne et de l'incurie dans l'habitat	126
A9.4 Tableau comparatif : Etat des lieux de la LHI et des situations d'incurie dans l'habitat selon les territoires couverts par les SCHS	127
A9.5 Modèle de CMP 'renforcé' de proximité du CH Esquirol dans le cadre de l'élaboration du PTSM sur le territoire ex-Limousin	131
A9.6 Modèle partenarial d'accompagnement des situations du syndrome de Diogène	132
A9.7 Tableau comparatif de mobilité des EMPP en Nouvelle-Aquitaine	133
A9.8 Forces & faiblesses / initiatives & spécificités locales/leviers d'actions par département de la Nouvelle-Aquitaine	136
Annexe 10 Eléments de plaidoyer pour une meilleure prise en charge des occupants en situations d'incurie dans l'habitat	141

Annexe 1 : Principales lois relatives au logement et à la LHI depuis 1990

Depuis la loi Besson du 31 mai 1990 (*réaffirmant le droit à un logement décent et instituant le Plan Départemental d'Accès au Logement et à l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) et Fond Solidarités Logement (FSL) pour l'accès et le maintien dans le logement*), les lois successives ont visé à mieux protéger les locataires de « bonne foi » des propriétaires indécents et « marchands de sommeil », à sécuriser l'accès et le maintien dans un logement adapté des ménages les plus modestes, à aider les propriétaires occupants impécunieux ainsi qu'à assurer le relogement ou l'hébergement temporaire durant les travaux (en cas d'insalubrité ou de péril) des propriétaires occupants et locataires en vue de préserver leur santé et leur sécurité. Les principales lois et leurs objectifs, peuvent être citées :

- **Loi du 29 juillet 1998** de lutte contre les exclusions visant notamment à éradiquer l'habitat insalubre et renforcer l'accès aux soins des populations précaires en créant le PRAPS,
- **Loi SRU 2000** modifiant les parties du CSP et du CCH relatives à l'insalubrité des immeubles
- **Loi du 9 août 2004** instaurant le Plan National de Santé (PNS) et PRS et l'objectif de réduction des inégalités de santé, notamment par une meilleure prise en compte des personnes les plus vulnérables, le Plan National Santé Environnement (PNSE) et la fonction de Conseiller Médical Environnement Intérieur (CMEI) reconnaissant l'impact de la Qualité de l'Air Intérieur (QAI) sur la santé,
- **Loi ENL du 13 juillet 2006** intégrant la LHI dans les Plans Locaux de l'Habitat et imposant la constitution d'observatoires du logement indigne,
- **Loi DALO du 5 mars 2007** permettant aux personnes en situations d'habitat indigne de faire valoir un droit prioritaire à un logement décent,
- **Loi MLE du 25 mars 2009** définissant l'habitat indigne et instaurant les **Pôles Départementaux de Lutte contre Habitat Indigne (PDLHI)** en tant que volet du PDALHPD,
- **Loi ALUR du 24 mars 2014** visant à renforcer les outils de la lutte contre l'habitat indigne et non décent avec des sanctions plus sévères envers les propriétaires bailleurs et un transfert possible des compétences aux Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI),
- **Loi LTECV** du 17 août 2015 renforçant les dispositifs de financement de la réhabilitation énergétique et de protection des occupants en situations précarité énergétique,
- **Loi ELAN** adoptée le 23 novembre 2018, visant à simplifier les normes de construction afin d'amplifier l'accès et le maintien dans le logement des plus vulnérables (ex. situations de handicap), à soutenir la rénovation de l'habitat et à renforcer la LHI en simplifiant notamment les procédures coercitives et en facilitant le transfert des outils coercitifs et incitatifs à un acteur unique, l'EPCI.

Annexe 2 : Principales procédures coercitives (civiles et administratives) dans le cadre de la LHI : spécificités et acteurs de la mise en œuvre

A2.1 Brève explication des procédures mises en œuvre et autorités concernées

Le **maire** est souvent en première ligne lorsqu'un administré rencontre des problèmes sanitaires et de sécurité dans son logement. L'article L 2212-2 du CGCT et l'article L 1421-4 du CSP viennent consacrer la responsabilité du maire en matière de respect des règles d'hygiène (titre II du RSD) dans les habitations, leurs abords et dépendances et de sécurité (péril) sur sa commune. Il joue souvent un **rôle essentiel de médiateur** entre les parties, notamment auprès des occupants vulnérables. Il pourra notamment s'appuyer sur les agents de salubrité des Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS), des DD ARS et travailleurs sociaux.

- Lorsque les désordres ne présentent pas un danger majeur pour la sécurité et la santé des occupants, le **non-respect des règles de décence** (décret du 30 janvier 2002 remplacé par le décret du 9 mars 2017) peut être relevé par les agents de CAF/MSA (habilités à suspendre les AL depuis la loi ALUR et le décret n° 2015-191 du 18 février 2015) et, les parties, en cas de désaccord, pourront saisir la Commission départementale de conciliation (CDC) ou/puis le juge du Tribunal de (Grande) Instance (T(G)I).

- Dans le cas de **non-respect des règles d'hygiène**, le maire, chargé de l'application du **RSD** pourra mettre en demeure le propriétaire de faire les travaux nécessaires.

- Lorsque les désordres présentent un **danger grave pour la sécurité des occupants** (ex. immeubles menaçant ruines), le maire (ou le président de l'EPCI) mettra en demeure le propriétaire de procéder aux travaux nécessaires pour mettre fin au **péril ou à de rapides travaux provisoires si le péril est imminent**.

- Lors de désordres présentant un **danger grave pour la santé des occupants** (insalubrité, risque d'exposition au plomb...), le **préfet devient l'autorité compétente** dans le cadre de ses pouvoirs de police spéciale ainsi que le DG ARS dans le cadre du protocole départemental ARS-Préfet. Le maire (via le SCHS) ou la DD ARS procèdera au constat qui permettra d'instruire la procédure de déclaration d'insalubrité qui conduira à la rédaction d'un **arrêté préfectoral d'insalubrité remédiable ou irrémédiable**, assorti respectivement d'une interdiction temporaire ou définitive d'habiter avec des obligations d'hébergement ou de relogement de la part du propriétaire. Compte tenu des risques que le plomb peut générer pour la santé (saturnisme), des dispositions spécifiques (**mesures d'urgence contre le saturnisme** L1334-1 à L1334-12 CSP) sont prises dès lors que des mineurs (en particulier des enfants de moins de 6 ans) ou des femmes enceintes sont présents dans ces logements.

- En cas de manquement du propriétaire, le maire procèdera à l'exécution de travaux d'office, avec l'appui de la **DDT(M)** (aides ANAH, BOP UTAH 135), à l'hébergement/relogement des occupants avec l'appui de la **DDT(M)** (aides du FARU) et/ou de la **DDCS** (pouvant mobiliser le contingent réservataire, le SIAO, la commission DALO...). Les procédures d'insalubrité s'appliquent également dans les situations suivantes de locaux dont la mise à disposition est interdite : locaux impropres par nature à l'habitation (L1331-22 du CSP), locaux surpeuplés du fait du bailleur (L1331-23 du CSP) et locaux dangereux du fait de leur utilisation (L1331-24 du CSP).

A2.2 Tableau comparatif des principales procédures coercitives (civiles et administratives) mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne et non décent

Désignation	Procédures	Définition générale	Exemples de désordres/ <i>Risques (non exhaustifs)</i>	Base juridique	Type d'occupants	Interlocuteurs principaux	Mesures contraignantes/ <i>Protection de l'occupant</i>	Compétences	Délais (Procédure globale)
Non décence	Procédure civile	Un défaut de confort et de sécurité	Pièce principale < 9m ² ; réseaux d'électricité ou de gaz défectueux, Absence ou insuffisance de chauffage; Garde-corps absents ou en mauvais état; Ventilations insuffisantes; éclairage naturel insuffisant; absence d'évier dans la cuisine; absence de WC; infiltrations d'eau par le sol// Humidité-Froid.. Conséquences sur la survenue de pathologies respiratoires, allergies, dépression, isolement social...	Décret du 30 janvier 2002 remplacé par le décret du 9 mars 2017 Code de la Sécurité Sociale, article D 542-14, relatif à AL sociale et familiale	Locataires	ADIL, CDC, CAF (ou opérateur habilité), MSA, TI ou TGI (>10 000 €)	Démarche amiable, mise en demeure du propriétaire Suspension et consignation de l'AL par la CAF durant un délai maximum initial de 18 mois Versement de l'AL différé jusqu'à la réalisation des travaux Paiement du reste à charge par le locataire/Pas d'action de résiliation du bail possible par le propriétaire (décret du 18 février 2018)	Juge d'instance	6 à 12 mois (hors délais de réalisation des travaux)
Remarques : Certains désordres (surface min. du logement, absence d'ouverture dans les pièces principales...) peuvent aussi relever d'une infraction au RSD. L'accumulation de plusieurs désordres peut en outre relever d'une procédure d'insalubrité au titre du CSP									
Manquement aux règles d'hygiène (salubrité générale)	Procédure administrative ordinaire Infraction au RSD	Désordres ponctuels : Défaut(s) d'hygiène et/ou défaut(s) de conformité au RSD Titre II du RSD (art. 21 à 61) <i>Prescriptions proches de celles relatives à la décence et concernent tous les locaux à usage d'habitation</i> <i>Remarque :</i> <i>L'accumulation de plusieurs désordres peut relever d'une procédure d'insalubrité au titre du CSP</i>	Pièce principale inférieure à 9 m ² , surface des autres pièces de vie de moins de 7 m ² ; Présence de moisissures; Humidité importante; Installations sanitaires défectueuses; Evacuation défectueuse des eaux usées; Ventilations insuffisantes ou absentes; Installation et entretien défectueux des appareils de combustion; présence de nuisibles (rats, cafards...), présence excessive d'animaux domestiques // Humidité-Froid... conséquences sur la survenue de maladies infectieuses, pathologies respiratoires, allergies, dépression, isolement social...	Articles 21 à 61- Titre II du RSD Articles L 2212-1 et 2 du CGCT (resp. Maire) Article L.1421-4 du CSP	Propriétaires Occupants/ Locataires	Mairie, ADIL, (SCHS), DD ARS, CAF, MSA, ANAH (PO)	Constat du maire Mise en demeure PV d'infraction au Tribunal de Police (contravention de 3e classe) Signalement de non-décence du logement à la CAF (suspension de l'AL)	Police générale du Maire (ou président de l'EPCI compétent) (SCHS)	6 à 12 mois (hors délais de réalisation des travaux)
Accumulation de déchets dans le logement, ses dépendances et ses abords	Déchets	Accumulation de déchets dans un logement privé pouvant porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement	Nuisances pour les voisins (odeurs nauséabondes, aspect visuel): stress ; mais aussi risque sanitaire: maladies infectieuses, allergies (pollution de l'environnement, prolifération de vermines et rongeurs) et risques d' incendie ou d'accidents (chutes)	Article 23-1 du RSD Articles L.541-3 et L.541-2 du CE Article L2212-2 du CGCT (resp. Maire)	Propriétaires Occupants/ Locataires	Marie, ADIL, CAF, MSA	Constat du maire Mise en demeure Evacuation d'office Pas de protection de l'occupant	Police générale du Maire (SCHS)	Quelques jours
Remarque : En cas d'accumulation extrême de déchets (denrées putrescibles ou déjections) de nature à constituer un risque imminent menaçant la santé de l'occupant et celle du voisinage, le maire pourra intervenir en relais avec la DD ARS pour l'application de la procédure L1311-4 (Préfet)									

Désignation	Procédures	Définition générale	Exemples de désordres/Risques (<i>non exhaustifs</i>)	Base juridique	Type d'occupants	Interlocuteurs principaux	Mesures contraignantes/ <i>Protection de l'occupant</i>	Compétences	Délais (Procédure globale)
Danger sanitaire ponctuel (danger imminent)	Procédure d'urgence	Désordres ponctuels ; Défauts de conformité au RSD ou/et au CSP présentant un risque ponctuel imminent pour la santé publique	Risque d' <i>intoxication</i> au CO ; installation électrique avec grave risque d' <i>électrocution /décès</i> ; absence d'eau potable ; accumulation massive de déchets dans le logement, notamment putrescibles // <i>maladies infectieuses, pathologies respiratoires, allergies, mal-être, dépression, isolement social, pathologies psychiatriques</i>	Article 1311-4 du CSP	Propriétaires Occupants/Locataires	Mairie, police, ADIL, DD ARS	Constat du maire (appui SCHS, DD ARS et/ou police) Arrêté préfectoral de mise en demeure Travaux d'office (en cas d'inexécution) Pas de protection de l'occupant	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS) et exécution par le Maire	Immédiate ou quelques jours au plus
Insalubrité des habitations Risque pour la santé des occupants Défauts de conformité au CSP (Livre III, titre I (chapitre I) et titre III (chapitre I): accumulation de nombreux manquements au (RSD) présentant un danger pour la santé des occupants	Locaux impropres à l'habitation		Caves, combles, sous-sols, pièces dépourvues d'ouverture sur l'extérieur... //troubles du comportement, dépression, pathologies respiratoires, allergies, aggravation de l'asthme	Article L1331-22 du CSP	Locataires	ADIL, mairie (SCHS), DD ARS, CAF, MSA, MSD, CCAS	Constat DD ARS/SCHS Arrêté préfectoral de mise en demeure Travaux d'office des prescriptions interdisant l'accès Loyer non dû par l'occupant, bail suspendu et non résilié	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS)	
	Locaux surpeuplés du fait du bailleur		< 9 m ² : personne seule, <16 m ² : deux personnes ; < 9 m ² /personne suppl. ; <70 m ² : 8 personnes et plus// pathologies respiratoires, allergies, aggravation de l'asthme, mal-être, dépressions	Article L1331-23 du CSP	Locataires	ADIL, mairie (SCHS), DD ARS, CAF, MSA, MSD, CCAS	Constat DD ARS/SCHS Arrêté préfectoral de mise en demeure Substitution pour le relogement des occupants en surnombre	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS)	
	Locaux dangereux du fait de leur utilisation		Occupation de logements, constituant un accessoire de locaux d'activité pouvant être sources de nuisances pour le logement (émanations de produits chimiques, ateliers de coutures...) // pathologies respiratoires, allergies, aggravation de l'asthme	Article L1331-24 du CSP	Locataires	ADIL, mairie (SCHS), DD ARS, CAF, MSA, MSD, CCAS	Constat DD ARS/SCHS Avis du CODERST Arrêté préfectoral avec mesures à prescrire Travaux d'office (à défaut d'exécution du responsable) Loyer non dû par l'occupant, bail suspendu et non résilié	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS)	
	Périmètres insalubres (objectif de résorption des bidonvilles, habitats précaires et de démolition des îlots insalubres ; visant à traiter exclusivement l'insalubrité et interdire définitivement l'habitation pour des raisons d'hygiène, de salubrité et de sécurité)			Art. L1331-25 du CSP	Propriétaires Occupants/ Locataires	ADIL, mairie (SCHS), DD ARS, CAF, MSA, MSD, CCAS	Constat DD ARS/SCHS Délégation du conseil municipal ; Avis du CODERST Traitement des situations de bidonvilles	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS)	
Traitement du risque Saturnisme (exposition au plomb liée à l'habitat)	Procédure d'urgence saturnisme	Risque d'exposition au plomb selon 3 critères : habitation construite avant 1949, revêtements dégradés, présence d'enfants mineurs et notamment de moins de 6 ans.	Habitation construite avant 1949, Peinture contenant du plomb rendu accessible par la dégradation du support et présence d'enfants de moins de 6 ans // plombémie/risque de retard mental...	Art. L1334-1 à 12 du CSP Article R. 1334-1 à R. 1334-13 du Code de la Santé Publique.	Locataires/Propriétaires occupants	ADIL, ARS, DDT, CAF/MSA, opérateurs compétents pour diagnostiquer la présence de plomb	Diagnostic DRIIP Injonction pour la réalisation de travaux de suppression de l'accessibilité au plomb Hébergement Travaux d'office (à défaut d'exécution du propriétaire)	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS)	4 à 12 mois.

Désignation	Procédures	Définition générale	Exemples de désordres/ <i>Risques (non exhaustifs)</i>	Base juridique	Type d'occupants	Interlocuteurs principaux	Mesures contraignantes/ <i>Protection de l'occupant</i>	Compétences	Délais (Procédure globale)
Insalubrité des habitations Danger pour la santé et la sécurité des occupants et des voisins articles L 1331-26 à L 1331-29 du CSP	Procédure ordinaire Insalubrité	Désordres multiples : Locaux insalubres (insalubrité remédiable ou irrémédiable**) : risque(s) pour la santé des occupants Défaut de conformité au CSP ** coût des travaux > coût de la reconstruction	<i>Remédiable</i> : présence d'une chaudière qui ne fonctionne pas à laquelle s'ajoutent des désordres liés à des réseaux sanitaires défectueux, une forte humidité de condensation, une installation électrique très vétuste et une toiture non étanche <i>Irrémédiable**</i> : s'y ajoutent des problèmes de stabilité du bâtiment, un manque d'éclairage structurel, ou la nécessité de reprendre à la fois les planchers, la toiture, les installations techniques, ou d'effectuer des modifications de murs porteurs	Articles L1331-26 et suivants du CSP articles L521-1 à L521-3 du CCH (hébergement/relogement)	Propriétaires Occupants/ Locataires	Marie, ADIL, DD ARS, SCHS, CAF, MSA, DDT, ANAH	Constat SCHS/DD ARS Avis du CODERST Arrêté préfectoral d'insalubrité remédiable ou irrémédiable avec interdiction temporaire ou définitive d'habiter Travaux d'office (à défaut d'exécution du propriétaire) Mesures d'urgence Hébergement/relogement Astreinte administrative (en cas d'inexécution dans les délais impartis) Suspension de la durée du bail et des loyers	Police spéciale du Préfet (DD ARS/SCHS) Jurisprudence du CE 14/11/2011/ ville de Rodez	6 à 12 mois
	Procédure d'urgence Insalubrité								
Péril (Immeubles menaçant ruine)	Procédure ordinaire	Péril ordinaire : Risques pour la sécurité publique (occupants, voisins, passants...) non immédiat	Souche de cheminée fissurée, garde-corps descellé, affaissement d'un plancher sans risque d'effondrement rapide	Art. L511-2 du CCH	Locataires/P ropriétaires occupants	Mairie, SCHS, ADIL, DDT, ANAH	Interdiction d'habiter temporaire ou définitive Suspension de la durée du bail et des loyers ; Travaux d'office (à défaut d'exécution du propriétaire) ; Possibilité d'appliquer une astreinte au propriétaire ; Publication au registre des hypothèques Hébergement/relogement	Police spéciale du maire (ou EPCI compétent)	2 et 6 mois
	Procédure d'urgence	Péril imminent : risque immédiat pour la sécurité publique	Chute d'éléments de façades en béton, menace d' effondrement plancher/mur, marches d'escalier...	Art. L511-3 du CCH		Mairie, SCHS, ADIL, DDT, ANAH	Hébergement ou relogement	Police spéciale du maire (ou EPCI compétent)	Immédiate
Sécurité des équipements communs des immeubles collectifs d'habitation	Procédure ordinaire		Chaudière chauffage collectif défectueuse, réseau d'alimentation en eau ou d'évacuation des eaux usées fuyard, réseau électrique vétuste, ascenseurs défectueux dans un bâtiment aux nombreux étages...	Art. L129-1 du CCH	Locataires/P ropriétaires occupants			Pouvoir de police spéciale du maire (ou EPCI compétent)	
	Procédure d'urgence		Raccordement à l'égout cassé, réseau électrique dangereux, locaux techniques non sécurisés...	Art. L129-3 du CCH	Locataires/P ropriétaires occupants			Pouvoir de police spéciale du maire (ou EPCI compétent)	

Annexe 3 Méthodologie employée

A3.1 Objectifs des recherches thématiques dans la littérature

Thématique Lutte contre l'Habitat indigne/ Santé (mentale)/Précarité

- Recenser les études épidémiologiques, études de cas, rapports... ayant étudié les liens entre les déterminants environnementaux (caractéristiques de l'habitat dégradé) et sociaux (précarité, pauvreté, vulnérabilité) de santé (mentale) et comprendre le contexte de l'évolution des notions d'insalubrité à habitat indigne à habitat favorable à la santé ou habitat/santé.

Mots clefs combinés dans les recherches : habitat, habitat indigne, habitat dégradé, logement, risques/dangers sanitaires, non-décent(ce), habitat précaire, précarité, santé mentale, santé, précarité énergétique, « poor/substandard/unfit », « fuel poverty », « housing/dwellings », « mental health », « health » ...

Thématique Santé mentale/Psychiatrie/ Logement/Exclusion sociale/Précarité

- Mieux comprendre les enjeux du logement/habitat et de la santé mentale faisant l'objet de nombreux articles, conférences locales et guides notamment à l'initiative/destination des bailleurs sociaux

Mots clefs utilisés : trouble/souffrance/maladie psychiatrique/psychique/psycho-sociale/du comportement, Logements (adapté, accompagné), Habitat inclusif, Rétablissement, Réhabilitation psycho-sociale, Troubles de l'habiter, Exclusion sociale...

Thématique Vulnérabilité/Fragilité/Handicap/Autonomie/Vieillesse/Consentement et Protection/Droit/Liberté des personnes

- Clarifier ces notions selon qu'elles relèvent des codes civil, pénal ou de la santé publique ainsi que les politiques publiques associées.

Thématique de l'incurie dans l'habitat

- Clarifier les ambiguïtés concernant les différentes terminologies utilisées dans la littérature internationale et nationale en lien avec les facteurs de risque et causes médico-sociales associées pour qualifier les personnes en situations d'incurie dans l'habitat
- Tendre vers une typologie plus opérationnelle pour une prise en charge adaptée.
- Répertorier et comparer les réseaux d'acteurs, protocoles et outils décisionnels autour de la prise en charge des personnes en situation d'incurie dans l'habitat

Mots clefs utilisés : incurie, habitat, logement, syndrome de Diogène, syndrome d'auto-exclusion, insalubrité morbide, « self-neglect », « Diogenes syndrome », « severe domestic squalor », « hoarding disorder ».

Les types de documents collectés comprennent des articles (scientifiques, de revue, de presse), rapports d'études/d'évaluation/de diagnostic/de planification, thèse/mémoire professionnel/universitaire, guides, documents législatifs et règlementaires et cartographiques.

Les documents régionaux, départementaux et locaux de diagnostic et de planification concernant les politiques sociales, d'accès et de maintien dans le logement, de l'habitat et de lutte contre l'habitat dégradé, de l'accès aux soins et aux services, de santé mentale ont été recensés et analysés afin d'(e) :

- Identifier les articulations entre les planifications régionales et départementales et leur déclinaison territoriale, les similitudes et spécificités départementales en fonction des enjeux territoriaux
- Dresser un panorama à l'échelle départementale des enjeux, actions menées et acteurs pertinents dans les champs du logement/habitat (indigne), du social et de la santé mentale, dégager les forces et faiblesses au sein de chaque département et leviers pour une meilleure prise en compte des publics en situation d'incurie dans l'habitat.

Les bases de données statistiques et (médico-)administratives de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)³³, de l'atlas numérique de santé mentale³⁴, Statiss³⁵ de la Nouvelle-Aquitaine, ont été utilisées pour comparer les départements en fonction de différents indicateurs (sociodémographiques, socio-sanitaires, offres de soins, recours aux soins...).

A3.2 Recensement et sélection des structures/acteurs

Un annuaire des structures/acteurs nationaux/régionaux et départementaux a été constitué et complété durant toute la durée de la mission, grâce aux échanges avec les collègues internes en ARS et externes, suite à des demandes d'information et de contacts et avec les référents mentionnés dans la documentation accessible. Parmi ces 305 acteurs/structures identifiées, **112** ont été sélectionnés pour être contactés (cf. Tableau A3.2).

Tableau A3.2 Répartition des acteurs contactés par échelle territoriale et structure d'appartenance

Typologies des structures d'appartenance des acteurs contactés		Répartition des acteurs par échelle territoriale :				TOTAL
		Nationale	Régionale	(Infra-) départementale	Extra -régionale	
	Etudes & Recherche (observatoires, experts d'établissements de santé, agences nationaux/régionales...): <i>UNCCAS, OSPERE-SAMDARRA, FAS (FNARS), ORS NA, IREPS NA, CREA1 d'Aquitaine, FAP NA, CH Esquirol</i>	3	4	1		8
Institutions	Etat/Ministère santé ou ARS : <i>DGS, ARS NA: DSP/DOSA/DSPS, DD ARS NA</i> <i>volets habitat indigne-précarité/santé -santé mentale: offres et parcours de soins -prévention et promotion de la santé</i>	1	5	32	6	44
	Etat/DREAL ; DDT (24) volet habitat indigne		1	1		2
	Etat/DRDJSCS-DDCS (86) volet social/logement		1	1		2
	Collectivités/Conseil départemental Pole logement/Prestations PA/PH; MDS (86) <i>volet logement/accompagnement médico-social</i>			3		3
	Collectivités/communes-intercommunalités <i>(volet social (médico-social) /logement: CCAS; volet habitat/santé: SCHS)</i>			18	1	19
Opérateurs	Structures/services volets social (médico-social)/logement/habitat <i>URHLM, CLCV Aquitaine/Poitou-Charentes; SIAO, associations (86, 33)</i>		3	4	4	11
	Structures/services volets médico-social/social/sanitaire <i>CLIC/MAIA (33, 79); GCS (86)</i>			4		4
	Etablissements de santé volet ambulatoire santé mentale et/ou précarité EMPP; CMP (86)			17		17
	Réseaux de coordination CLSM (19) réseau RESPECT(40)			2		2
TOTAL		4	14	83	11	112

³³ S.A.E Diffusion Statistique Annuelle des Etablissements de santé (<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>)

³⁴ Base de données territorialisées en santé mentale rassemblant 350 indicateurs développée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), la DREES et Atlasanté avec la contribution de l'ARS PACA et du CEReSS (Centre d'Etudes et de Recherches sur les Services de Santé et qualité de vie) de l'Université d'Aix-Marseille (<http://santementale.atlasante.fr/>)

³⁵ ARS Nouvelle-Aquitaine (2016), Statistiques et indicateurs de la santé et du social (Statiss)

Etant donné la multiplicité et la complexité des réseaux d'acteurs intervenant dans les différentes dimensions du sujet, l'état des lieux territorialisés des enjeux, dispositifs, besoins et attentes du territoire néo-aquitain s'est essentiellement basé sur le recueil du point de vue des **acteurs ARS référents en région et/ou en département sur les thématiques habitat indigne, précarité et santé mentale** (43 acteurs contactés dont 33 répondants). Les retours d'expérience des agents de LHI au sein des **SCHS** de la NA (au nombre de 17) et des **acteurs ARS Habitat/Santé et « opérateurs »** extrarégionaux (11 acteurs) ayant structuré un réseau d'acteurs autour des situations d'incurie dans l'habitat, ont également été privilégiés.

L'analyse s'est construite autour des échanges au sein de l'ARS NA (pôle régional et les 12 délégations départementales) dans leur connaissance de la problématique. Elle a été complétée par le recueil des points de vue et/ou retour d'expérience des :

- **Acteurs institutionnels** (DDCS, Conseil Départemental et services de proximité, DDT(M), CCAS)
- **Établissements publics et associatifs** (Centres Hospitaliers dotés d'un service psychiatrique ayant constitué des équipes mobiles d'intervention (EMPP, PASS mobile), psychiatrie ambulatoire de secteurs (CMP), réseaux coordinateurs de cas complexes/réseaux de santé (CLIC/MAIA, précurseur-PTA), associations œuvrant pour l'hébergement/ logement et l'insertion (AUDACIA (86), ARI-ASAIS (33))

L'apport du **chargé de mission PRAPS à la Direction Santé Publique-Pôle Prévention et Promotion de la Santé** et de la **référente régionale Santé Mentale à la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie**, associée au départ à l'étude, a été déterminant dans l'identification des dispositifs et acteurs associés pertinents. Les EMPP ; pressenties comme acteurs privilégiés (16 déjà existantes), ont été contactés en priorité.

Le nombre et la répartition territoriale des acteurs interrogés dans les autres champs sont restés limités du fait des contraintes de temps de l'étude. Leur choix s'est effectué sur base de la proximité du lieu de stage (département 86) ou d'initiatives/études identifiées en NA, conduites dans le champ de l'incurie dans l'habitat (réseau CLIC/MAIA (33), CH Esquirol (87)) et des innovations médico-psycho-sociales (équipes pluridisciplinaires d'intervention à domicile portées par ex. par des structures à dominante sociale telles que AUDACIA (86), ARI-ASAIS (33) et le CCAS de Bordeaux (33)).

A3.3 Préparation, conduite d'entretiens individuels et de réunions de travail/ restitution avec les acteurs identifiés

Les modalités de recueil d'information auprès des principaux acteurs interrogés sont précisées en Annexe 4 pour chaque acteur (74 acteurs sur 112 interrogés dans le temps imparti au projet). Les questionnaires/trames d'emails adressés sont précisés en Annexe 5.

Les principaux acteurs suivants ont été consultés :

- **les acteurs Habitat/Santé des 12 DD ARS** (par échanges d'emails/téléphoniques et d'un questionnaire n°1 préalable à l'organisation d'une **rencontre à Angoulême le 4/07**). La présence de **11 DD ARS sur 12** lors de la rencontre a confirmé l'intérêt pour l'étude et l'enjeu d'une problématique partagée en NA autour des personnes signalées en situation d'incurie dans l'habitat³⁶.
- **les 17 SCHS** de la NA (par email les invitant à compléter le questionnaire n° 2 ou à répondre à minima à six éléments). Les **retours de 8 SCHS** ont pu être obtenus.
- **les référents santé mentale des 12 DD ARS** (par email préalable à la conduite d'entretiens par téléphone ou en visuel). Des informations ont ainsi pu être recueillies auprès des **DD ARS 17, 19, 33, 79 et 86**.
- les **16 EMPP** existantes de la NA (par email présentant les besoins des agents Habitat/Santé et les invitant à répondre à quatre questions ciblées). Les **retours de 10 EMPP** ont pu être obtenus.
- **les acteurs ARS Habitat/Santé et « opérateurs » extrarégionaux**, (par email d'information préalable suivi d'entretiens semi-directifs par téléphone reprenant, selon les interlocuteurs, des questions figurant dans les questionnaires n°1 ou n° 3, Annexe 5). **10 acteurs sur les 11 contactés ont été interrogés**.

A3.4 Analyse et/ou synthèse des entretiens, réunions et échanges

La réunion du **4/07** avec les agents Habitat/Santé en DD ARS a été suivie d'un compte-rendu détaillé, adressé, pour validation et/ou commentaires, le **6/08** à l'ensemble des parties sollicitées. Les points clefs évoqués et autres aspects importants à porter en interne et externe sont précisés en Annexe 6.

Les éléments d'avancement de l'état des lieux ont été présentés aux responsables de pôles santé publique et santé environnement (DSPSE) des 12 DD ARS lors de la réunion interne d'échanges du **6/09** entre le pôle régionale santé environnement (PSE) et les DSPSE.

Ces éléments ont également été soulignés lors de la réunion interne d'état d'avancement des PTSM du **14/09**, organisée par la DOSA réunissant les référents santé mentale en DD ARS et les personnes impliquées sur le sujet à la DSP/PPS, chargés d'assurer l'efficience et la cohérence de leur mise en œuvre. Les retours des acteurs ARS Habitat/Santé, SCHS et Equipe Mobile Précarité Psychiatrie (EMPP) en NA ainsi que des acteurs ARS Habitat/Santé et « opérateurs » extrarégionaux ont été analysés et présentés sous forme de tableaux comparatifs (Annexes 7 et 9).

Les autres retours obtenus ont permis d'alimenter l'état des lieux en Nouvelle-Aquitaine (§3) et les préconisations formulées (§4).

³⁶ Les 2 DD n'ayant pas pu être présentes ont participé par visioconférence (DD79) ou ultérieurement à travers de nombreux échanges d'information (DD 33).

Annexe 4 : Liste des acteurs interrogés et modalités de recueil d'information

- La répartition territoriale et les noms des structures dont dépendent les **74 acteurs ayant pu être interrogés** durant l'étude, sont résumés dans le tableau (A4.1) suivant :

Tableau A4.1 Répartition des acteurs interrogés par échelon territorial et structure d'appartenance

	Institutions : Etat	Institutions : Collectivités	ES-ESMS	Autres
National				
	DGS/EA/EA2 Habitat/Santé			ORPERE-SAMDARRA ; UNCCAS (focus NA), FAS (FNARS)
Extra-régional ((infra-)département)				
Région Occitanie	DD ARS 66: DSPSE Habitat/Santé	SCHS Toulouse		Opérateur ARS : Solidarités Pyrénées 66 (Infirmière SP/psy); opérateur ARS/DDCSPP: SIAO 48 (infirmière santé sociale/incurie)
Région Auvergne Rhône-Alpes	DD ARS Rhône, Savoie: DSPSE Habitat/Santé			Opérateur ARS/CD Rhône/EPCI : ALPIL (AS+psychologue) ; opérateur ARS/CD Savoie : Ass. (TS+IDE+AV)
Région Normandie	DD ARS Orne : DSPSE Habitat/Santé			
Nouvelle-Aquitaine				
	ARS NA : DOSA, DSPS, DSP : PPS, conseillère médicale ; DREAL			IREPS NA, ORS NA, CREAT d'Aquitaine
((infra-) département				
16	DD ARS: DSPSE Habitat/Santé+ référente Santé Mentale		EMPP CH-C. Claudel	
17	DD ARS: DSPSE Habitat/Santé+ référente Santé Mentale		EMPP CH-Marius Lacroix	
19	DD ARS: DSPSE Habitat/Santé		EMPP CH-Brive	
23	DD ARS: DSPSE Habitat/Santé		EMPP CH St-Vaury	
24	DD ARS: DSPSE Habitat/Santé; DDT: référent régional PNLHI	SCHS Bergerac	EMPP CH Vauclaire-Montpon	
33	DD ARS : DSPSE Habitat/Santé+ référent santé mentale	CCAS Bordeaux (<i>Plateforme Vulnérabilité Santé + CORIST</i>) SCHS Bordeaux Métropole/ Bassin d'Arcachon/ Libourne	CLIC/MAIA Haute Gironde	ARI-ASAI
40	DD ARS : DSPSE Habitat/Santé			Réseau RESPECT
47	DD ARS: DSPSE Habitat/Santé	SCHS Agen	EMPP CH La Candelie	
64	DD ARS : DSPSE Habitat/Santé+ référente Santé Mentale Soule/Béarn		EMPP CH Pau / CH Pyrénées	
79	DD ARS : DSPSE Habitat/Santé+ référente Santé Mentale		EMPP CH Niort-secteur 2	
86	DD ARS : DSPSE Habitat/Santé+ référente Santé Mentale	CD; MDS Chauvigny; SCHS Châtelleraut/ Poitiers	CMP Secteur Poitiers	AUDACIA
87	DD ARS : DSPSE Habitat/Santé	SCHS Limoges	CH Esquirol, psychiatrie-gérontologie EMPP CH Esquirol	

ES-ESMS : Etablissement de Santé-Etablissement et Services Médico-sociaux ; TS : Travailleur Social ; Ass : Association ; AV : Auxiliaire de Vie

Les acteurs interrogés ainsi que les modalités de recueil d'information sont listés ci-dessous :

Acteurs interrogés/Modalités de recueil d'information

National

M SAOUT Charles, Chef de la mission Outre-Mer, chargé antérieurement du dossier de l'instruction n° DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des ARS dans le domaine de la Santé Environnement, **DGS/MOM** et **Mme SALLENDRE Muriel**, Chargée de dossiers « @ ariane-habitat et Prévention/Gestion des risques sanitaires liés à l'habitat insalubre » DGS/EA/EA2, **Ministère de la Santé et des Affaires Sociales**

Email ou Echange téléphonique/ Questions ciblées : mission LHI-troubles psy circulaire 2011 ; contact ARS étude S. Lauzier, 2017

Mme BOURREAU Juliette, Responsable "Politiques de lutte contre les exclusions et accès aux droits" Aides sociales facultatives-Domiciliation-Hébergement/Logement/Energie à la direction des Politiques sociales Hébergement Logement Energie et **Mme KOCH-ORTEGA** Fanny, chargée d'enquêtes, **UNCCAS**, Paris

Emails-Echange téléphonique/Résultats enquêtes UNCCAS NA/ Question ciblée : CCAS et difficultés de prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat

Mme QUACH-HONG Marion, chargée de mission Santé et Etudes, Fédération des Acteurs de la Solidarité, **FAS (ex-FNARS)**, Paris

Emails/Liste de contacts / Question ciblée : études/dispositifs/structures/actions en NA ou nationaux autour de la LHI et santé mentale/prise en charge incurie dans l'habitat ; difficultés d'« habiter » et d'ordre psycho-social

Mme SORBA Mathilde, sociologue, chargée de recherche et doctorante sur les "Troubles de l'Habiter, **OSPERE-SAMDARRA**, Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon

Email/Entretien téléphonique autour des réseaux d'acteurs et de l'intervention à domicile : éthique, liberté individuelle, regard sociologique

Nouvelle-Aquitaine

M GIRAUD Julien, directeur adjoint du site de Poitiers, **ORS Nouvelle-Aquitaine**

Email-Echange téléphonique/Question ciblée : faisabilité d'une cartographie des bassins de vie de populations à risques sur lesquelles axer des actions de prévention (approche socio-sanitaire basée sur combinaison d'indicateurs relatifs aux occupants de logements indignes et aux indicateurs de troubles de santé mentale (ALD 23...))

M WIEHN Arnaud, chargé de projet et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé, **IREPS Nouvelle-Aquitaine**

Emails/Liste de contacts / Question ciblée : études/dispositifs/structures/actions en NA autour de la LHI et santé mentale/prise en charge incurie dans l'habitat ; difficultés d'« habiter » et d'ordre psycho-social

Mme MARABET Bénédicte, Responsable Pôle Etudes et observation du **CREAI d'Aquitaine**

Email-Echange tél/ Emails/Liste de contacts / Questions ciblées : études/dispositifs/structures/actions en NA autour de la LHI et santé mentale/prise en charge incurie dans l'habitat ; difficultés d'« habiter » et d'ordre psycho-social ; handicap et vulnérabilités

M AUTES Erwan, chargé de mission PRAPS, **DSP/ PPS de l'ARS NA**, site de Bordeaux

Email/Entretien téléphonique/Liste de contacts et références/Questions ciblées : comment mobiliser des professionnels de santé mentale pour la santé des populations précaires non à la rue, incurie dans l'habitat et difficultés d'« habiter » ; politiques sociale et de santé envers les publics précaires (Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, PRAPS, Programme Logement d'Abord, mobilisation EMPP/PASS...) ; actions en NA : approche inclusive du CH de Pau (Dr Godard) ; expérimentation Oikéo ARI-ASAI, méthodologies d'enquêtes...

Mme LAVAUD Anne-Sophie, adjointe au Directeur délégué à l'autonomie et référente Santé Mentale, **DOSA de l'ARS NA**, site de Bordeaux

Emails-Echange téléphonique/réunion stratégie régionale de santé mentale et accompagnement de l'élaboration des PTSM

Mme ROUSSEL Anne, statisticienne, **Pôle Etudes, statistiques et évaluation, DPSP** de l'ARS NA, site de Poitiers

Echange/Diagnostic régional Santé Mentale

Mme PEDELABORDE Isabelle, Chargée d'animation de la politique régionale LHI DALO GDV, Service Aménagement Habitat Construction, Département Habitat, Division Politiques Sociales de l'Habitat, **DREAL NA**

Email/Echange téléphonique/ Contacts bailleurs publics-privés pour enquête SOLEN envisagée

Dr FABRE Marylène, conseillère médicale auprès de M. D. Habold, directeur de la DSP de l'ARS NA, site de Bordeaux

Email/Echange téléphonique/ Questions ciblées : syndrome de Diogène et incurie : problématique sociale ou de santé mentale ? ; difficultés d'implication des médecins traitants, articulation sanitaire-sociale-médico-sociale, hétérogénéité des territoires (urbains/ruraux) ...

Autres régions

Mme CHAUVIGNE Sabrina, référente santé sociale et incurie, **SIAO 48**, Lozère

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/facteurs facilitants et empêchant constitution réseaux d'acteurs incurie/fonctionnement/parteneriat/financement/indicateurs d'efficacité...

Mme PORTERO-ESPERT Christine, Ingénieure d'Etudes Sanitaires Habitat, **DD ARS 66, Pyrénées-Orientales**

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte de mise en œuvre d'une approche globale de santé envers les occupants dont les logements sont frappés d'un arrêté d'insalubrité/ modalités d'actions/parteneriat/financement...

M JACQUIN Gérard, Ingénieur d'Etudes Sanitaires Habitat, et **Mme CULOMA** Florence, ex-technicienne sanitaire Habitat (IES en formation) **DD ARS 73, Savoie**

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/facteurs facilitant et empêchant constitution réseaux d'acteurs incurie/fonctionnement/parteneriat/financement/indicateurs d'efficacité...

Mme BUTTARD Christine, infirmière consultante, spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situations d'incurie à domicile, cabinet libéral et association **La Sasson, Savoie (73)**

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/facteurs facilitant et empêchant constitution réseaux d'acteurs incurie/diagnostic/fonctionnement-modalités de prise en charge/parteneriat/financement/indicateurs ...

Mme LAUZIER Sophie, infirmière de Santé Publique, intervenant auprès des ménages en situation de logements indignes, Service Habitat Indigne, Association **Solidarités Pyrénées**

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/modalités d'évaluation et de prise en charge/parteneriat ...

Mme ROUSSEAU Catherine, Ingénieur d'Etudes Sanitaires Habitat, **DD ARS 69**

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte de mise en œuvre de l'action avec l'association ALPIL/financement...

Mme M'HARRAK Sylvie, assistante sociale et **M PICHON** Adrien, psychologue, spécialisé dans l'accompagnement des publics en situation d'incurie à domicile, association **ALPIL**

Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/facteurs facilitant et empêchant constitution réseaux d'acteurs incurie/fonctionnement et approche thérapeutique/parteneriat/financement/indicateurs d'efficacité...

M BOURGOIN Eddy, ingénieur d'études sanitaires Habitat, animateur du PDLHI ayant mis en place une procédure dédiée aux situations d'incurie à domicile, DD ARS 61, Orne <i>Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/facteurs facilitant et empêchant constitution réseaux d'acteurs incurie/fonctionnement/parteneriat/financement/indicateurs d'efficacité...</i>
Mme NEUHAUSER Emilie, inspectrice de salubrité, impliquée dans la mise en place d'un protocole de prise en charge des situations d'incurie à domicile, SCHS de la ville de Toulouse <i>Email/Entretien téléphonique/Questionnaire-guide d'entretien n°3 : contexte territorial/facteurs facilitant et empêchant constitution réseaux d'acteurs incurie/fonctionnement/parteneriat/financement/indicateurs d'efficacité...</i>
Corrèze (19)
Mme TOURAL Marie, Assistante de Direction, Direction Générale, Centre Hospitalier de Brive <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>
Mme CRUMEYROLLES Sylvie, technicienne sanitaire Habitat et Mme REGNAULT Solenn, IGS responsable PSPSE, DD ARS 19 <i>Email/Echanges téléphoniques/Réunion d'échange le 4/07</i>
Creuse (23)
M CHASTANG Louis, IES responsable Espace clos (Habitat), PSPSE-SE-Habitat et Environnement Extérieur, DD ARS 23 <i>Email /Retour Questionnaire n°1/Réunion d'échange le 4/07</i>
Equipe Précarité (EMPP), CH La Valette St Vaury <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>
Haute-Vienne (87)
Mme AUVINET Sandrine, IES responsable Espace clos (Habitat) et Environnement extérieur et M FRIEDRICH David, technicien sanitaire Habitat, PSPSE-SE, DD ARS 87 <i>Email/Retour Questionnaire n°1-Données/Réunion d'échange le 4/07</i>
Mme CUISINIER Sylvie, ingénieure, SCHS ville de Limoges <i>Travail Email/Réponse Questionnaire n°2</i>
Dr CALVET Benjamin, psychiatre, praticien hospitalier, responsable scientifique de recherche concernant l'étude observationnelle analytique rétrospective multicentrique portant sur l'évaluation des caractéristiques, de l'habitat et de la prise en charge des personnes en situation d'incurie du logement, Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée – Centre Hospitalier Esquirol de Limoges <i>Email/Entretien téléphonique/Questions ciblées : incurie à domicile, syndrome de Diogène, approches thérapeutiques, positionnement de la psychiatrie, diagnostics</i>
Mme BRIAND Stéphanie, assistante sociale, EMPP du CH Esquirol de Limoges <i>Trame Email/Echange téléphonique équipes mobiles mobilisables ; évaluation de la capacité à « habiter » et se maintenir dans un logement</i>
Charente (16)
Mme TALON Corinne, technicienne sanitaire Espace clos, PSPSE, DD ARS 16 <i>Email/Données/Réunion d'échange le 4/07</i>
M GAUTHIER Guillaume, cadre de santé, Pôle Accueil-Orientations-Addictions Lieu-Dit/EMPP/CMP/CSAPA Agora CH Camille Claudel/EPSM de la Charente <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA/ Echange téléphonique : organisation du réseau de veille sociale et sanitaire</i>
Charente-Maritime (17)
M GUILLAUME Christian, IES responsable Espace clos (Habitat), référent @riane Habitat et M DOIGNIES Stéphane, technicien sanitaire Espace clos (Habitat), PSPSE-SE, DD ARS 17 <i>Email-Echange téléphonique/ Réunion d'échange le 4/07</i>
Mme BONNEROT Evangéline, référente santé mentale, DD ARS 17 <i>Echange téléphonique projet IPSYDOM</i>
Dr DAUMEZON Danièle, Psychiatre responsable de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Centre Hospitalier Marius Lacroix, La Rochelle <i>Email-Echange téléphonique/Question ciblée : EMPP et prise en charge des occupants en situations d'incurie à domicile ; projet IPSYDOM</i>
Deux-Sèvres (79)
M LAVOIX Marc, IES responsable Espace clos (Habitat) et Mme DELOUVEE-GILBERT Muriel, technicienne sanitaire Espace clos (Habitat) PSPSE-SE, DD ARS 79 <i>Email/Echange téléphonique/Données/Réunion d'échange le 4/07 (visio)</i>
Mme LE GARGASSON Gaëlle, référente santé mentale, pôle animation territoriale et parcours de santé, DD ARS 79 <i>Email trame/Echange téléphonique</i>
Mme LOPES Dulce-Hélène, EMAPP, CH de Niort - Secteur 2 (Sud Deux-Sèvres) <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>
Vienne (86)
Mme JUNCA Stéphanie, IES Responsable Espace clos, PSPSE-SE, DD ARS 86 <i>Email/Echanges/Retour Questionnaire n°1-Données/Réunion d'échange le 4/07</i>
Mme LAGRANGE Isabelle, IASS, référente santé mentale-addictions-précarité, Pôle animation territoriale et parcours de santé, DD ARS 86 <i>Email/Echanges : conventions CHHL-bailleurs sociaux ;</i>
Mme PASCAULT Marjorie, responsable Pôle service public de proximité, DD ARS 86 <i>Echange soins sans consentement/vulnérabilité et liberté individuelle</i>
M CAUMONT Vincent, responsable de l'unité Politiques sociales du Logement, DDCS 86 <i>Email/Entretien-questions ciblées : problèmes de santé et troubles du comportement dans les parcours d'accès à l'hébergement et au logement ; élaboration du PDALHPD et recherche d'articulation avec secteur sanitaire (ARS) : commission Santé sociale</i>
M RICATEAU-DUPUIS Vincent, Chef du pôle Logement et insertion sociale à la direction de l'Insertion et Mme GEAY Corinne, Responsable du Service des Prestations PA/PH à la Direction du Handicap et de la Vieillesse, Direction Générale Adjointe des Solidarités, Département de la Vienne <i>Email/Echange téléphonique-questions ciblées : actions Santé et prévention orientées vers les jeunes</i>

Mme GANDON Manuella, technicienne sanitaire, Service Hygiène publique - Qualité environnementale de la Ville de Poitiers <i>Email/consultation dossiers incurie/Echanges : pratiques de prise en charge des situations d'incurie à domicile ; missions prévention et promotion de la Santé du SCHS de Poitiers</i>
Mme MONAMY Agnès, responsable Service Santé Publique/Sécurité Civile, ville de Châtelleraut <i>Trame Email/Retour questionnaire n°2</i>
M PATRIS Emmanuel, cadre de santé, Centre Hospitalier Henri Laborit- Pole A, Centres Médico-Psychologiques Poitiers, CMP Signes (sourds/malentendants), Poitiers <i>Email/Entretien/Questions ciblées : freins à l'intervention en urgence ; approches d'intervention et thérapeutiques</i>
Mme GUERY Anne-Lise, Assistante sociale, Maison des Solidarités de Fontaine-Le-Comte/Chauvigny Département de la Vienne <i>Echange téléphonique/Question ciblée : situation de M X et partenariat</i>
Mme HUGONNAUD Claude, Responsable du Pôle « Personne isolée », Association AUDACIA , Poitiers <i>Email/Entretien téléphonique/Questions ciblées : problèmes d'articulation entre sanitaires et sociales ; questions des liens sociaux et de la mobilité des professionnels ; poids des volontés individuelles, institutions, financements</i>
Dordogne (24)
Mme CESA Valérie, IES responsable Environnement Intérieur (Habitat) et Urbanisme, PSPSE-SE, DD ARS 24 <i>Email/Retour Questionnaire n°1-Données/Réunion d'échange le 4/07</i>
Mme MARGUIN Emilie, Responsable du service / inspecteur de salubrité, ville de Bergerac <i>Email Questionnaire n°2/Retour</i>
M BIDART Arnaud, chef du Pôle Construction Durable et Solidaire et correspondant technique en région du PNLHI, DDT 24 <i>Email/Entretien téléphonique/Questions ciblées : prise en charge des situations d'incurie, procédures de travaux d'office et de réhabilitation du logement</i>
Mme MANGONOT-COUASNON Marie-Christine, cadre supérieure de santé, Assistant de pôle, Equipe Mobile Psychiatrique Précarité, Pôle d'Hospitalisation Psychiatrique Bergeracois, Centre hospitalier Vauclaire-Montpon <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>
Gironde (33)
Mme NOLOT Cécile, IES responsable Espace clos (Habitat) et M SANZ José , technicien sanitaire, DSPSE-SE, DD ARS 33 <i>Email/Echanges téléphoniques/Données</i>
M DUBREIL Patrice, référent santé mentale et responsable territoire Ouest, Pôle animation territoriale et parcours de santé, DD ARS 33 <i>Email trame/Echange téléphonique</i>
M GAUDY Carl, coordinateur, association ARI-ASAI , Bordeaux ; initiateur depuis 2011, du programme expérimental OIKEO « Un chez-soi d'abord » <i>Email/Echange téléphonique-Questions ciblées : retour d'expérience incurie dans l'habitat, situations psycho-sociales complexes rendant difficiles l'accès et le maintien dans le logement, construction de réseaux d'acteurs</i>
Mme BARTHE Hélène, inspectrice de salubrité, Service Santé-Environnement , Direction Prévention, Direction Générale des Territoires, Bordeaux Métropole <i>Email questionnaire n°2/ Retour</i>
M ICHER Yohan, Directeur du Service d'Hygiène et de Santé, Directeur Général Adjoint, Syndicat Intercommunal du Bassin d'Arcachon (SIBA) <i>Trame email/Retour questionnaire n°2</i>
Mme LARTIGAU Fabienne, Cheffe de Service, SCHS, mairie de Libourne <i>Trame email/Retour questionnaire n°2</i>
Mme ROCHET Elise, Psychologue coordinatrice santé de la Plateforme Vulnérabilité Santé, CCAS Cité Municipale de la ville de Bordeaux <i>Echange téléphonique/Question ciblée : retour d'expérience incurie dans l'habitat, construction de réseaux d'acteurs</i>
Mme BASSI Valérie, directrice CLIC/MAIA "Porte du Médoc" (ex. CUB Nord-Ouest) et Mme LE BIHAN Karine , pilote MAIA Haute Garonne et coordinatrice du groupe de travail sur le syndrome de Diogène <i>Email/Echange téléphonique-Documentation/questions ciblées : origine des actions en cours (guide de bonnes pratiques) et réseaux d'acteurs mobilisés</i>
Landes (40)
M MATRAS Christophe, IES responsable Habitat et cadre de vie et Mme LAFFORGUE Pascale, technicienne sanitaire Habitat et cadre de vie, PSPSE-SE, DD ARS 40 <i>Email/Echanges téléphoniques/Données/Réunion d'échange le 4/07</i>
M COSSON Gilles, coordinateur du réseau RESPECT , IREPS Nouvelle-Aquitaine, antenne des Landes, Mont-de-Marsan <i>Email/Echange téléphonique/Questions ciblées : objectif et couverture territoire du réseau, culture de réseaux, moyens organisationnels des CLS</i>
Lot-et-Garonne (47)
Mme ARHANCET Florence, IES responsable Espace Clos (Habitat), PSPSE-SE, DD ARS 47 <i>Email/Retour Questionnaire n°1 /Réunion d'échange le 4/07</i>
Mme ROBERVAL Brigitte, Cheffe du service Hygiène, Santé, Handicap de la ville d'Agen <i>Trame email questionnaire n°2/Retour</i>
Mme ARNAUD Maryse, Directrice adjointe, Centre Hospitalier La Candélie , Agen <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>
Pyrénées-Atlantiques (64)
M. BERTRAND Christophe, IES responsable Espace Clos (Habitat) et M RITOURET Frédéric, technicien sanitaire, PSPSE-SE, DD ARS 64 <i>Email/Retour Questionnaire n°1 /Réunion d'échange le 4/07</i>
Mme RAVEAU Nathalie, référente Santé Mentale et Dr PEREZ Daniel, MISP, pôle animation territoriale et parcours de santé, territoire Béarn/Soule, DD ARS 64 <i>Email trame/Echange téléphonique</i>
Dr GIMENEZ Marie-Aude, Médecin Psychiatre, Service ACOR -EMOA Psy, Centre Hospitalier de la Côte Basque , Bayonne <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>
M. ETCHEVERRY Xavier, Directeur, Centre Hospitalier des Pyrénées , Pau <i>Réponse Email-enquête adressée aux EMPP NA</i>

Annexe 5 : Guide d'entretien/questionnaires/trames d'Emails

Questionnaire n°1 à destination des acteurs Habitat/Santé En DD/PSPSE Cellules Espace Clos/Milieus Intérieurs

NB : Ce questionnaire est inspiré pour partie du guide d'entretien réalisé dans le cadre d'une étude sur les liens entre précarité énergétique³⁷ et santé réalisée pour la FAP Bretagne au cours de la partie pédagogique de la formation à l'EHESP.

Objet de l'étude : Mise en place de réseaux d'acteurs de la prise en charge d'occupants de logements (potentiellement) indignes présentant des troubles de santé mentale : Quels besoins, leviers et freins à lever pour la Nouvelle-Aquitaine ?

Echéance : 31/10/2018

Contexte :

L'étude s'inscrit dans deux axes forts de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 repris dans le Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2028 et en particulier dans le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023, visant à promouvoir d'une part les milieux de vie favorables à la santé notamment au travers du **renforcement de la lutte contre l'habitat indigne** et d'autre part, à assurer **l'accès aux soins et leur continuité sur l'ensemble du territoire des personnes les plus vulnérables**, et à **renforcer la prise en charge des troubles de santé mentale**.

Dans ses missions de prévention et de promotion de la santé (fiche mission ARS Domaine « santé – milieu de vie » - Lutte contre l'habitat insalubre de l'instruction DGS/EA/2011/406), les ARS doivent notamment **identifier et construire un réseau d'acteurs en mesure d'assurer la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques**.

L'ARS de la Nouvelle-Aquitaine et ses délégations départementales sont confrontées à des situations d'indignité du logement pouvant être associées à des troubles de la santé mentale de ses occupants pour lesquelles elles ne disposent pas systématiquement et équitablement sur son territoire, des outils et réseaux suffisamment pertinents à leur résolution efficace et durable.

Objectifs :

L'objectif final de ce projet serait donc d'élaborer un **guide d'appui aux acteurs pilotes de la Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI)** dans la mise en place (ou l'inclusion dans les réseaux existants) de réseaux d'acteurs du repérage, de la prise en charge et de l'accompagnement des occupants présentant des troubles de santé mentale. Le but recherché serait de fournir à l'ensemble des acteurs pilotes de la LHI sur la Nouvelle-Aquitaine un socle commun et actualisé de connaissances et d'approches concernant la prise en charge des troubles mentaux liés à l'habitat, l'organisation territoriale de la politique de santé mentale sur leur territoire ainsi que les outils mobilisables permettant une articulation avec la LHI. En outre, cette étude souhaite **contribuer à sensibiliser les acteurs du repérage et professionnels de santé (mentale) à l'importance de l'habitat en tant que déterminant de santé pour les mobiliser en tant d'acteurs du repérage et de l'accompagnement des occupants** vers des conditions d'habitat plus favorables à leur santé.

³⁷ Situations auxquelles sont confrontées la plupart des occupants de logements indignes, du fait du manque d'isolation thermique du logement et du coût élevé de l'énergie de chauffage, dont les dépenses représentent plus de 10% du revenu des ménages les plus pauvres. D'après Aurès A, Delgado S, Delgado G, Marty F, Dessoit T, Rasoloarivalona, 2018, *Publics et territoires touchés par la précarité énergétique : les conditions d'une enquête qualitative en Bretagne, rapport de mission, UE5, EHESP MS IMR-SET 2017-2018*
Florence MARTY - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-18

Pour ce faire, l'étude se propose d'être décomposée en deux objectifs intermédiaires :

- **Objectif 1** : Etat des lieux et analyse de la diversité des besoins et attentes sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine, des dispositifs et réseaux d'acteurs existants ou en cours d'élaboration, à l'échelle des départements (ou toute autre échelle plus cohérente par rapport aux projets territoriaux de santé mentale et de lutte contre l'habitat indigne)
- **Objectif 2** : Analyse des leviers et freins à la construction de réseau d'acteurs pour la prise en charge des occupants de logements (potentiellement) indignes présentant des troubles de santé mentale à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine

Pour que ce projet puisse répondre aux besoins et attentes des acteurs de la LHI, nous souhaiterions connaître votre retour d'expérience et votre vision de la problématique.

Nous vous proposons de répondre le plus précisément possible aux questions suivantes. **Des réponses courtes suffisent. Je vous contacterai dans les prochains jours pour vous apporter toute précision nécessaire concernant notre démarche.**

Nous vous remercions vivement par avance pour votre temps et votre contribution essentielle dans ce projet.

Florence Marty (stagiaire PSE NA) et Mathilde Rasselet (IGS PSE NA)

Nom de l'acteur :

Fonction ARS :

I Missions de l'acteur et dispositifs de lutte contre l'habitat indigne (LHI)

Vos missions LHI

1. Quelles sont vos missions principales et vos objectifs annuels ?
2. Quels sont vos moyens d'actions dans la LHI ?
3. Dans quels programmes/plans/contrats nationaux-régionaux-territoriaux s'inscrivent vos actions ?
4. Comment fonctionne le Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI) en lien avec le Plan Départemental d'Action pour le Logement (et l'Hébergement) des Personnes Défavorisées (PDAL(H)PD) sur votre territoire ? (Guichet unique, acteurs, objectifs annuels...) ?
 - 4.1. Etes-vous satisfait de ce fonctionnement ?
 - 4.1.1. Si oui, pourriez-vous en préciser les raisons essentielles ?
 - 4.1.2. Si non, quelles améliorations vous semblerez nécessaires (gouvernance, repérage, coordination, acteurs à inclure...) ?
 - 4.2. Pensez-vous y avoir une place suffisante pour vous permettre d'assurer vos missions ?
 - 4.2.1. Sinon, ...
 - 4.2.1.1. Quels en sont les freins principaux ?
 - 4.2.1.2. Quelles solutions envisageriez-vous pour leur levée ?

Votre mission LHI relative à l'identification et la construction d'un réseau d'acteurs en mesure d'assurer la prise en charge des occupants de logements insalubres présentant des troubles psychiatriques (cf. instruction DGS/EA/2011/406)

5. Quels sont les actions et dispositifs mis en place sur votre territoire ?
 - 5.1. Ceux-ci vous semblent-ils suffisants et pertinents ?
 - 5.1.1. Si oui, pourquoi ? (Professionnels de santé facilement mobilisables, prise en charge des occupants bien coordonnée...)
 - 5.1.2. Si non,
 - 5.1.2.1. Quels sont les principaux freins rencontrés ? (Refus des occupants, professionnels de santé difficilement mobilisables, manque de professionnels formés...)
 - 5.1.2.2. Quels seraient les leviers mobilisables pour lever ces freins ?
6. Quels supports additionnels à vos actions représentent pour vous le PRAPS et les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) en cours d'élaboration ?
 - 6.1. Avez-vous déjà engagé des actions spécifiques ?
 - 6.1.1. Si oui, lesquelles ?
 - 6.1.2. Si non, pourquoi ou dans quels autres cadres (Atelier Ville Santé, Agenda 21, CLS, autres dispositifs, EMPP/PASS...directement intégrées aux PDLHI...) ?

II Caractéristiques de la lutte contre l'habitat indigne sur votre territoire

7. Quels sont les programmes spécifiques mis en place sur votre territoire (repérage des foyers et des territoires, rénovation énergétique, accompagnement médico-psycho-social...) ?
8. Pouvez-vous citer les différents acteurs/organismes impliqués activement dans la lutte contre l'habitat indigne sur votre territoire (institutions, collectivités, associations, entreprises privées...) et leur rôle ?
9. Le partenariat entre différents acteurs vous semble-t-il efficace et suffisant ?
 - 9.1. Si non, pourquoi ? quelles améliorations devraient-être apportées ?
10. Quelle place les professionnels de santé occupent-ils dans le réseau d'acteurs ?
11. Avez-vous connaissance de l'ensemble des signalements et interventions dans la lutte contre l'habitat indigne sur votre territoire ?
 - 11.1. Si non, qui dispose de cette connaissance (DDT, DDCS/PP, sous-préfet...) ?

Repérage et signalements

12. Comment identifiez-vous ou vos partenaires les occupants de logements indignes (repérage actifs, signalements, base de données...) ?
13. Ces modes de repérage vous semblent-ils suffisants ?
 - 13.1. Si non, quels acteurs (ex. type d'entrants à domicile), autres modes de repérage devraient-être mobilisés ?
14. Disposez-vous de données et/ou cartographies sur la localisation et le type de logements (occupés en résidences principales) potentiellement indignes sur votre territoire ?
 - 14.1. Si oui,
 - 14.1.1. Quelle aide représente ces données dans vos missions ou celles de vos homologues en collectivités (SCHS...) ?
 - 14.1.2. Quelles méthodes, outils, indicateurs... utilisez-vous ou vos autres partenaires pour recueillir et analyser ces données : bases de données (PPPI, ANAH, OPAH/PIG/SLIME/MOUS, CAF/MSA, TGI, ORTHI, Ariane, autres SIG...), fiches de signalement non-décence/insalubrité/ (précarité énergétique), visites sur le terrain ?
15. Connaissez-vous les bases de données BADOIT, C@rtoSanté, Atlas de la santé mentale, Handidonnées..., de l'ORS(E) ou autres bases de données ?
 - 15.1. Si oui, les utilisez-vous ?
 - 15.1.1. Si oui, à quel niveau d'intervention dans vos missions ?
 - 15.1.2. Si non, pourquoi ?
 - 15.2. Si non, pensez-vous que ces bases de données puissent-être utiles à vos missions de prévention et promotion de la santé en lien avec la lutte contre l'habitat indigne ?

Modalités d'intervention et d'accompagnement des occupants de logements indignes

16. Dans quel cadre et selon quelles procédures êtes-vous amenés à intervenir sur le terrain ou en appui d'autres acteurs ?
17. Quels types de difficultés rencontrez-vous, à quelle(s) étape(s) dans l'intervention et quels leviers pouvez-vous actionner pour les contourner ?
18. Combien d'occupants accompagnez-vous par an et sur quelles zones du territoire ?
19. Quelle est la typologie des ménages (âge, situations socio-économique/ familiale, propriétaires occupants/locataires...) et des logements (maisons individuelles, copropriétés, appartements, habitats précaires) concernés ?
20. A typologie égale de logements indignes, sur quelle(s) typologie(s) de ménages est-il le plus difficile d'intervenir et pourquoi ?
21. Etes-vous (ou vos partenaires) confronté(s) à des situations d'habitat indigne où les occupants vous semblent présenter des troubles de santé mentale ?
 - 21.1. Si oui, ...
 - 21.1.1. Engagez-vous des actions spécifiques ? Quels professionnels de santé, du social et/ou médico-social pouvez-vous solliciter ? A quel dispositif de santé publique sont-ils rattachés (CLSM, ...) ?
 - 21.1.2. Etes-vous (ou vos partenaires) confronté(s) à des situations d'incurie dans l'habitat ?
 - 21.1.2.1. Si oui, ...
 - 21.1.2.1.1. A quelle fréquence ?

21.1.2.1.2. Avez-vous un dispositif d'accompagnement spécifique pour ces situations ? La prise en charge et l'accompagnement des occupants vous semblent-ils suffisants pour une amélioration durable des conditions d'habitat et modes d'occupation de la personne ?

21.1.2.1.2.1. Si non, quelles actions souhaiteriez-vous pouvoir mener ?

22. Pensez-vous qu'une meilleure connaissance préliminaire de l'état de santé (mentale) des occupants serait utile pour améliorer l'efficacité de vos interventions ou celles des collectivités ?

Perspectives d'amélioration

23. Selon vous, que manque-t-il en France, en Nouvelle-Aquitaine et/ou sur votre territoire dans les programmes en place pour :

23.1. Lutter contre l'habitat indigne ? Pensez-vous que les évolutions réglementaires en cours (cf. loi ELAN) puissent apporter un levier d'actions suffisant ?

23.2. Sensibiliser davantage la population et les acteurs (bailleurs, professionnels de santé...) à l'impact de l'habitat sur la santé (mentale) des occupants ?

II Lien entre habitat indigne et la santé (mentale)

24. Dans l'exercice de vos missions, pensez-vous avoir une connaissance suffisante des liens entre habitat indigne et santé mentale, des dispositifs d'accompagnement et instances de concertations auxquels vous pouvez avoir recours sur votre territoire ?

24.1. Si oui, avez-vous suivi une formation spécifique ou fait appel à d'autre(s) ressource(s) ?

24.2. Si non, pourquoi ? Quels seraient vos besoins ?

25. D'après votre expérience, quelles sont les conséquences sur la santé (maladies, bien-être physique et mental, vie sociale...) des situations d'habitat indigne que vous avez déjà clairement identifiées ? Quels aspects apparaissent le plus fréquemment ?

26. Avez-vous pu constater une amélioration de la santé (mentale) des personnes qui ont pu bénéficier de votre aide ou de l'aide d'autres acteurs ?

27. Pensez-vous que vous ou d'autres acteurs pourraient ou devraient aller plus loin dans la prise en charge et l'accompagnement des occupants de logements indignes présentant des troubles de santé (mentale) ?

III Vos remarques (aspects importants non couverts par ce questionnaire qui devraient être pris en compte)

Etude : **Mise en place de réseaux d'acteurs de la prise en charge d'occupants de logements (potentiellement indignes présentant des troubles de santé mentale : Quels besoins, leviers et freins à lever pour la Nouvelle-Aquitaine ?** (Dans le cadre du stage de Mastère Spécialisé ® Ingénierie et Management des Risques en Santé Environnement Travail (MS® IMR-SET) dispensé par l'EHESP à Rennes et effectué de juin à octobre 2018 au Pôle Santé Environnement de la Direction Santé Publique de l'ARS NA, site de Poitiers)

Contexte et objectifs :

Les DD ARS NA en charge de l'animation du Pôle Départemental de Lutte Contre l'Habitat Indigne, font état de leur **difficulté majeure à mobiliser les professionnels de la santé (mentale) pour la prise en charge des occupants en situations d'incurie dans l'habitat** (présentant un syndrome de Diogène encore appelé syllogomanie ou encore « Diogenes syndrome » ou « severe domestic squalor » ou insalubrité morbide dans la terminologie internationale). Les DD ARS indiquent un sous-repérage des situations d'incurie dans l'habitat représentant une dizaine de cas signalés par an sur les territoires hors SCHS.

Ce questionnaire souhaiterait recueillir le retour d'expérience, les freins et leviers appliqués et les besoins des SCHS pour une réponse plus adaptée dans la prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat.

L'objectif final du projet serait d'apporter des **éléments d'appui aux acteurs de la Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI)** en Nouvelle-Aquitaine dans la mise en place (ou l'inclusion dans les réseaux existants) de réseaux d'acteurs du repérage, de la prise en charge et de l'accompagnement des occupants présentant des troubles de santé mentale, **appliqués en particulier aux situations d'incurie dans l'habitat.**

Le but recherché serait de fournir un socle commun et actualisé de connaissances et d'approches concernant la prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat, l'organisation territoriale de la politique de santé mentale sur le territoire néo-aquitain ainsi que les outils mobilisables permettant une articulation avec la LHI.

Pour que ce projet puisse répondre aux besoins et attentes des acteurs de la LHI, je souhaiterais connaître à travers ce questionnaire **votre retour d'expérience et votre vision de la problématique.**

Je vous contacterai dans les prochains jours pour vous apporter toute précision nécessaire concernant ma démarche. Afin que je puisse avoir le temps de traiter vos réponses, je vous serais très reconnaissante si vous pouviez me renvoyer, par email, le questionnaire complété **au plus tard le 3 septembre 2018.**

Je vous remercie vivement par avance pour votre temps et votre contribution essentielle dans ce projet.

Florence Marty (stagiaire ARS NA DSP/PSE) Mathilde Rasselet (IGS ARS NA DSP/PSE)

10. Avez-vous pu remarquer certaines tendances dans les situations rencontrées ?

- Typologies des occupants : *propriétaire/locataire du parc privé/public, femme/homme, plus/moins de 60 ans, seule/en couple/enfants, actifs/ chômeurs/retraités, en situation de handicap/sous tutelle, en rupture familiale, en rupture de parcours de soins (absence de médecin traitant), constamment à domicile avec l'appui d'un « porteur de panier », refus et déni*
- Typologies de dangers sanitaires dans le logement : *accumulation de déchets putrescibles, accumulation de déchets avec risque d'incendie, accumulation d'animaux domestiques, prolifération de nuisibles, moisissures, absence d'eau potable, absence d'évacuation des eaux usées....*
- Saisonnalité des signalements : *estivale...*
- Autres remarques :

11. Sur quelle(s) typologie(s) d'occupants est-il le plus difficile d'intervenir ? Pourquoi ?

12. Sur quelle(s) typologie(s) de dangers sanitaires dans le logement est-il le plus difficile d'intervenir ? Pourquoi ?

13. Avez-vous un dispositif d'accompagnement spécifique et/ou un (des) réseau(x) d'acteur(s) identifiés pour accompagner la prise en charge de ces situations ?

13.1. Si non, reportez-vous à la question 14

13.2. Si oui,

13.2.1. Quels acteurs/réseaux d'acteurs avez-vous mobilisés et comment les avez-vous identifiés ?

13.2.2. De combien de temps à nécessiter la mise en place de ce partenariat ?

13.2.3. Quelles ont été les facteurs facilitants à la mise en place de ce partenariat/dispositif ? *ressources et dynamique territoriales : présence d'une équipe mobile spécialisée et mobilisable, appui des élus, présence d'instances de concertation et de « cas complexes » (CLSM, CCAPEX...), forte implication des professionnels de santé (mentale) sensibilisés à la problématique, appui (financier, politique) des institutions, appui (financier, politique) des collectivités locales...*

13.2.4. Quels ont été les principaux freins à la mise en place de ce partenariat/dispositif et comment les avez-vous levés ?

13.2.5. Avez-vous pu vous appuyer sur des modèles de dispositifs en place sur d'autres territoires ? Lesquels ?

13.2.6. Ce partenariat est-il formalisé par un accord écrit (charte, convention, protocole) ?

13.2.7. Disposez-vous d'une procédure d'intervention établie ?

14. Quelles actions/procédures engagez-vous (et/ou vos partenaires*) et sur quelle durée pour :

* merci de préciser les structures/acteurs impliqués ou responsables des actions/procédures mises en œuvre (ex. famille, médecin traitant, MDS et autres services sociaux, CC(I) AS, réseaux de santé*, MAIA/CLIC, CH, EMPP, PASS, CMP...)

14.1 Entrer en contact avec l'occupant et son logement ? *Ex. visites en binômes avec travailleur social, recours à la force publique, médiations avec l'occupant/voisins, recours à des professionnels/réseaux de santé* (mentale) ex. EMPP, PASS, CMP...*

14.2 Remédier au danger sanitaire ? *Ex. procédure L1311-4, recours à une société de nettoyage, concertation avec l'occupant pour un nettoyage progressif et volontaire....*

14.3 Assurer la protection et l'accompagnement de l'occupant ? *Ex. aide au relogement ou à l'hébergement de l'occupant, recours à des professionnels/réseaux de santé* (mentale) ex. EMPP, PASS, CMP..., recours à des mesures de protection juridique (tutelle-curatelle) et/ou médicale pour une évaluation et/ou reconnaissance de handicap, organisation de réunions pluri professionnelles, hospitalisation sous contrainte, recours à un suivi social individualisé d'aide au maintien dans le logement (ex. ASLL), organisation de services d'aide et de soins à domicile...*

15 Sur le nombre moyen de situations d'incurie signalées et traitées par an,

15.1 Combien de fois avez-vous eu recours à la procédure L1311-4 ?

15.2 Combien de fois avez-vous eu recours à d'autres procédures coercitives ? Lesquelles ?

16 Etes-vous et vos partenaires satisfaits du traitement actuel des situations d'incurie ? Pourquoi ?

17 Quels seraient vos besoins (et ceux de vos partenaires) et recommandations afin de permettre une prise en charge mieux adaptée de ces situations ?

- 17.1 Connaissance/Sensibilisation/Formation** : acteurs socio-, médico-sociaux et sanitaires/associations de suivi psycho-social/logements accompagnés du territoire, des politiques et outils territoriaux (PRAPS, PTSM, CLSM ...), informations sur les recours juridiques, les attitudes à adopter face à des occupants avec des problèmes de santé mentale, formations sur l'incurie dans l'habitat, formations sur les troubles de la santé mentale...
- 17.2 Modalités d'intervention** : meilleure implication/intervention à domicile des professionnels de santé (mentale), des travailleurs sociaux, des tuteurs/curateurs ..., recours à une équipe dédiée....
- 17.3 Echange d'information** : partage d'informations facilité par une charte de confidentialité entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ; groupe de travail dédié au niveau du PDLHI, meilleur appui de l'ARS...
- 17.4 Moyens** (financiers, humains)
- 17.5 Autres besoins/recommandations**

III Perspectives

- 18** Avez-vous observé une augmentation du nombre de signalements d'incurie dans l'habitat au cours de ces dernières années ? Si oui, pensez-vous, que cette augmentation pourrait présager un problème social et de santé publique en émergence en France ?
- 19** Quels acteurs devraient selon vous, être mieux sensibilisés à la problématique de l'incurie dans l'habitat ?
- 20** Pensez-vous que le dispositif de protection juridique des majeurs soit adapté aux personnes en situations d'incurie ? Pourquoi ?
- 21** En tant que citoyen, pensez-vous qu'il faille signaler un voisin, proche dont les conditions d'habitat ne vous semblent pas favorables à sa santé ? Pourquoi ?
- 22** D'après votre expérience, quelles sont les conséquences sur la santé (maladies, bien-être physique et mental, vie sociale...) des situations d'habitat indigne que vous avez déjà clairement identifiées ? Quels aspects apparaissent le plus fréquemment ?

IV Vos remarques (aspects importants non couverts par ce questionnaire qui devraient être pris en compte)

Les informations minimales suivantes souhaitées de la part des SCHS, étaient précisées dans l'email introduisant l'étude et le questionnaire :

- **Le territoire d'intervention** (commune, CA/CC...)
- **Le nombre moyen de situations d'incurie par an**
- **Si existence ou non d'un dispositif/protocole/procédure** pour une prise en charge inter partenariale des situations d'incurie dans l'habitat et si oui, les **facteurs facilitants**
- **Les acteurs/réseaux d'acteurs mobilisables** et à quel moment de l'intervention, en précisant les noms des organismes
- **Les actions et procédures coercitives engagées**, à quel moment de l'intervention et dans quelles situations
- **Le retour d'expérience** sur l'efficacité de la prise en charge par rapport à la diminution de la récurrence et au mieux-être de l'occupant sur une ou plusieurs années
- **Les problématiques, besoins, recommandations, réflexions** par rapport à ces situations

Questionnaire n°3 Guide d'entretien à destination des acteurs ARS et opérateurs ayant structuré un réseau d'acteurs autour de la prise en charge d'occupants en situations d'incurie dans l'habitat

Cet extrait précise uniquement les questions relatives à la compréhension du fonctionnement du réseau d'acteurs établis pour ces acteurs interrogés.

La présentation des objectifs globaux de l'étude, les questions relatives aux caractéristiques du territoire, de la LHI et des ménages en situations d'habitat indigne ont également été évoqués en reprenant les questionnaires n°1 ou 2.

IV La prise en charge de l'incurie dans l'habitat sur votre territoire

Définitions

Quelles distinctions doit-on faire entre les occupants en situation d'incurie dans l'habitat, présentant un syndrome de Diogène, en insalubrité morbide, affectés de syllogomanie ou *Hoarding Disorder* (reconnu dans le DSM-V) ou *Severe domestic squalor* ?

D'après les études épidémiologiques sur le syndrome de Diogène, l'âge de révélation du syndrome se situerait entre 18 et 94 ans. Le taux d'incidence chez les personnes âgées de plus de 60 ans serait de 5 cas par an pour 10 000 habitants (Leroy, 2017). Les femmes seraient davantage affectées que les hommes. Vos observations sont-elles dans ce sens ?

La prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat relève-t-elle du champ social, psychiatrique, les deux et/ou autres champs ?

Etes-vous d'accord avec le fait qu'un occupant présentant un syndrome de Diogène primaire (sans pathologie sous-jacente) devrait être pris en charge par un travailleur social et qu'un occupant présentant un syndrome de Diogène secondaire devrait être suivi par un psychiatre ?

Problématique générale

Quels sont les **profils d'occupants** présentant des **problématiques d'incurie dans l'habitat** (âge, situations familiale, socio-économiques...) et **sur lesquels il est le plus difficile d'intervenir** ? Sont-ils en **rupture de parcours de soins et d'accès au droit** ? Si oui, pour quelles raisons ?

Quels sont selon vous **les professionnels/aidants les plus légitimes et compétents** pour évaluer l'intervention et élaborer la prise en charge la mieux adaptée à la situation de l'occupant ? (*Travailleurs sociaux, psychiatres, infirmiers psy ou ayant une formation psy, psychologues, pair-aidants...*)

Quelle(s) évaluation(s) (social, somatique, psychiatrique, psychologique) **doit être réalisée**, à quel moment de l'intervention et par quel professionnel pour une prise en charge adaptée ?

Dispositif de prise en charge : Conditions d'élaboration

Pourriez-vous m'exposer le contexte (historique, diagnostic territorial, mobilisation...) dans lequel s'est mis en place votre dispositif ? Quels ont été les facteurs facilitants ?

Avez-vous pu vous baser sur les dispositifs en place sur d'autres territoires ?

Quelle(s) a (ont) été les institutions, collectivités territoriales, associations qui vous ont le plus appuyé dans l'identification et la mobilisation des acteurs ?

Quelles ont été vos démarches pour construire un réseau d'acteurs ?

Quels acteurs avez-vous du mobiliser ou devraient-êtr mobilisés et pourquoi ?

- Etat : DDCS(PP), ARS, DDT

- Collectivités : CD, SCHS, élus, CCAS

- bailleurs (publics/ privés), structures d'hébergement, de logements adaptés et accompagnés

- Justice : ADIL, mandataires judiciaires à la protection des majeurs...

- CLIC/MAIA, hôpitaux psychiatriques, CMP, équipes mobiles (EMPP, PASS, autres), réseaux de santé* mentale, structures médico-sociales...
- Associations familiales (UNAFAM)....
- SPA
- SAMU, pompiers
- Autres

Quels sont les principaux freins que vous avez rencontrés et comment les avez-vous levés ?

Quelles recommandations donneriez-vous pour permettre la mise en place d'un réseau d'acteurs opérationnels autour des occupants en situations d'incurie dans l'habitat ?

Dispositif de prise en charge : Caractéristiques

Quelle couverture territoriale est assurée par le dispositif ? *départementale, infra-départementale*

Combien d'occupants en situation d'incurie vous sont signalés par an? Quels acteurs sont à l'origine des signalements ?

Parmi les occupants qui vous sont signalés, quelle est la part des occupants que vous parvenez effectivement à prendre en charge ? Quelle part des occupants signalés relève d'une prise en charge psychiatrique ?

Quelles situations d'occupants sont les plus difficiles et longues à résoudre ?

Ce dispositif nécessite-il une **gouvernance** particulière ou est-il rattaché à d'autres dispositifs assurant cette gouvernance (pilotage, réunions, groupe de travail) ?

Comment **fonctionne** le dispositif ? (Étapes et acteurs de l'intervention, répartition des tâches, échange de données...)

A quel moment est-il activé ? A quel moment prend-il fin ? Par qui ?

Quels sont les différents **acteurs organisationnels et de terrain** intervenant dans le dispositif, à quel moment et quel est leur rôle ?

Quel est la place des **médecins traitants** et des **professionnels de santé mentale** dans ce dispositif ?

Comment est **financé** ce dispositif ?

Quels **principes éthiques/déontologiques** régissent ce dispositif ?

Quels **indicateurs** sont ou seraient pertinents pour évaluer **l'efficacité de ce dispositif** ? *Nombre d'occupants acceptant une prise en charge ; nombre d'occupants pris en charge avec absence de récurrence sur 3 ans et plus ; diminution de recours à l'arrêté L1311-4...*

Quel **mode de protocolisation** avez-vous mis en place entre les acteurs ? *Convention, convention -cadre, protocole* Sur quelle durée ?

Comment est assurée la **pérennité du dispositif** ? *CPOM...*

Quel appui ce dispositif présente-t-il pour les **instances locales** telles que CLSM, les CCAPEX ou autres instances autour de « cas complexes » ?

Dispositif de prise en charge : Modes de prise en charge

Comment entrez-vous en contact avec les occupants ? Quel est le délai moyen entre la prise de contact avec l'occupant, l'accès avec consentement au logement et le désencombrement ?

Quelles pratiques de prise en charge et d'accompagnement exercez-vous avec les autres intervenants ? *Démarche systématique d'aller vers, travail spécifique sur la demande, le récit de vie, le désencombrement,*

Quel(s) diagnostic(s) préalable(s) et quelles informations collectées, à quel(s) moment(s) et par qui, doivent être réalisé(s) autour de la personne afin de définir les modalités de prise en charge les plus adaptées pour améliorer l'état (de santé) de la personne ?

Dans quelles circonstances l'hospitalisation d'office et/ou les soins sans consentement et/ou la mise sous protection et/ou le relogement dans un logement accompagné et/ou l'arrêté préfectoral sont-elles envisagées ?

Avec quelles structures sociales, médicales, médico-sociales, sanitaires êtes-vous le plus en contact pour coordonner l'accompagnement ?

V Perspectives

Avez-vous observé une augmentation du nombre de signalements d'incurie dans l'habitat au cours de ces dernières années ? Si oui, pensez-vous, que cette augmentation pourrait présager un problème social et de santé publique en émergence en France ?

Pensez-vous que les modes de repérage actuels soient suffisants ? Si non, quels acteurs, autres modes de repérage devraient être mobilisés ? Sur quels signes/indicateurs pourrait-on se baser pour un repérage plus précoce des situations ?

Quels acteurs devraient selon vous, être mieux sensibilisés à la problématique de l'incurie dans l'habitat ? Si oui, quelles connaissances ou compétences devraient-ils acquérir ?

Pensez-vous que le dispositif de protection juridique des majeurs soit adapté aux personnes en situations d'incurie ? Pourquoi ?

Quel serait l'apport des approches de réhabilitation psychosociale, d'éducation thérapeutique des patients promus par la politique nationale de santé mentale dans la prise en charge des occupants en situations d'incurie ?

En tant que citoyen, pensez-vous qu'il faille signaler un voisin, proche dont les conditions d'habitat ne vous semblent pas favorables à sa santé ? Pourquoi ?

**Trame de l'email adressé à chaque référent Santé Mentale en DD ARS
(Copie aux agents habitat de la DD ARS correspondante)**

Dans le cadre de ma formation à l'EHESP, je réalise un stage de 5 mois (de juin à octobre 2018) à la Direction Santé Publique, Pole Santé Environnement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (site de Poitiers).

L'étude que je mène a pour finalités d'identifier les leviers et freins à la construction de réseaux d'acteurs autour de la prise en charge d'occupants de logements indignes présentant des troubles de santé mentale et de définir un ou des modèles opérationnels d'intervention multi partenariale.

La rencontre du 4 juillet dernier avec les 12 DD ARS/PSPSE/ cellules Espace clos en charge de l'animation du Pole Départemental de Lutte Contre l'Habitat indigne et de l'instruction des procédures relevant du Code de la Santé Publique, fait état de **leur difficulté majeure à mobiliser les professionnels de la santé (mentale)** pour la prise en charge des **occupants en situations d'incurie dans l'habitat** (présentant un syndrome de Diogène encore appelé syllogomanie ou encore « Diogenes syndrome » ou « severe domestic squalor » ou insalubrité morbide dans la terminologie internationale).

Les agents DD ARS souhaiteraient donc pouvoir d'appuyer dans leur département sur une ou des équipe(s)/acteur(s) mobiles qui pourraient intervenir auprès des publics « incuriques » en logements ordinaires de tous âges. Ces professionnels auraient notamment les caractéristiques suivantes :

- formés aux modalités d'approche, d'évaluation médicale, à la prise en charge à domicile et au soutien des publics en situation d'incurie dans l'habitat (trouble de l'habiter, syndromes de Diogène)
- assurant la sollicitation et la coordination de l'ensemble des acteurs aux différentes étapes de la procédure (gestion de cas complexes)
- assurant un suivi global (social, médical, financier, juridique) de la personne sur le long terme

Afin de pouvoir répondre à ces attentes, je vous serais très reconnaissante si je pouvais recueillir les informations suivantes de votre part par écrit ou oral lors d'un entretien téléphonique par exemple à votre meilleure convenance :

- Votre avis et retour d'expérience sur les acteurs à mobiliser et les modalités de partenariat et d'intervention à établir afin d'assurer une prise en charge adaptée de ces situations
- La liste des **structures sociales, médico-sociales et sanitaires de votre département disposant d'équipes/d'acteurs mobiles** qui pourraient être sollicités par les acteurs de la LHI pour intervenir auprès de ces publics et sur quels territoires
- Les offres **de logements accompagnés et adaptés** qui pourraient être mobilisées sur votre département pour ces publics en cas de nécessité d'hébergement (le temps du nettoyage du logement) ou de relogement et leur répartition territoriale

Je vous remercie vivement par avance pour l'intérêt que vous voudrez bien porter à ma demande. Je reste à votre entière disposition pour tout complément d'information.

Trame de l'email adressé aux EMPP existantes en NA

Remarque : L'enquête a été adressée aux 16 EMPP dont les contacts étaient alors recensés. Néanmoins, 20 EMPP couvrent désormais le territoire néo-aquitain. Les 4 EMPP non enquêtées correspondent à celle de Jonzac (17), du CH Cadillac (33), du CH C. Perrens (33) et du Nord des Deux-Sèvres (79).

Trame de l'email :

Les agents de salubrité de l'habitat des DD ARS et SCHS sont confrontés à des situations particulièrement complexes à prendre en charge concernant des occupants en **situations d'incurie dans l'habitat** (associé à un syndrome de Diogène encore appelé syllogomanie ou encore « Diogenes syndrome » ou « severe domestic squalor » ou insalubrité morbide dans la terminologie internationale).

Face à ces situations, **une approche multi-partenariale (sociale-salubrité de l'habitat-médico/psy)** s'avérerait nécessaire pour établir un lien avec l'occupant (souvent en rupture sociale et de soins), évaluer ses besoins et son état de santé, définir la stratégie d'intervention la mieux adaptée et permettre un accompagnement médico-psycho-social de l'occupant afin d'éviter ou de limiter les récurrences et d'améliorer durablement ses conditions de vie et de santé.

Je souhaiterais pouvoir **recenser les équipes mobiles (notamment EMPP)** susceptibles d'intervenir en appui de l'évaluation de ces situations complexes et évaluer le maillage territorial nécessaire pour permettre une intervention à l'échelle des départements.

Je vous serais très reconnaissante si je pouvais avoir un premier retour de votre part en répondant aux **4 questions suivantes** :

1/ Etes-vous amenés à intervenir dans des situations d'incurie dans l'habitat (ou troubles du comportement) concernant des occupants locataires ou propriétaires de logements du parc public ou privé ?

2/ Si non, sous quelles conditions seriez-vous susceptibles d'intervenir ou encore, quelles autres équipes mobiles de compétences psychosociales et psychiatriques pourraient être sollicitées ?

3/ Quels territoires êtes-vous actuellement en capacité de couvrir sur votre département ?

4/ Quelles équipes mobiles de compétences psychosociales et psychiatriques pourraient, selon vous, être sollicitées pour intervenir sur les territoires de votre département hors de votre rayon d'intervention ?



EXTRAIT

COMPTE-RENDU DE REUNION

Thème Lutte contre l'Habitat Indigne et Santé Mentale

Date 04/07/2018

Lieu Angoulême (calle 232)

Horaires 10h -18h30

PARTICIPANTS

Présents	Excusés
DD/SIPSE-SE	
DD16 Corine TALON, T3S Habitat	
DD17 Christian GUILLAUME, IES Habitat, Espace Clos	
DD19 Sylvie CRUMEYROLLES, T3S Habitat	
DD23 Louis CHASTANG, IES Cellules Habitat et Environnement Ext.	
DD24 Valérie CESA, IES Environnement Intérieur urbanisme	
DD33	
DD40 Christophe MATRAS, IES Cellule Habitat et cadre de vie	Cécile NOLOT, IES, Espace clos et santé, José SANZ, T3S, Espace clos et santé
DD47 Florence ARHANCET, IES Environnement Intérieur	
DD64 Frédéric RITOURET, T3S LHI et urbanisme	
DD79 Marc LAVOIX, IES Espace clos (matin par web conférence)	
DD86 Stéphanie JUNCA, IES LHI	
DD87 Sandrine AUVINET, IES Espace clos et extérieur; David FRIEDRICH, T3S Espace clos	
DSP/PSE	
Site Poitiers Mathilde Basselet, IGS Référente régionale Habitat/Espace Clos ; Florence Marty Stagiaire EHESP	
DSP/PPS	
Site Bordeaux	Erwan AUTES, chargé de mission PRAIS
DOSA	
Site Bordeaux	Anne-Sophie Levaud, référente régionale Santé Mentale

Rédigé par : Florence Marty

RELEVÉ DES POINTS CLEFS

Les constats suivants sur la **thématique LHI et santé mentale** sont partagés par l'ensemble des DD de la Nouvelle-Aquitaine :

- Les situations les plus chronophages et problématiques pour les acteurs de la LHI en lien avec des troubles supposés de santé mentale et pour lesquelles **aucun dispositif d'accompagnement approprié n'est actuellement mis en place pour faciliter l'appui aux acteurs concernant celles de l'incurie dans l'habitat.**

En moyenne sont repérées une **dizaine de cas d'incurie par an en milieu rural** et un **nombre plus élevé en milieu urbain** (à l'exception des DD23, DD79 dont le nombre est moindre ; possiblement du fait d'un sous-repérage plus important dû à des défaillances de fonctionnement du PDLHI actuel).

Les procédures coercitives et outils actuels disponibles pour remédier au danger sanitaire imminent pour l'occupant et le voisinage **ne sont pas efficaces voire risqués pour la santé de l'occupant**, en l'absence d'un soutien médical et social adapté sur la durée.

Le manque d'implication des professionnels de la santé mentale en est le frein essentiel.

L'absence (ou la non-connaissance) de dispositifs et/ou commissions de concertation dédiées et/ou d'équipes mobiles et mobilisables (EMPP, PASS, CMP...) pour ce type de publics et couvrant **l'ensemble du département** en est probablement l'une des raisons majeures ;

L'autre raison serait en partie liée aux **désaccords actuels entre spécialistes, au manque de connaissance sur la thérapeutique des personnes « incuriques »**, en lien ou non avec un **syndrome de Diogène** (qui relèverait ou non d'une pathologie psychiatrique).

Face à ce constat, il s'avère nécessaire :

- de **parvenir à mobiliser les professionnels de la santé mentale sur le territoire** en commençant par **mobiliser les acteurs de la politique de santé (mentale), de la PPS et/ou médecins en interne sur ce sujet** (tel qu'initié en DD16, DD17, DD24, DD33 et DD86).

- de prévoir sur chaque département, en cohérence avec les projets/outils territoriaux de santé en cours d'élaboration (PRAPS, PTSM, PTA, CLSM...), **la constitution de dispositifs/réseaux psycho-médico-social d'accompagnement et de maintien à domicile mobilisables par les acteurs de la LHI dans une démarche de multi partenariat à minima tripartite : salubrité*social*médico-psychologique/chiatrique.**

Ce dispositif, ciblant les publics « incuriques » en situation de logements indignes de tous âges reposerait sur une équipe :

- **formée** aux modalités d'approche, d'évaluation médicale, à la **prise en charge à domicile et au soutien des publics en situation d'incurie dans l'habitat (trouble de l'habiter, syndromes de Diogène)**

- **assurant la sollicitation et la coordination** de l'ensemble des acteurs aux différentes étapes de la procédure (gestion de cas complexes)

- **assurant un suivi global** (social, médical, financier, juridique) **de la personne** sur le long terme

Les freins et leviers évoqués (détaillés par DD dans le compte-rendu) sont listés dans le tableau ci-dessous :

FREINS	LEVIERS
REPERAGE	
Sous-repérage des personnes (en particulier celles en situation d'auto-exclusion)	Sensibilisation et partenariat avec les intrants à domicile (opérateurs OPAH/PIG, médecins, infirmiers, AS, services de tutelle/curatelle...)
COMPORTEMENT et LIBERTE DE L'OCCUPANT	
<ul style="list-style-type: none"> - situation de non-demande, de déni, de refus d'aide ou de soins - souplesse trop importante ? des conditions de soins sans consentement et de mise sous protection 	- médiateurs/conciliateurs, équipes spécialisées
PARTENARIAT/ACTEURS/DISPOSITIF	
<ul style="list-style-type: none"> - implication inégale des institutions (sous-préfet, Procureur...) et des élus sur les territoires - nécessité de montée en compétences des EPCI et maires - difficulté majeure à mobiliser les professionnels de la santé mentale et en particulier pour un suivi renforcé sur le long terme - pas d'équipes mobiles ou mobilisables sur tous les territoires (EMPP, PASS, CMP) et sur la durée - manque de compréhension, d'échanges d'information et de suivi des personnes de la part des juges de tutelle, mandataires judiciaires (UDAF)... - absence de dispositif permettant un accompagnement renforcé et global de la personne et de protocoles pour la prise en charge adaptée des personnes en situation d'incurie dans l'habitat 	<ul style="list-style-type: none"> - PDLHI : moteur de la LHI avec des liens étroits avec les acteurs principaux dans le cadre du PDALHPD - création de commissions spécifiques départementales avec élargissement des acteurs - présence des SCHS - forte implication des maires - formation des maires et des élus - PTSM/PRAPS/ CLSM/PTA... ? - inclusion formelle des acteurs de santé (mentale) dans les accords de partenariats - initiatives locales en cours : (DD87 : protocole incurie CH Esquirol, ville de Limoges, SPA du 09/2018 ; étude rétrospective Dr Calvet CH Esquirol, équipe pilote départementale ? DD33 : protocole incurie MAIA ? DD86 convention CHL-bailleurs sociaux ? DD16 : PASS mobile et mobilisable ; DD17 : projet IPSYDOM, GEOMP - mobilisation des animateurs SP ?
COMMUNICATION	
<p>Interne ARS : Pas de connaissance de la politique de santé mentale, des dispositifs de soins, des acteurs par les agents SE</p> <p>Externe ARS : Manque d'acculturation au vocabulaire de la santé mentale par les agents</p>	<p>Interne ARS : Mobilisation des MSP, MISP, référents santé mentale et/ou PPS (sensibilisation au Logement/Habitat en tant que déterminant de la santé)</p> <p>Externe ARS : Equipe IES-T3S + MISP/MSP/IASS ?</p>
LEGISLATION/REGLEMENTATION	
<ul style="list-style-type: none"> - procédures d'insalubrité non adaptée aux personnes « incuriques » car récidives - absence de levier en cas de refus de visite pour un constat 	<ul style="list-style-type: none"> - obligation de soins de la personne à renforcer ? - déclaration de non décence du logement par CAF en cas de 3 refus ?
MOYENS HUMAINS/FINANCIERS	
<ul style="list-style-type: none"> - réduction des effectifs généralisés et des financements (IES-T3S, CD, MSA, UDAF...) 	Co-financement entre acteurs

Autres points évoqués

Autour de l'amélioration de la Lutte Contre l'Habitat Indigne sur le territoire...

... en particulier dans les situations d'incurie dans l'habitat (et de troubles du comportement) des occupants :

- **L'absence de consensus auprès des professionnels de la psychiatrie** quant aux définition et prises en charge des syndromes de Diogène et des situations d'incurie relevant ou non de soins médicaux.
- **L'absence actuelle d'identification formelle d'acteurs, de réseaux et/ou de champ de compétences (acteurs du champ social, médico-psycho-social, psychiatrique)** qui seraient à même de prendre en charge et d'accompagner les occupants dans les **situations d'incurie dans l'habitat et de troubles du comportement** qui ne relèveraient pas de troubles de santé mentale (selon les professionnels de santé mentale).
- **L'intérêt d'établir une typographie des occupants en situations d'incurie** (âge, comportement, PO/locataire, état de santé, environnement social et familial...) à partir des études existantes et en cours (ex. Monfort *et al.* 2010, étude rétrospective du Dr B. Calvet, CH Esquirol) et des dossiers d'insalubrité, **afin d'orienter le mode d'intervention en fonction des profils des occupants ne paraît pas pertinent pour les DD en raison de l'unicité de chaque situation.**
- **Une couverture territoriale et des possibilités d'intervention à domicile des EMPP et PASS limitée voire inexistantes sur le territoire.** Alors que l'équipe PASS de la DD16 est mobile sur tout le territoire (possiblement grâce à leur identification en tant que partenaires du PIG Insalubrité), les DD87 (PASS) et DD24 (3 PASS) mentionnent ne pas avoir connaissance de la mobilité des PASS.
- La nécessité de **connaître les dispositifs de santé mentale, les publics ciblés et leur couverture territoriale à travers les PTSM** en cours d'élaboration sur les territoires et notamment par le biais des cartographies établies pour la réalisation du diagnostic territorial partagé.
- L'existence de **divers types d'offres de logements accompagnés facilitant l'accès et le maintien dans le logement (ex. baux glissants) qui pourraient être mobilisés** pour les personnes présentant des troubles de l' « habiter »
- **L'existence de dispositifs de prise en charge des occupants en situation d'incurie** dans l'habitat dans le cadre des conventions entre bailleurs sociaux et les hôpitaux psychiatriques est questionnée. Apparemment, une seule convention existe en Nouvelle-Aquitaine sur le département 86 entre les bailleurs sociaux et le CH Henry Laborit.
- Dans les situations sanitaires critiques d'accumulation d'animaux dans le logement, **les possibilités d'intervention de la SPA diffèrent d'un territoire à l'autre** (ex. sur Cognac, la SPA intervient pour l'enlèvement des animaux au domicile alors que sur d'autres territoires comme en DD87 ou en DD17, les animaux doivent être errants, à l'extérieur du domicile ou faire l'objet d'un signalement de maltraitance)
- **La nécessité de clarifier et/ou renforcer les recours règlementaires et juridiques existants permettant de « forcer la mise sous protection sanitaire » de la personne sans son consentement à différentes étapes de l'intervention :**

- Face à un refus d'entrée (la DD24 précise que face à 3 refus d'entrée de la part du locataire, la CAF pourrait procéder à la suspension de l'Allocation Logement ; un signalement au Procureur, Préfet, maire est également pratiqué)
- A partir de l'intervention : conditions de mise sous tutelle, d'hospitalisation sans consentement
- **L'équipe ARS départementale à constituer pour travailler à la mise en place d'un dispositif d'intervention et pour communiquer sur ces sujets en externe** (comme initié en DD16, DD17, DD86 et DD87) : IES/TS Espace clos + Médecin Inspecteur de Santé Publique ou Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales et/ou référent santé mentale + référent Prévention et Promotion de la Santé ?

Le frein premier actuel est bien le manque de lien entre les pôles et de diffusion d'information au sein même des DD (ex. PTSM)

- **Les rôles et missions des animateurs SP (postes financés par l'ARS et dépendant des CH, de répartition inégale selon les départements) et la possibilité de les mobiliser sur les sujets « incuriques » seraient à clarifier auprès de PPS.**
- **Les missions des acteurs dits conciliateurs, médiateurs** et leurs organismes de rattachement et l'intérêt qu'il pourrait constituer en cas de refus de l'occupant.
- Concernant les **dispositifs en place dans d'autres régions et référencés sur le Réseau d'Echanges Santé Environnement (RESE)** ou encore dans le guide 2013 de la DIHAL (ex. ALPIL en Rhône-Alpes) la question de leur **pérennité, fonction de la pérennité des acteurs et des financements de l'ARS** dont les priorités peuvent évoluer sur les moyen et long termes est discutée. La **légitimité de l'ARS à financer seule un dispositif est questionné dans la mesure où une intervention efficace nécessite une démarche de multi partenariat**, où la contribution conjointe et coordonnée de chaque acteur reste une condition *sine qua non* pour la réussite de la prise en charge de l'occupant. Un moyen d'assurer la pérennité financière évoqué par la DD17, allant dans le sens du multi partenariat nécessaire et d'une démarche incitatrice pour l'ensemble des acteurs serait d'envisager un **financement conjoint par les acteurs**.
- **... et la sensibilisation des professionnels de santé mentale aux conséquences de logements indignes sur la santé mentale des occupants**
- **Les professionnels de la santé (mentale) en particulier les intrants à domicile devraient être sensibilisés à l'impact d'un habitat dégradé sur la santé et la santé mentale.** Ces acteurs pourraient ainsi participer au repérage des situations.

Bien que des études épidémiologiques montrent l'impact de conditions d'habitats dégradés sur la santé (mentale) des occupants, la réglementation française relative aux conditions d'éclairage, d'humidité, à la taille de certaines pièces, à la ventilation (en lien avec l'habitat favorable à la santé) n'est pas suffisamment précise pour permettre d'engager des mesures coercitives ou de prévention en DD.

Dans certains cas, notamment en DD17, un arrêté peut cependant être pris afin de faciliter le relogement de la personne dont le lien entre ses conditions de logement et sa santé (mentale) a pu être démontré.

Les attentes des DD par rapport à l'étude LHI-Santé mentale :

- **Un document guide de référence/vadémécum qui comprendrait :**
 - une **boite à outils** présentant les différents types de dispositifs, actions qui peuvent être mobilisables ou mises en place en fonction des situations d'incurie dans l'habitat et de la configuration des territoires (rurale/urbaine)
 - une **clarification de la sémantique dans le champ de la santé mentale** afin de pouvoir mieux communiquer avec les professionnels de santé
 - les **points de vigilance à respecter pour assurer la constitution et l'efficacité du réseau multi-partenarial** (ex. implication nécessaire de l'ensemble des acteurs, chaque acteur constituant un maillon de la chaîne d'intervention dont la défaillance ou le manque d'implication suffirait à faire échouer l'intervention)
 - une **liste des structures et acteurs mobilisables** et les **limites de leur intervention (publics ciblés, territoire d'intervention...)**; les différents types de structures d'accueil, de logements accompagnés... sur le territoire pour un relogement et/ou un accompagnement de l'occupant
 - les **modèles employés pour formaliser un partenariat** en fonction du contexte territorial (convention, protocole...)
 - les **modes de financement possibles**

- **Un plaidoyer auprès du directeur de l'ARS** avec un « porter à connaissance » du point limitant identifié sur la plupart des territoires portant sur la **mobilisation des acteurs de la psychiatrie** notamment pour des interventions et un accompagnement à domicile des occupants

- **La mise à disposition des informations sur la politique régionale de santé mentale et la littérature recensée concernant l'incurie dans l'habitat dans le répertoire T/**

Annexe 7 : Dispositifs « Incurie » extrarégionaux : comparaison, exemple de la Savoie

A7.1 Comparaison des dispositifs « Incurie dans l'habitat » extrarégionaux

A7.2 Exemple de la Savoie : compte-rendu d'entretien à propos d'un dispositif atypique

A7.3 Points d'attention, bonnes pratiques et limites

A7.1 Tableau comparatif des dispositifs « Incurie dans l'habitat » extrarégionaux

Territoire	Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Projet d'extension départementale)
Typologie du dispositif	Equipe d'intervention Coordinatrice	Equipe d'intervention Coordinatrice	Médiateur santé/social	Partenariat	Partenariat
Année d'élaboration	2015	2012	2018	2015	2012
Forme juridique	Associatif (professionnels libéraux rattachés à l'ass. <i>La Sasson</i> ³⁸)	Associatif (professionnels de l'ass. ALPIL ³⁹)	Associatif (dispositif SIAO) : création d'1 poste d'infirmière coordinatrice	-	-
Objectifs	Réduire les situations d'urgence nécessitant une hospitalisation sans consentement ; prise en charge de populations à risque socio-sanitaire non assurée par les dispositifs de droit commun (Incurie dans l'habitat)	Réduire les situations d'urgence nécessitant une hospitalisation sans consentement et de recours aux mesures sanitaires coercitives (L1311-4)// Aider les personnes à se maintenir à domicile de manière durable en réduisant les risques sanitaires et en limitant la récurrence de l'incurie à domicile (avec consentement)	Permettre à la personne en situations d' incurie dans l'habitat de rompre son isolement social , de retrouver sa dignité mais aussi de se maintenir au domicile dans des conditions de sécurité et de salubrité satisfaisantes	Amener la personne vers une amélioration de ses conditions de vie et ralentir la récurrence de l'incurie dans l'habitat	Réduire l'usage des mesures coercitives et les risques de récurrence après nettoyage par une meilleure prise en charge des personnes en situations d' incurie dans l'habitat
Publics visés	Actuellement ⁴⁰ : uniquement situations les plus complexes et extrêmes d'incurie dans l'habitat signalées par le PDLHI	Personnes dont le mode d'occupation du logement présente un problème sanitaire, de sécurité pour elles-mêmes et/ou leur environnement (souvent des personnes isolées non en demande d'aide) = incurie dans l'habitat	Personnes en situations d' incurie dans l'habitat refusant l'ensemble des aides	Personnes en situations d' incurie dans l'habitat	Personnes présentant un syndrome de Diogène , en situations d' incurie dans le logement
Diagnostic des besoins <i>Offre de Soins/ Logements adaptés/Problématiques sanitaires et sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de logements à bas seuil d'exigence (ex. IML) • Professionnels de santé mentale non formés à la précarité/isolement (équipes gérontologiques) ou non mobilisables et sur des plages horaires trop restreintes (EMPP) • Relais ville-hôpital défaillant • Professionnels ne se déplaçant pas à domicile (TS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'approche de « Santé mentale communautaire » • Modèles encore « sélectifs » du secteur psychiatrique (principe de demande de soins nécessaire, prise en charge limitée aux troubles psychiatriques caractérisés) • Manque de moyens pour les suivis post-hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif SIAO⁴¹: problématiques sanitaires (somatique/psychique) et rupture de parcours de soins rendant difficile l'accès et le maintien dans le logement (PDALHPD) et volonté de créer un observatoire sanitaire avec un besoin de compétences associées • Situations bloquées d'incurie dans l'habitat remontée au PDLHI (<i>MDLHI créée en 2011 avec appui du sous-Préfet coordinateur de l'habitat en 2017</i>) • Manque de structures adaptées et professionnels pour la prise en charge des addictions en postcures • Habitats diffus et offre de soins limitée (nécessité de l'aller vers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Problématiques d'alcoolisme, suicide, isolement social (ex. agriculteurs) • Absence d'agences immobilières à vocation sociales (AIVS) permettant un suivi à domicile des occupants • Pas de grandes métropoles avec SCHS • Offre de soins de proximité limitée 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 situations/an signalées au SCHS (conséquences sanitaires occupants et voisinage, risque d'incendie) : mesures coercitives inadaptées et efficace pour prévenir la récurrence • Demandes de prise en charge partenariale des MDS et services psychiatriques pour ces situations • Absence de CLSM avant 2012 et aucun protocole/modèle partenariat existant (Toulouse=1er modèle en France);

38 Association assurant le support logistique de l'équipe, agréé pour les mesures d'accompagnements ASLL et la gestion de logements accompagnés CHRS, LHSS, initiative sur le modèle « Toit d'Abord » de la FAP

39 ALPIL: association loi 1901 créée en 1979 dont le principal objectif est de favoriser l'accès au logement de tous ceux qui en sont exclus, comprenant 18 salariés (filiales sociales, droit, anthropologie, sociologie, urbanisme, aménagement et développement territorial, administration) et agréé pour les mesures d'accompagnement ASLL

40 Initialement : personnes en situation d'exclusion, isolement et/ou d'auto-exclusion : précarité, isolement, incurie, alcoolodépendance, pathologies psychiatriques...

41 En Lozère, le SIAO est porté par une association (Collectif SIAO 48), assurant les missions de coordination des acteurs locaux et de demandes de relogement/hébergement d'urgence et de veille sociale. Un partenariat entre la DDCSPP, DDT, le SIAO et les bailleurs sociaux permet de fluidifier les parcours de logement des personnes en difficulté notamment par rapport au maintien dans leur logement (du fait du comportement, incurie...).

Territoire		Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Projet d'extension départementale)
Historique et origine du réseau <i>Facteurs facilitants</i>		<ul style="list-style-type: none"> Volonté de l'ARS d'agir face à des professionnels, maires... démunis pour la prise en charge et l'accompagnement de personnes en situations d'incurie dans l'habitat Equipe préexistante dépendant du réseau InterMed départemental (médiation et coordination de santé personnes isolées et vulnérables, notamment logées par les bailleurs sociaux) PDALHPD : travail sur un lien renforcé entre social et santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> Volonté de l'ARS d'agir face au constat d'inefficacité des mesures coercitives de remédiation au danger sanitaire imminent (L1311-4) du fait de la non prise en charge des occupants après intervention (mise en place d'une recherche-action entre l'ALPIL et l'ARS) Association préexistante, opératrice de la LHI et de l'accès et du maintien dans le logement des populations en difficultés (PDALHPD) depuis 20 ans, pour la DD ARS et les SCHS (ex. programmes MOUS : diagnostic et accompagnement des occupants ex. relogement et travaux) ; actions élargies aux situations d'occupants en non demande et présentant de graves problèmes sanitaires Démarche partenariale initiée depuis 2002 par le Grand Lyon et l'Etat "santé psychique & logement" SPEL pour favoriser le maintien et l'accès dans les logements des personnes en souffrance psychiques PDALHPD : Co-pilotage Métropole de Lyon/ Etat 	<ul style="list-style-type: none"> 2017-18 : PRS Occitanie avec problématique de l'incurie et médico-psychosociale mise en avant bloquant le relogement dans le cadre du PDALHPD, Schéma départemental des Solidarités/Plan Pluriannuel de la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale financement de dispositifs pilote expérimental sur 4 départements (psychologue, éducateur, infirmières...) Lozère : * Cofinancement d'un poste d'infirmière référente santé sociale et incurie au sein du SIAO 48 entre DDCSPP (0,5 ETP) et ARS (0,3 ETP) 	<ul style="list-style-type: none"> Contexte de création du PDLHI (POLHI) en 2013 avec recherche de partenaires (forte dynamique et intérêt général institutionnel, professionnels) avec montée en puissance depuis 4 ans de signalements d'incurie par les pompiers, TS du Conseil Départemental (16% des signalements) COTECH spécial incurie du 23 juin 2016 (services sociaux, professionnels de l'habitat, du médical...) : <ul style="list-style-type: none"> Soutien départemental fort sur l'incurie (Conseil Départemental) Milieu rural homogène avec PASS couvrant le département, TS ayant davantage de temps à consacrer aux publics Réunion régionale "incurie" avec l'ensemble des partenaires (CAF/MSA, PASS/ ADIL, EPCI ...) avec présentation de l'expertise de chacun des acteurs Retour à domicile après hospitalisation impossible du fait de l'état du logement+ services infirmiers (SIAAD) ne pouvant pas intervenir à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Volonté politique de la ville et du SCHS de prendre en charge ces situations et culture des TO pour solutionner les situations Apprentissage du travail partenarial avec connaissance du rôle de chacun de 2019 à 2012 importantes réunions de travail réunissant tous les partenaires Soutien du CD déterminant et présence de MDS pluridisciplinaire (ex. infirmière, TS, médecin)
	Caractéristiques des publics	Typologie socio-territoriale des	<p>Sur 76 personnes depuis 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 50% locataires, 50% PO 50% parc public, 50% parc privé 67% zone rurale 82% personnes seules 67% d'hommes 72% retraités ; 12% AAH ; 7% RSA ; 4% actifs 	<p>Bilan 2017 (27 personnes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> 70% locataires dont majorité du parc public en Métropole, 30 % PO ~ 50% parc public, 50% parc privé 89% personnes seules dont 64% de femmes vivant seules ou avec leurs enfants (2 situations) (proportion H/F équivalente pour les années précédentes) ~ 50% personnes < 60 ans ; 50 % personnes > 60 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Personnes dans parcs public et privé Personnes de + de 60 ans et hommes vivant seuls (3 situations) 1 femme seule de 54 ans Isolement social extrême 	<p>Personnes désocialisées suite à des problématiques familiales...</p> <p>Personnes en précarité (socio-économique) : (Orne → salaires moyens les plus bas en France)</p>
	Typologie sanitaire des occupants	<p>Sur 76 personnes depuis 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 33% en rupture de soins (pas de médecins traitants, traitements psychiatriques interrompus...) 24% syndrome de Diogène primaire (pas de pathologies psychiatriques ou alcoolodépendante marquée) 22% syndrome de Noé syndrome de Diogène secondaire (pathologies croisées dominantes) : troubles cognitifs, troubles psychiatriques, pathologies somatiques (cancers...); alcoolodépendance 	<p>Problématiques psychosociales associées (2017) :</p> <ul style="list-style-type: none"> 68% santé mentale et addictions : 30% troubles psychotiques ; 20% dépression ; 15% addictions ; 3% trouble limite personnalité- 15% perte d'autonomie 15% déficience, démence ou trouble neurologique état de santé général (somatique) : 63% assez dégradé à très dégradé (37% > 70 ans et mauvaise hygiène) avec hospitalisation fréquente durant l'accompagnement degré d'isolement des personnes : 63% lien unique ou rupture de lien social/familial, 100% ne recevant plus chez elles 	<p><i>En hébergement/logement adaptés (hors incurie) :</i></p> <p>Accompagnement des personnes en refus de soins, désocialisées ayant eu un long parcours d'errance à la rue, migrants, précaires</p> <p>0% de personnes (sans-abris) accueillies souffrant de troubles psychiques</p> <p><i>En logement autonome (incurie) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Personne en perte d'autonomie avec des troubles cognitifs (mnésique, orientation) et abandon de soi dû à des deuils successifs Syndrome de Diogène primaire avec accumulation d'objets et d'animaux Troubles schizophréniques depuis l'âge de 27 ans (suivi par le CMP) Personne en difficultés psychologiques et rupture de soins (locataire expulsée à +sieurs reprises) 	<p>Personnes isolées</p> <p>Personnes âgées en perte d'autonomie</p> <p>Problèmes d'addictions (alcoolodépendance)</p> <p>Syndrome de Diogène</p>	<p>Sur 162 situations</p> <ul style="list-style-type: none"> 48% > 60 ans 41% < 60 ans ayant des troubles psychiatriques ne nécessitant pas d'hospitalisation Très souvent pour les plus jeunes, troubles psychiatriques associés (dépression, psychoses...) 100% en rupture de soins 50% de syndrome de Diogène présentant des troubles psychiatriques (retour EMIC), pas de pathologies associées pour les 50% restants (profils d'accumulateurs actifs)

Territoire	Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Projet d'extension départementale)	
Organisation et fonctionnement	Equipes intervention	1,5 ETP CESF + 1,5 ETP IDE <i>compétence SAMU social/SIAAD</i> + 1 Temps Partiel <i>aide-soignante</i> (interventions pour l'ARS, le Conseil Départemental, bailleurs, mandataires judiciaires...)	2 TS 0,5 ETP + 0,5 ETP psychologue clinicien + (Temps IDE non pourvu)	1 ETP Infirmière santé publique (<i>expérience en psychiatrie sociale</i>) : création d'un poste de référente santé sociale et incurie au sein du SIAO	Ensemble des membres du PDLHI (POLHI) Avec identification d'un coordinateur : Référent social (TS du CD)	Partenariat entre SCHS (agents de salubrité), CD, CHU Toulouse et CH Gérard Marchant (EMIC : 2 psychiatres, 1 interne, 5 infirmiers)
	Missions de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement de l'occupant avant/pendant et après le désencombrement jusqu'au relais de droit commun Formation/sensibilisation des acteurs institutionnels et professionnels de santé, social, médico-social et juridique (TS, bailleurs, mandataires judiciaires ; DDCS, CCAPEX ; infirmiers psychiatriques...) Appui-conseil aux professionnels Premières rencontres ; diagnostic, soins à la personne, relais avec l'hôpital... (IDE) Accompagnement budgétaire, juridique... travail sur l'acceptation d'une protection juridique.... (CESF) Médiations auprès du voisinage, familles, mairies... 	<ul style="list-style-type: none"> Identification, coordination et mobilisation des acteurs de proximité Médiation et soutien aux actions des professionnels de terrain ou des élus en charge de ses situations et fonctionnant en réseau (ex. aides à domicile) Accompagnement de l'occupant avant/pendant et après le désencombrement jusqu'au relais de droit commun (avec recherche d'adhésion et participation de l'occupant dans la remise en état du logement et sa remobilisation : accompagnement actif au nettoyage/désencombrement par l'équipe elle-même (63% des cas) et/ou recherche de financements : caisses de retraite, fonds propres des ménages, FAP et suivi du nettoyage et réhabilitation Accompagnement actif sur le plan de la santé psychique et somatique avec travail thérapeutique sur la rationalisation de l'accumulation/motivations durant 2-3 ans avec diminution de l'intensité de l'accompagnement ; veille sanitaire pour certaines situations maintenues depuis 2012 Sessions d'information sur le dispositif aux professionnels (TS, bailleurs, services de gérontologie psychiatrique, instances CLSM /SPEL, communes...) 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des acteurs, des offres de soins et création d'un réseau d'acteurs à mobiliser selon les problématiques somatiques et psychiques des personnes Coordination des acteurs (ex. organisation de journées de rencontres entre les professionnels) Coordination du parcours de soins/social des personnes accompagnées Réalisation d'un diagnostic sanitaire des situations en centres d'hébergement, structures d'insertion, accueil de jour.... Participation aux commissions SIAO, (DALO, CCAPEX) Appui/soutien aux équipes de travailleurs sociaux Evaluation de l'urgence, des besoins de santé et sociaux et accompagnement vers les dispositifs de droit commun Aide active à la personne à désencombrer et travail sur la compréhension du syndrome d'accumulation active Médiation avec le voisinage... 	<ul style="list-style-type: none"> ARS puis DDT : évaluation sanitaire et les ravaux sur le logement TS : référent social de l'occupant, coordinateur et médiateur des actions, accompagnement social, visites hebdomadaires Personne de confiance : familles, proches, élus sur la commune (soutien pour entrer dans le logement) PASS : évaluation médicale/psychologique et médiation vers le soin MAIA, aides à domicile... : prise en charge sur le long terme pour prévenir la récurrence Maires : veille sociale 	<ul style="list-style-type: none"> SCHS : enquête sur place autant de fois que nécessaire, rencontre de l'occupant et état des lieux ; encouragement de l'occupant au nettoyage amiable ou via une entreprise via AP L1311-4 CSP+ TO (somme recouvrée par le trésor public) CD : plateforme d'appui aux MDS (personne référente pour désigner 1 TS+1 infirmière) : rencontres en amont du nettoyage ; médiation ; accompagnement social et médico-social (mobilisation médecin, infirmière et TS ; accès aux droits sociaux, demande de protection), recherche de l'adhésion et volonté de l'occupant, accompagnement retour à domicile (aide à domicile, relogement...), lien social EMIC : recherche si connaissance de la personne, diagnostic somatique, recherche troubles neurologiques, démence... ; diagnostic psychiatrique : EMIC si rupture ou absence de prise de charge ; recours à l'hospitalisation en cas de démence diagnostiquée ou pathologies psychiatriques (TOC, dépression, psychoses) ; encouragement des personnes vers le soin
	Nb de personnes signalées	2015 : 9 ; 2016 : 20 (26) ; 2017 : 19 (27) ; 2018 : 28 (40)	2012 : 12 ; 2013 : 18 ; 2014 : 23 ; 2015 : 30 ; 2016 : 35 ; 2017 : 41 ⁴²	2018 : 4 pour les situations d'incurie les plus compliquées (refus de l'occupant)	2017 : ~50	~30
	Origine des signalements	Centralisés par le PDLHI et DD ARS : 29% bailleurs privés ; 23% département ; 17% mairies ; 11% mandataires judiciaires ; 9% bailleurs sociaux ; 2% psychiatrie	Centralisés par la DD ARS : représentants mairies suite à signalements voisins, bailleurs, famille, plombiers..., gestionnaires de cas (MAIA), mandataires judiciaires, hôpital psychiatrique	Centralisés par le PDLHI /DD ARS	Centralisés au PDLHI : signalements par le SDIS essentiellement (80%)	Centralisés par le SCHS : Tuteurs, pompiers/police, voisinage, propriétaires/syndics, CD/CHU/CH retour à domicile...

SPEL : Santé Psychique Et Logement ; TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif ; TS : Travailleur Social

42 2/3 de personnes sur la Métropole vs 1/3 de personnes sur le Département (villes moyennes, zones rurales) 7 situations en centres d'hébergement

Florence MARTY - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017-18

Territoire		Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Projet d'extension départementale)
Organisation et fonctionnement	Rôle du PDLHI/DD ARS Gouvernance	Guichet unique des signalements Pilotage DDARS : Elaboration de stratégie individuelle de prise en charge en fonction de l'historique de la personne (acteurs institutionnels+ équipe d'intervention) // Ecriture de procédures/Fiche de signalements	DDARS : Signalement/ Financement	Guichet unique (ADIL) des signalements avec commission 1 fois/mois	Mobilisation et coordination d'un réseau partenarial mobilisant des compétences transversales DDARS : Centralisation des signalements et traitement coercitif du danger sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance locale de la ville de Toulouse (comité de suivi) : pas d'implication du PDLHI Projet ARS (PDLHI) et CD : étendre la couverture territoriale du protocole d'intervention au Département (difficultés d'identifier des équipes mobiles de santé hors territoire SCHS)
	Autres acteurs/réseaux impliqués	Diagnostiqueur (SOLIHA...) ; Hôpital psychiatrique ; Les Petits frères des Pauvres, Banques alimentaires, La Croix Rouge, Secours Populaire ; Juges de tutelle ; Professionnels du secteur médico-social et toutes autres personnes qui pourraient se rendre à domicile ; Refuges pour animaux ; UNAFAM ; entreprises de nettoyage sélectionnées ou association (réinsertion...) ...	CCAS, TS du CD, mandataires judiciaires, représentants des collectivités territoriales ; intervenants à domicile, entreprises de nettoyage sélectionnées ou association (réinsertion...) ; hôpital psychiatrique et psychiatrie de secteur, médecines de ville, DDT., familles ou proches...	Les 5 associations d'hébergement/logement adapté/accompagné (AVSL/ASLL); 5 CMP de secteurs dotés d'1 équipe mobile EMPP depuis 1 an 1/2 (2 référents précarité/CMP); PASS; mandataires judiciaires (se déplaçant à domicile); MAIA (gestionnaire de cas), ADMR, TS, ADIL, ARS (état du logement), médecin traitant, associations d'insertion (aides à déménagement...), DECLIC (Dispositif d'entraide et de Concertation Lozérien Interprofessionnel et Coopératif), CH François Tosquelles, Centre Médico-Social, élus, pompiers, CMP, GEM, ELSA, Maison SSR, SAMSAH/SAVS...	Médiadom, PASS, entreprises d'insertion mobilisées pour le nettoyage et entreprises spécialisées, hôpital psychiatrique et psychiatrie de secteur, médecine de ville, services médico-sociaux et paramédicaux, DDT, YS hôpital/bailleurs/opérateur OPAH, mandataires judiciaires, CLIC/MAIA, services à domicile, SIAAD, élus...	Elus, Secours Populaire (rééquipement des logements), bailleurs, médecins, entreprises de nettoyage, associations de quartier...
	Evaluation et traitement du danger sanitaire	Risque sanitaire majoré : habitat collectif ; déchets putrescibles humides avec animaux ; déchets secs humides (risque de montée en température 70°C): risque incendie Mise en danger de la personne et de son voisinage Arrêté Préfectoral L1311-4 (+ Travaux d'Office) +(L1331-26) (avec accord de la personne recherché)	Evaluation du danger sanitaire et mise en œuvre des mesures coercitives mise en œuvre par la DD ARS (L1311-4 CSP, L1331-26 CSP)	Non précisé	Evaluation du danger sanitaire et mise en œuvre des mesures coercitives par la DD ARS (L1311-4 CSP, L1331-26 CSP) <i>Recours à AP plutôt qu'AM pour recouvrement des frais par l'Etat (communes impécunieuses)</i>	Risque sanitaire évalué en fonction du danger imminent : Déchets putrescibles ; prolifération de nuisibles (asticots, blattes, souris) ; entassement d'objets+ installation électriques défectueuses ; entassement d'objets avec risque d'effondrement (planchers...); pratiques à risques et risque d'incendie (fumeur, alcoolisme) Inspection d'insalubrité/ Mise en œuvre Arrêté préfectoral (L1311-4) Demande de référé pour l'accès au domicile en cas de refus
	Outils spécifiques développés	Diagnostic empirique établi par l'IDE et enseignable aux TS avec problématiques principales associées par ordre de difficulté de prise en charge Module de formation (programme de 2 journées de 6 heures)	Fiche de signalement et d'évaluation du niveau d'encombrement et de l'incurie Critères d'évaluation de l'état de santé général (somatique), de degré d'isolement, de dégradation sanitaire du logement (4 niveaux) Document de protocole et pratiques	Fiche de poste	Fiches de signalement Schéma d'intervention partenarial	Fiche de signalement personne vulnérable Document modèle de plan d'intervention partenarial partagé (<i>en évolution en fonction des pratiques</i>)
	Formations des professionnels internes/externes	<u>Externe</u> : ~ 400 personnes formées sur le département	<u>Interne</u> : formation sur l'entretien motivationnel/ DIU 2018 CCOMS 'Santé mentale dans la communauté" <u>Externe</u> : formalisation d'actions de formation auprès des professionnels en prévision (financement en attente auprès du Conseil Départemental Direction Insertion et Développement Social)	<u>Externe</u> : (en projet) annuaire référentiel répertoriant les structures de soins et leurs missions pour les professionnels de l'habitat et du social	TS formés sur l'habitat et l'incurie Et soutenus par le CD	Communication auprès des professionnels Information des cadres des MDS (nouveaux effectifs) sur le protocole et professionnels via plaquette d'information (ex. URPS, pompiers) Informations sur les critères de signalement pour le fiabiliser

Territoire		Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (projet d'extension départementale)
Organisation et fonctionnement	Modalités d'intervention	<p>A. Phase d' » apprivoisement" (20 min à 2 mois)</p> <p>B. Phase d'accompagnement à la remobilisation de la personne :</p> <p>Etape 1 : Evaluation de la prise en charge adaptée (diagnostic) (2 types suivant la prédominance d'un syndrome de Diogène primaire ou non)</p> <p>Etape 2 : Travail sur le parcours de soins, ouverture de droits ; désencombrement et nettoyage du logement avec la personne</p> <p>C. Phase d'accompagnement avec amélioration des conditions de vie et relais vers le droit commun</p> <p>(Détailées en Annexe 7)</p>	<p>4 niveaux d'intervention : N1 : conseil individualisé (mail/téléphone) // N2 : Appui-conseil technique aux professionnels/équipes réunion de synthèse/instance, rencontre en amont de l'intervention// N3 et N4 : Interventions sur le terrain de différents niveaux d'intensité (fréquence et durée) N3 : 20 à 60h ; N4 : > 60h</p> <p>=====</p> <p>1 : Evaluation préalable de la situation (identification et prise de contact avec l'évaluateur potentiel)</p> <p>2 : Réunion de synthèse partenariale pour construire un plan d'aide (<i>En amont de la visite pour identifier les besoins et les ressources locales disponibles ex. TS, familles..., personne médiatrice, problèmes sanitaires du logement, typologie de troubles de l'habiter [accumulation passive ou active] de la personne et troubles de santé associés</i>)</p> <p>3 : Diagnostic technique et psychosocial, projet personnalisé, adhésion des occupants pour l'entrée à domicile (<i>travail sur une demande latérale, rencontre dans les lieux de vie, avec la personne de confiance...</i>) ; évaluations régulières</p> <p>4 : Accompagnement opérationnel vers le désencombrement de son logement, la restauration d'une qualité de vie et la réhabilitation de ses capacités domestiques avec si besoin: prise en charge médicale sur le long terme ou accompagnement psychologique , accès à un lieu de vie plus adapté si nécessaire, aide à la vie quotidienne, mise en place d'1 mesure de protection et accès aux droits sociaux, rupture de l'isolement Equipe se partageant les tâches de débarrassage, d'accompagnement des personnes en dehors du domicile, médiations bailleurs/voisinage.....; travailleurs sociaux intervenant dans l'ensemble des démarches administratives et juridiques et psychologue sur la relation aux objets et les motivations au changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signalements des situations par le MDLHI et la DD ARS • Rencontre par le biais d'un intermédiaire (mandataire judiciaire...) et identification de toutes les personnes ayant été en contact avec l'occupant • Plusieurs visites de l'occupant 1 fois/semaine et établissement d'1 lien de confiance* <p>Identification des besoins de la personne et de ses souhaits et recherche de relais avec son consentement en fonction de l'état de santé/degré d'autonomie de la personne (mesures de protection, questionnaire de cas MAIA, CMP...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travail sur l'acceptation des soins, psychothérapie dans le cas de comportements d'accumulation active, recherche de solutions pratiques (ex. boîtes à clef pour que les autres intervenants) • Aide aux désencombrements, réhabilitation du logement pour assurer un meilleur confort (chauffage, endroit pour dormir, eau/électricité...) • Introduction des personnes relais 	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement signalement ARS, concertation avec le maire puis DDT pour l'évaluation sanitaire et les travaux sur le logement • Désignation d'un TS, référent social de l'occupant, personne de confiance (CAF/MSA/SNCF/CD) • Visite toutes les semaines par le TS référent et coordination (médico-psychologique PASS psychologique / sociale: mandataires judiciaires, ouverture des droits sociaux, prévention des expulsions locatives/ aides à domicile) • Veille par l'intermédiaire des maires 	<ul style="list-style-type: none"> • Réception du signalement par le SCHS (vérification si syndrome de Diogène ou pas et si incurie) • 1ère enquêtes réalisées par le SCHS seul jusqu'à rencontre de la personne et constat de l'état du logement(<i>dans 1 délai de 2 semaines après signalement</i>) * Signalement pour adulte vulnérable à la MDS (et recommandation d'intervention EMIC selon propos démentiels ou non...) • Réunion pluridisciplinaire du SCHS et autres acteurs impliqués dans les locaux MDS (CD coordinateur avec commission adultes vulnérables) (convocation, analyse croisée de la situation, +sieurs rencontres nécessaires) ==> Plan d'action et délai d'intervention ajusté en fonction du risque sanitaire évalué et de l'évaluation médico-psychosociale • Rencontre de la personne par le CD : TS + infirmière (+EMIC) pour évaluation sociale et médicosociale (et psychiatrique) → conjointe avec SCHS en prévision* Mise en œuvre L1311-4+ TO (dans 23% des cas, référé/recours aux forces de police nécessaire car refus) (délai 3-4 mois avant la mise en œuvre puis débarrage en 3 jours) avec présence du TS, SCHS, EMIC (en cas de décompensation pour hospitalisation) • Visites TS-SCHS + mise en œuvre d'une aide à domicile dans les semaines qui suivent + ré-ameublement au bout de 5 jours par le Secours Populaire
	Echanges internes	<ul style="list-style-type: none"> • Email de conclusions/avancées financeurs/ Bilan annuel ARS /Dossiers tenus à disposition du juge 	<p>Bilans annuels ARS/financeurs/Informations transmises "en temps réel" aux partenaires</p>	<p>2 bilans de la mission (mi-parcours et fin-année) aux financeurs</p>	<p>Tableau de bord de suivi partagé au POLHI rempli par l'ensemble des acteurs</p>	<p>Chaque institution ayant ses propres dossiers</p>

Territoire	Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Projet d'extension départementale)
Organisation et fonctionnement	<p>Pratiques et points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> Lors de la première rencontre : se présenter à la personne afin qu'elle prenne conscience que l'on vient pour améliorer sa situation et que l'on va en rendre compte aux institutions ou à l'autorité compétente A l'écoute des besoins des personnes, dans une approche de « Prendre soin » au-delà du « Soin » Vigilance de l'état de santé somatique et psychique des personnes Inclusion de la personne dans tous les processus de décision et "aide à faire" Accompagnement nécessaire malgré la protection juridique non suffisante Mythe de l'autonomie et de la réhabilitation à lever pour certaines situations (certaines personnes trop fragilisées) Suivi régulier (1/semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> Repérer et travailler sur une demande latérale qui émerge des entretiens avec l'occupant * Penser dans la durée et ne pas se laisser envahir par le sentiment d'urgence Importance du tact et de la négociation (à l'écoute de l'occupant) et de l'utilisation raisonnée du levier réglementaire (éviter la décompensation psychique et somatique dû à une perturbation trop brutale du système de défense de la personne installé depuis des décennies) Principe de soutien actif de la personne (encouragement, entretien motivationnel, faire avec, accompagnement aux rendez-vous) Ne pas chercher la guérison mais le rétablissement ou la compensation et prendre du recul sur ses propres représentations normatives sur l'habitat Suivi régulier (1/semaine ou tous les 15 jours) Réflexion éthique constante autour des compromis : compromis entre liberté individuelle et principe de réalité sociale, entre l'occupant et son bailleur ou ses voisins le cas échéant, compromis entre ses différentes aspirations 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement relationnel ("école de la patience") et travail partenarial (temps de parole, y compris informels, pour échanger sur les situations, questions et évaluations des sentiments qu'elles renvoient) essentiel pour l'accompagnement des personnes en situation d'incurie Reconnaître au niveau des partenaires les ressources et les limites institutionnelles, mais aussi personnelles de chacun Expérience professionnelle et connaissances des troubles psychiques essentielle afin de bien prendre en compte les particularités de chacun quant à leur pathologie, et d'évaluer quels objectifs peuvent être atteints ou non. Prise en compte du facteur humain grâce au temps d'accompagnement individualisé, d'écoute et de bienveillance Beaucoup de précarité et de situations d'incurie cachées (CMP confrontés à des patients en situation d'incurie et ne sachant pas comment les aider et ne signalant pas de peur de mettre à mal la relation thérapeutique et de confiance) Importance de bien connaître l'offre de soins du territoire pour orienter les personnes vers une prise en charge adaptée à leurs besoins 	<ul style="list-style-type: none"> Importance d'identifier la personne de confiance TS en tant que référents coordinateurs sur chaque situation et médiateurs auprès de l'occupant et des différents intervenants Utilisation raisonnée du levier coercitif pour débloquer des situations (ex. permettre un relogement en cas de menace d'expulsion locative) ou en cas de danger sanitaire imminent Compromis et conciliation nécessaire avec les professionnels de santé pour réduire leur délai d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Formalisation par un protocole pour favoriser et maintenir l'engagement de l'ensemble des partenaires Promotion d'une approche globale, pluridisciplinaire et inter partenariale * Connaissance partagée des cadres et modalités d'intervention des partenaires (<i>modification de la perception erronée des missions des acteurs : MDS percevant les SCHS comme des « flics » et n'ayant pas conscience de leur rôle social envers l'occupant et SCHS ne comprenant pas l'inaction des TS</i>) Définition d'un cadre de coordination des interventions Face au refus d'entrer, seul le SCHS peut demander un référé au juge : 2 demandes nécessaires 1 pour 1er constat et 1 pour le désencombrement, nettoyage, désinfection, désinsectisation du logement Professionnels MDS et EMIC n'intervenant que sur acception de l'occupant Si nécessité d'une évaluation psychiatrique, l'EMIC est systématiquement introduite par la MDS (personne de confiance) Médiation auprès des élus et plaignants pour justifier l'allongement des délais Sensibilisation/transmission des informations et pratiques lors de renouvellements d'équipes (ex. COPIL des MDS) ; identification des personnes référentes ; utilisation des mêmes définitions sur la qualification des situations d'incurie Personnes dépendantes (davantage qu'institution dépendante) =nécessité de trouver les personnes à l'écoute Même procédure appliquée par la MDS et le SCHS selon présence ou non de troubles psychiatriques 2 ans pour la mise en place d'un protocole Besoin de bien connaître les intervenants et de travailler avec des professionnels qui sont dans le non jugement pour alléger l'intervention Partage d'information nécessaire facilité par le partenariat : ex. SCHS a besoin de savoir si suivi psy ou pas et si suffisamment de budget ou pas pour adapter ses actions

Territoire		Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Extension départementale)
Organisation et fonctionnement	Produit ion externe	Participation colloques /rencontres DIHAL Film sur l'accompagnement co-financé avec la DIHAL	Participation colloques/rencontres DIHAL Film sur 2 témoignages de situations d'incurie : Film d'animation piloté par l'OSPERE-SAMDARRA		Film sur l'incurie	Participation colloques/rencontres DIHAL
	Difficultés rencontrées	Lien interpersonnel créé avec l'équipe qui leur a permis de se remobiliser rend parfois difficile le passage de relais à d'autres intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> • Refus d'entrer malgré toutes les méthodes envisagées nécessitant d'attendre un événement conduisant à une hospitalisation des occupants • Travail non coercitif sur la diminution du nombre d'animaux rendu difficile par l'attachement pathologique+ la collaboration difficile avec la SPA/Leviers dissuasifs mobilisés : déclaration ICPE nécessaire > 10 animaux ou situations de maltraitance d'animaux et/ou nuisances et risques infectieux pour le du voisinage • Nécessité de recours aux mesures coercitives L1311-4 pour 14% des situations • Mobilisation des psychiatres, des équipes prévention suicide, des médecins traitants débordés • Personnes ne relevant pas de la psychiatrie et des dispositifs relatifs aux personnes âgées ou handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de psychiatre qui pourrait se déplacer à domicile et personnes ne souhaitant pas aller au CMP • Médecins traitants ne se déplaçant pas à domicile et n'ayant pas conscience de la situation de leur patient • non-adhésion aux soins: beaucoup refusent d'aller vers le soin, psychique notamment : par peur de perdre le contrôle, de perdre le droit de décider, par peur des contraintes, par représentation négative des structures de soin, par déni des leurs troubles, par renoncement et perte d'envie et pour d'autres raisons encore... 	<ul style="list-style-type: none"> •Travail de médiation très long avec occupant en cas de refus/déni • Implication des médecins : médecins traitants, psychiatres •Occupants impécunieux (ne pouvant pas financer la réhabilitation du logement) • Implication et adaptabilité variable selon les personnes quelle que soit l'organisme (PASS, TS...) •PASS n'intervenant que très peu à domicile/infirmières libérales non mobilisables 	<ul style="list-style-type: none"> Refus de l'occupant/Impossibilité à changer Logements encombrés d'objets non putrescibles (pas de leviers d'action pour TO) Récidives de personnes refusant toutes les aides (8%) Hétérogénéité du fonctionnement entre les CMP (ne souhaitant pas appliquer le protocole)
Formalisation /Budget	Contractualisation	Contrat de prestation avec ARS et Conseil Départemental (mesures ASLL) Conventions avec bailleurs (+ conventions individuelles) Financement individuel par les mandataires judiciaires	2018 : CPOM prévu avec l'opérateur associatif sélectionné (Cahier des charges AAP ARS/Grand Lyon)	Contrat projet expérimental ARS et DDCSP		Protocole d'accord (convention) entre ville de Toulouse, CD, CHU et CH Convention du CD avec le Secours Populaire Département : protocole d'accord 2018-2022 dans le cadre de la LHI (Préfet, CAF/MSA, Toulouse, EPCI, CD, opérateur OPAH/PIG, ARS, UDAF, ADIL, URPS Médecins) + Rencontres en cours avec CCAS, CNSA, CH (hors SCHS), DDT, SOLIHA (expérimentation en cours)
	Financement	<ul style="list-style-type: none"> • ARS •Conseil Départemental (depuis 2018) via ASLL • Bailleurs • Mandataires judiciaires 	<ul style="list-style-type: none"> •ARS • Conseil Départemental •Lyon Métropole (répartition 2018 : 20 accompagnements Métropole + 10 Département ; 10 ASLL Département+ x Métropole) 	<ul style="list-style-type: none"> • DDCSPP • ARS 		

Territoire		Savoie	Rhône (Hors territoire des 3 SCHS)	Lozère	Orne	Toulouse (Extension départementale)
Evaluation	Critères d'efficacité	<p>Résultats sur 76 personnes depuis 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 84% ont pu rester à domicile avec une amélioration visible de leurs conditions de vie • 5% ont nécessité leur placement en EHPAD • 4% des personnes relogées ou accompagnées en maisons-relais • 7% ont nécessité une hospitalisation préalable sous contrainte • 10% ont nécessité le recours préalable à une procédure coercitive de danger sanitaire imminent (L1311-4) • 7% ont décédées du fait de pathologies graves 	<p>Résultats sur les 11 dossiers clos (2017) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55% ont pu rester à domicile avec une amélioration visible de leurs conditions de vie • 27% ont nécessité leur placement en EHPAD • 18% personnes relogées dans le parc social <p>Avec passage de relais au niveau des soins (suivi médical/accompagnement/psychologique) et/ou social (soutien budgétaire, mesure de protection, aide à domicile)</p>	<p>4 situations d'incurie accompagnées : 22 personnes/partenaires différents afin de coordonner au mieux au mieux le parcours des personnes accompagnées.</p> <p>=====</p> <p>7 situations médico-psycho-sociales coordonnées en centres d'hébergement</p>	<p>Bilans non réalisés (manque de temps et de moyens humains)</p> <p>Qualitatifs : Personnes appréciant d'être dans un environnement plus sain ; Retardement de la ré accumulation des déchets</p>	<p>Bilan d'évaluation des actions en cours sur les situations traitées en 2012/13/14</p> <p>Protocole efficace du point de vue des professionnels mais pas d'évaluation encore réalisée sur les situations des occupants après intervention en particulier sur le long terme</p> <p>Bilan 2017 : SCHS : 51 TO +17 à prévoir /163 dossiers CD (depuis 2015): 39 VAD, 9 APA, 7 liens avec médecins traitants, 10 demandes de mesures de protection....</p>
	Forces	<p>Délai réduit entre signalements et entrée à domicile (lien de confiance)</p> <p>Résultats</p> <p>Sensibilisation et adhésion des acteurs</p> <p>Satisfaction des occupants</p>	<p>Travail spécifique sur l'accumulation compulsive et le parcours de rétablissement des capacités domestiques la personne</p> <p>Résultats</p> <p>Lien avec le laboratoire de recherche OSPERE-SANDARRA et formations internes</p>	<p>Infirmière non rattachée à la psychiatrie (CMP) ou à l'ARS</p> <p>Relationnel et partenariat (trait d'union entre les acteurs et l'occupant)</p> <p>Meilleure coordination entre les professionnels du social et du sanitaire</p>	<p>SDIS légitime à entrer dans les logements « Lanceurs d'alerte »</p> <p>Repérage efficace grâce aux réseaux d'acteurs</p> <p>Partenariat au sein du POLHI</p> <p>Pas de financement supplémentaire</p>	<p>Démarche intersectorielle entre SCHS CD, et les professionnels de la psychiatrie (EMIC)</p> <p>Prise de décision facilitée et appui entre professionnels</p> <p>Réactivité</p>
	Faiblesses ou améliorations envisagées	<p>Pérennité du financement (améliorée par les co-financements)</p>	<p>Formation des professionnels externes</p> <p>Pérennité du financement (améliorée par les co-financements)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de trajet (32%) • ADMR à sensibiliser sur les troubles psychiques 	<ul style="list-style-type: none"> • PASS n'intervenant pas au domicile • Pas de leviers actuels pour les occupants en refus de soins/déni • Traitement plus fin des signalements en amont et dossiers avec dates butoirs • Manque de moyens humains et financiers pour suivre les dossiers et évaluer l'efficacité de l'action 	<p>5% de suicide</p> <p>Recours aux mesures coercitives avec TO</p> <p>Analyse psychosociale amont à réaliser par les professionnels de santé mentale</p> <p>Instance de bilan d'actions à constituer</p> <p>Travail avec les associations d'animaux pour une meilleure prise en charge</p>

A7.2 Compte-rendu d'entretien à propos d'un dispositif atypique en Savoie

Acteur interrogé : Madame Christine BUTTARD, infirmière consultante libérale, spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situations d'incurie à domicile

Date et durée : le 29 août 2018, 2h30

Méthode : entretien téléphonique semi-directif

Contact : christine.buttard@orange.fr

I Présentation de l'acteur et de ses missions

Madame Buttard, infirmière consultante libérale en Savoie (73), ayant exercée pendant de nombreuses années en SIAAD a acquis une expérience de terrain de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en grande précarité et vulnérabilité psychique, notamment par son expérience au SAMU social (*les modalités d'« Allez vers » sont particulièrement adaptées pour apporter l'humanité nécessaire à la remobilisation des personnes confrontées à l'exclusion et leur permettre de retrouver la dignité à laquelle elles ont droits et leur autonomie lorsqu'il n'est pas trop tard*).

En tant que cadre de santé au sein de différentes structures, elle a pu se rendre compte de l'inadaptation des approches et protocoles de soins existants, trop rigides et pas suffisamment inclusifs, pour répondre aux besoins de personnes en situation d'exclusion et/ou d'auto-exclusion (précarité, isolement, incurie, alcoolodépendance, pathologies psychiatriques...) pouvant être aggravés par de graves pathologies somatiques...

Face à une **offre de soins ne permettant pas d'apporter le soutien et le soin nécessaires** aux personnes en déni de réalité par rapport à leur situation et livrées à elles-mêmes une fois au domicile dans des conditions indignes, Mme Buttard travaille depuis 2015 en partenariat avec l'ARS et en réseaux avec les professionnels de terrain (travailleurs sociaux, ...) qu'elle forme notamment au repérage, à la compréhension des problématiques de ces personnes et aux bonnes pratiques à adopter...

Le travail de sensibilisation/formation des acteurs de terrain, de réseaux et de partenariats (avec les bailleurs, mandataires judiciaires...) a permis progressivement de construire un **maillage départemental aux interstices des dispositifs de droit commun**.

L'objectif est que la personne évite de se mettre en danger à domicile et de retrouver un peu de dignité par une **approche d'« Aller-vers » et de veille constante sur les personnes dans le respect de leur volonté et le maintien de leur dignité**.

Selon l'expérience de Mme Buttard, la détresse et les problématiques de santé auxquelles sont confrontées les personnes isolées en logements ordinaires ne sont pas suffisamment pris en compte et accompagnés par les pouvoirs publics, sous prétexte d'une absence de demande des personnes.

Leurs situations sont bien souvent beaucoup plus indignes et préoccupantes sanitaires que la situation par ex. des personnes sans-abris, qui restent visibles et peuvent bénéficier d'équipes et de structures spécifiques.

Actuellement Mme Buttard et son équipe sont débordées par la demande car les relais de droit commun restent souvent inacceptés par les personnes accompagnées.

Mme Buttard définit l'intervention de son équipe comme celle d'un accompagnement de la personne en situation de « précarité à domicile ».

II Composition de l'équipe dédiée « Incurie » (mobile sur le territoire de la Savoie)

- Equipe déjà existante sur le territoire auprès de bailleurs sociaux, maires, et identifiée en **2015** par Mme Florence Culoma, agent sanitaire en DD ARS Habitat, lors d'une réunion de coordination en mairie.
- Pour des interventions auprès de l'ARS, du Conseil Départemental, des bailleurs, des mandataires judiciaires... : 1,5 ETP Emilie Gex + 1,5 ETP Christine Buttard (50 heures/sem. à 90% du temps de travail sur l'incurie) + 1 Temps partiel d'une aide-soignante

III Profils des personnes accompagnées

L'équipe de Mme Buttard intervient auprès de personnes en logements ordinaires en situations d'incurie extrême dans l'habitat, dues à des circonstances complexes de ruptures de lien social/familial, de ruptures de soins/couverture sociale, d'auto-exclusion, de déni et/ou refus d'aide.

L'équipe n'intervient pas auprès de personnes qui n'ont pas de rupture de liens sociaux et qui sont aptes à mobiliser leurs ressources et celles de leurs entourages lors de la menace d'une mesure coercitive du fait d'une accumulation de déchets dans leur logement.

Données qualitatives :

- **95% de personnes ayant des pathologies psychiatriques mais étant en rupture de soins**
- **30% des personnes accompagnées habitant un logement de droit commun non adapté à leur capacité d'habiter** (manque de logements accompagnés) et qui finissent par se retrouver à la rue
- Une bonne partie des personnes nécessitent un accompagnement du TS de l'équipe pour qu'ils acceptent une mesure de PJ qui ne règlera pas tous les problèmes d'incurie
- Accompagnement de personnes qui mettent en difficultés les secteurs médico-sociaux au sens large, ces derniers ont souvent un sentiment d'échec
- **Personne souffrant d'un syndrome d'« auto-exclusion »** (*abandon de soi porté à son paroxysme*), non diagnostiqué du fait de la rupture de soins ou par manque de connaissance des professionnels, ayant besoin d'un accompagnement de type « soin palliatif » en lien avec leur souhait de rester à domicile et du fait du manque de structures adaptées.
- **Personnes avec alcoolodépendance grave** ayant fait des dizaines de cures sans solutions de continuité d'accompagnement à domicile (en lien avec le manque de structures adaptées à la prise en charge de ces pathologies ex. structures de logements à bas seuil, maisons-relais, pensions de famille, résidences autonomie
Mme Buttard a pu constater que ces personnes se laissaient mourir dans des conditions de vie indignes en revenant de cures ; ces personnes ont souvent subi des traumatismes durant leur enfance qu'ils ont comblés par l'alcool et qui leur a fait progressivement perdre emploi, famille, maison...
- **Certains psychotiques ne voulant pas de traitements** (« *Ce qui reste un droit en France* »)
- **Personnes marginalisées** qui revendiquent leur droit à ne pas avoir recours à leurs droits, bien qu'ils aient eus une vie confortable auparavant (à la faveur d'un travail de patience sur du long terme, le travailleur social arrive à ce que les personnes retrouvent leurs droits et une vie plus confortable
- **Personnes en menace d'expulsions** (du fait de problèmes d'alcoolodépendance ou de dépression sévère, de dettes de loyers, du refus jusqu'alors qu'accéder à leur domicile...)
- **Personnes trop fragilisées pour redevenir autonomes, ces personnes sont souvent accompagnées dans leurs dernières années de vie**

Données quantitatives (nombre de personnes signalées en situation d'incurie extrême accompagnée par l'équipe dans le cadre du partenariat avec l'ARS) :

2015	2016	2017	2018 (Août inclus)
9	26 (dont 20 nouveaux cas)	27 (dont 19 nouveaux cas)	40 (dont 28 nouveaux cas)

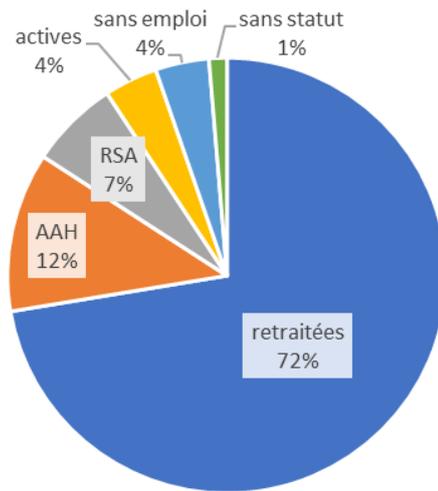
L'augmentation du nombre de signalements tiendrait selon Mme Buttard, autant à la connaissance de l'équipe par les acteurs qu'à une augmentation des personnes isolées et/ou en grandes difficultés psycho-sociales.

En effet le contexte sociétal et économique de ces dernières années, induirait une augmentation de l'isolement social (y compris chez les personnes de moins de 50 ans), du délitement des liens familiaux, une réduction du temps et de moyens humains consacrés aux visites à domicile de professionnels

Sur les **76** personnes accompagnées depuis 2015 :

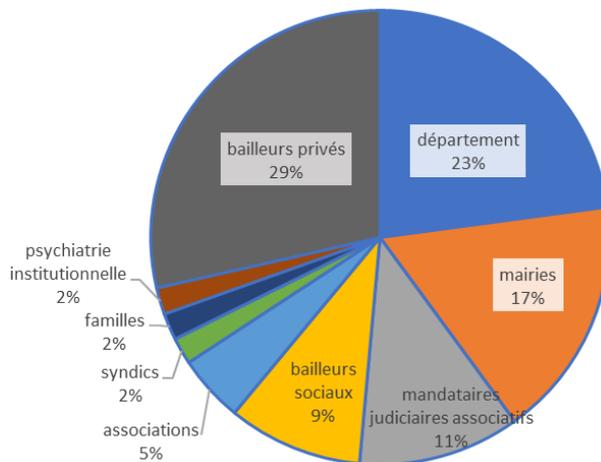
- Une même proportion de personnes est propriétaire ou locataire de leur logement
- Une même proportion de personnes est logée dans le parc privé ou public
- **Une majorité de personnes habite le secteur rural (67%)**
- **Une majorité d'hommes (67%)**
- Une majorité d'hommes ou de femmes **vivant seuls (82%)**, le reste étant des couples sans enfants à domicile

- Répartition des personnes en fonction de leur **situation socio-économique**



IV Origine des signalements au PDLHI et à la DD ARS (guichet unique)

(sur les 79 situations accompagnées depuis 3,5 ans)



V Modalités d'intervention auprès des personnes en situations d'incurie (après signalement par l'ARS):

- Un **accompagnement individualisé** au plus proche des besoins et de la volonté de la personne
- Une approche innovante de traitement et d'accompagnement de la précarité à domicile

V 1) Principes généraux :

- **Travailler la « Rencontre »** : la sincérité de la rencontre avec la personne reste nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance.
- **La personne doit rester informée à tout moment et au cœur de l'intervention**
- **Accorder du temps et être patient**
Mme Buttard mentionne qu'elle intervient notamment en soutien aux partenaires, familles, médecins traitants qui sont démunis et n'ont pas le temps nécessaire à accorder à la personne
- **Inclure dans la balance bénéfique/risque liée à une hospitalisation le souhait de la personne et sa capacité à supporter l'intervention** nécessitant pour le soignant, de savoir gérer son sentiment d'impuissance et de bien connaître le parcours de vie de la personne
Mme Buttard relate la situation d'un monsieur de 30kg ne pouvant pas sortir de son lit, logé dans un hôtel et qui refusent tout soin ; le sachant atteint d'une grave maladie et conscient qu'il ne supporta aucune intervention, elle se transforme en « porteur de panier » avec toute la responsabilité de cela sous-entend.
- **La personne doit savoir qu'on ne l'abandonnera pas quelle que soit la situation**

- **Rappeler à l'occupant le principe de réalité** (*ils ne peuvent pas vivre dans ces conditions et se mettre en danger ; ils risquent d'être expulsés ou d'avoir une mesure de travaux d'office*)
- **Travailler sur la remobilisation de la personne et à lui redonner envie de vivre et sa dignité**

V 2) Stratégie d'intervention

Remarque : Il est important de préciser que l'ensemble des situations d'incurie dans l'habitat évoquées nécessiteraient toutes la prise d'arrêtés d'urgence de danger sanitaire imminent (L1311-4) en raison de l'état de pourriture du logement et de son mobilier, d'encombrement extrême, de la présence de nuisibles... et des risques infectieux et toxiques trop important pour assurer la santé et la sécurité de l'occupant et du voisinage (lorsque ce dernier se trouve à distance rapprochée ex. appartement dans un immeuble commun).

Néanmoins, la mise en œuvre de cette procédure et ses conditions (temporalité...) est laissée à l'appréciation de l'équipe. Les situations d'incurie sont en effet très souvent liées à un comportement morbide de personnes vulnérables et isolées, parfois déshumanisées, nécessitant qu'on les aide à améliorer leurs conditions de vie indignes (lorsque cela est encore possible) dont elles n'ont plus conscience.

- A. Phase d « apprivoisement » :

- Aller à la rencontre de la personne (à domicile ou à l'extérieur) et prendre le temps d'instaurer un lien de confiance qui permettra aussi d'entrer à domicile (entre 20 minutes à 2 mois en fonction de la pathologie de la personne)
- Expliquer la situation et l'objectif du travail (restauration à des conditions de vie dignes) en incluant la personne dans le travail

- B. Phase d'accompagnement à la remobilisation de la personne

- **Etape 1 : Evaluation de la prise en charge adaptée (diagnostic)**

Mme Buttard a connaissance des travaux de la psychiatrie ayant tenté d'établir des typologies de personnes en situation de l'incurie dans l'habitat associées ou non à un syndrome de Diogène. Elle comprend intellectuellement la démarche associée.

Néanmoins, son expérience et sa pratique de soignante de terrain lui a permis d'établir des critères empiriques plus opérationnels (facilement enseignables) permettant d'orienter la stratégie à adopter selon **deux modes d'intervention**, privilégiant ou non le recours à une procédure coercitive d'élimination du danger sanitaire imminent (le coercitif sera souvent privilégié sur la personne présentant un syndrome de **Diogène primaire** (attachement pathologique aux animaux/objets) (**sans pathologies psychiatriques sous-jacentes**) et l'absence de pathologies graves : troubles cognitifs et somatiques importants).

Remarque : Sur les 76 personnes accompagnées depuis 2015 :

- 33% étaient en situation de rupture de soins (pas de médecins traitants, traitements psychiatriques interrompus...)
- 24% présentaient un syndrome de Diogène primaire
- 22% des personnes étaient dans une situation d'accumulation d'animaux

- **Etape 2 : Travail sur le parcours de soins, l'ouverture de droits, le désencombrement et nettoyage du logement avec la personne...**

Deux types d'approches seront privilégiées en fonction de l'évaluation de l'équipe :

- En cas d'incurie dans l'habitat associé à un **syndrome de Diogène majeur ou primaire** (incapacité à se séparer de tout objet) **et/ou alcoolodépendance avec absence de pathologies psychiatriques**, le recours à des mesures coercitives de désencombrement sera plus facilement engagé.

On repèrera le **discours manipulateur de la personne** « je vais ranger... » qui ne sera jamais suivi d'effet, pour prendre la décision d'avoir recours à une procédure coercitive de danger sanitaire imminent (L1311-4).

La mesure coercitive sera salutaire pour éviter que la situation sanitaire ne s'empire et nécessite plusieurs mois après, des mesures beaucoup plus traumatisantes telles que l'hospitalisation sous contrainte. Dans le cas de l'alcoolodépendance, la menace d'expulsion ou d'une mesure coercitive pourra les aider à réagir et accepter la réalité de leur situation.

- En cas d'**incurie dans l'habitat liée à des pathologies croisées (syndrome de Diogène secondaire)** : troubles cognitifs, troubles psychiatriques, pathologies très lourdes (cancers...), avec ou sans alcoolodépendance, les soins et l'accompagnement seront ajustés en fonction de celles-ci.

Mme Buttard raconte une situation d'incurie d'un couple à la campagne très fragiles sur le plan psychiatrique et somatique et trop malades pour une action coercitive. Dans cette situation, elle n'assurera qu'une veille sanitaire car une mesure contraignante serait trop brutale. Elle assurera la médiation avec le voisinage ou d'autres sources de plaintes ou d'incompréhension.

- **Travail sur l'acceptation d'une protection juridique** (avec l'assistante sociale)
- **Travail de médiation auprès des voisins, maires, familles...**

Selon Mme Buttard, même si cela peut sembler sortir du cadre déontologique, il est très important d'accompagner les familles pour les aider à comprendre la situation et pour ne pas les culpabiliser.

- **C. Phase d'accompagnement avec amélioration des conditions de vie et assurance du relais vers le droit commun**

Le suivi par l'ARS est arrêté.

Cette phase consiste à faire en sorte que la personne maintienne une qualité de vie avec l'aide des professionnels des dispositifs de droit commun et ne revienne pas dans une situation d'incurie. Néanmoins, l'attachement des personnes à l'équipe reste un frein. **Le lien interpersonnel créé avec l'équipe qui leur a permis de se remobiliser rend parfois difficile le passage de relais à d'autres intervenants.**

V. 3 Bonnes pratiques et points d'attention lors de l'intervention :

- **Lors de la première rencontre : se présenter à la personne afin qu'elle prenne conscience que l'on vient pour améliorer sa situation et que l'on va en rendre compte aux institutions ou à l'autorité compétente :**

« Je travaille pour l'ARS et le département. Mon travail est que vos conditions de vie soient dignes. Je ne suis pas une femme de ménage. Dans ce cadre-là, je vais devoir dire ce que je fais aux personnes qui me financent. Je ne parlerai pas de votre intimité mais je vais devoir dire un certain nombre de choses pour que les gens sachent si je suis efficace ou pas auprès de vous

« Monsieur, vous avez une maladie très embêtante. Cette maladie est le syndrome de Diogène. Je vous parle en tant qu'infirmière. Je viens pour vous aider à ranger votre appartement car vous êtes menacé d'une procédure d'expulsion. Vous allez m'aider et tant que je pourrais rendre compte des progrès réalisés dans votre logement, la procédure d'expulsion pourra être annulée. Si je n'arrive à travailler avec vous, il va y avoir une contrainte nécessaire. Si la procédure d'expulsion a lieu, je ne vous abandonnai pas. »

- **Être à l'écoute des besoins des personnes, dans une approche de « Prendre soin » au-delà du « Soin »**
- **Être très vigilant à l'état de santé somatique et psychique des personnes**

Pour certaines personnes, tout déménagement/désencombrement peut les faire mourir par perte de leurs repères et du fait de situations trop stressantes qu'ils ne pourront supporter. Il faut s'adapter au rythme de la personne. Dans ces situations, un désencombrement minime sera effectué par l'équipe elle-même et une veille sanitaire sera assurée. Pour certaines situations extrêmes, Mme Buttard refuse d'intervenir car la situation d'incurie est liée à une pathologie gravissime où le choix de la personne doit être respecté.

Une jeune femme, signalé pour un syndrome de Diogène à l'ARS avait en fait un cancer en phase terminale. Elle avait demandé à Mme Buttard d'arrêter de la persécuter. Mme Buttard ayant compris que le syndrome de Diogène était largement secondaire et qu'intervenir ne ferait qu'aggraver la situation, elle a donc refusé de la prendre en charge. Mme Buttard a su par le père de cette personne, que celle-ci s'est faite euthanasiée en Suisse.

- **Inclure la personne dans tous les processus de décision :**

Très souvent, lorsqu'une réunion de coordination est prévue avec la mairie, l'ARS, le TS, la personne ne souhaitera pas être présente. C'est une situation délicate et intimidante pour toute personne. Néanmoins, la personne sera invitée à faire part de ce qu'elle souhaiterait dire à la réunion, au bailleur social... On proposera systématiquement de l'aide à la personne (à préparer un courrier...).

- **Accompagner la personne avant, pendant et après le nettoyage**

« C'est là où la plupart des gens qui ne sont pas soignants et n'ont pas cette expertise vont reculer »

- **Nécessité d'accompagner la personne malgré la protection juridique qui n'est pas suffisante**

V.4 Echange d'informations (avec le consentement de la personne)

- Dès que l'équipe fait une intervention à domicile, elle transmet ses conclusions/avancées à l'ARS + Conseil Départemental+ partenaires professionnels par Email.
- Un bilan annuel des interventions est transmis à l'ARS sous forme de rapport.
- La tenue de dossiers pour chaque personne accompagnée où tout est renseigné et que le juge peut saisir à tout moment.
- Tableau de bord d'indicateurs de suivi, de déplacements... renseigné quotidiennement

V.5 Critères d'efficacité de l'intervention

Indicateurs utilisés :

- Nombre de sacs poubelles évacués, d'ampoules changées...
- Personne parvenant à redormir dans un lit, ayant à nouveau de l'éclairage
- Satisfaction de la personne (personne qui se remet à jouer de la guitare, qui reprend goût à la vie...)
- Satisfaction des partenaires (mandataires judiciaires ayant une meilleure compréhension de la problématique...)

Résultats obtenus suite à l'accompagnement de 76 personnes depuis 2015 :

- 84% ont pu rester à domicile avec une amélioration visible de leurs conditions de vie (64 personnes)
- 5% ont nécessité leur placement en EHPAD du fait d'une perte d'autonomie trop importante pour leur maintien à domicile (4 personnes)
- 4% des personnes ont souhaitées être relogées ou accompagnées en maisons-relais (3 personnes)
- 7% ont nécessité une hospitalisation préalable sous contrainte
- 10% ont nécessité le recours préalable à une procédure coercitive de danger sanitaire imminent (L1311-4) (8 personnes)
- 7% ont décédé du fait de pathologies graves (5 personnes)

V.6 Financement de l'équipe

- ARS + (Conseil Départemental depuis 2018)
- Convention avec l'OPAC de la Savoie depuis 2003 puis convention individuelle en fonction du suivi réalisé auprès de la personne (visite à domicile des personnes ayant des problèmes de santé)
- Convention avec un autre bailleur (conventions individuelles en fonction du suivi réalisé auprès des personnes)
- Financement directement auprès de mandataires judiciaires (à raison d'une visite d'1,5h par semaine)
- Financement via l'AVDL (permettant une veille sur la personne une fois que la sortie de l'incurie auprès de l'ARS est résolue), lorsque la personne n'accepte pas d'être accompagnée par d'autres professionnels du droit commun. Cet accompagnement a pu être proposé par l'équipe grâce à un partenariat avec une association intervenant auprès de personnes en situations de précarité, habilitée à proposer l'AVDL). Un accompagnement via l'ASLL (détenue par l'UDAF en Savoie) ne permet pas de visites assez fréquentes pour que l'équipe puisse faire un suivi hebdomadaire.

VI Liens avec les autres acteurs

- **Privilegiés avec l'ARS, les mandataires judiciaires, mairies, voisins, familles**
- Diagnostiqueurs pour qu'ils puissent venir à domicile dans les meilleures conditions et que leurs interventions soient la moins intrusive possible pour la personne (SOLIHA...)
- Hôpital psychiatrique de Savoie (pour l'accompagnement en fin de vie)
- Les Petits frères des Pauvres, Banques alimentaires, La Croix Rouge, Secours Populaire (travail long pour qu'ils puissent venir à domicile)
- Juges de tutelle, mandataires judiciaires (sensibilisation, aide pour qu'ils puissent être acceptés au domicile)
- Appui-conseil auprès des travailleurs sociaux (hôpitaux, bailleurs, instances, mairies (pour ne pas se laisser influencer par le discours manipulateur))
- Assistantes sociales de secteur
- Professionnels du secteur médico-social et toutes autres personnes qui pourraient se rendre à domicile (pour les aider au repérage et signalement des situations d'incurie dans l'habitat)
- Refuges pour animaux
- UNAFAM

Point d'attention : Le travail avec des bailleurs n'est pas évident car il faut savoir ce que l'on peut dire et tout problèmes de comportement n'est pas d'ordre médical. **Il faut pouvoir poser un cadre entre ce qui relève de l'éducation civique et des troubles psychiques/somatiques.**

Pour certaines personnes, il s'agit simplement de marginalité, celles-ci n'étant pas éduquées, refusant le cadre du contrat de bail... Dans ces situations, le rappel à la loi et le recours aux forces de police et à des procédures coercitives ne doivent pas être reportées.

VII Analyse des freins et leviers à la construction de réseaux acteurs autour de situations d'incurie dans l'habitat

VII 1) Freins

- **Des solutions de logements à inventer qui permettraient aux personnes de vivre en toute autonomie tout en bénéficiant d'une veille en cas de besoin** (structures à bas seuil ou autres initiatives de cet ordre pour les alcoolodépendants)
- **La difficulté à mobiliser les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie :**
 - **Des équipes mobiles non mobilisables ou non adaptées à la prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat en Savoie :**
 - Une EMPP formée aux modalités d'approche des publics vulnérables en Savoie mais qui n'intervient qu'aux heures ouvrées sans service de garde et qu'auprès des sans-abris, migrants et en zone urbaine
 - Des équipes de gérontologie et de psychiatrie institutionnelle classique ne sachant pas gérer ces situations
 - **La nécessité de la demande et du consentement de la personne**
 - **Une approche réduite aux soins consentis ou à l'appréciation de l'urgence vitale (et à la nécessité d'une hospitalisation sous contrainte)** sans prendre en compte l'amélioration de la qualité de vie de la personne au domicile (n'entrant pas dans le champ de compétences de la santé mentale et psychiatrie actuelle)
 - **Le manque de temps, de moyens et de connaissance de la part des professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie :** La psychiatrie est déjà embolisée par la difficulté de la prise en charge des personnes psychotiques qui veulent être soignés et n'ont pas de temps à consacrer aux personnes en rupture et refus de soins.
Outre les contraintes d'efficacité auxquels ces professionnels sont soumis, ils n'ont pas toujours la connaissance, le discernement et/ou l'expérience nécessaire pour adopter des modalités d'accompagnement plus soutenues face aux publics plus fragiles (précaires). Ils adoptent ainsi les mêmes pratiques qu'avec tous publics.
Mme Buttard illustre son propos par le discours d'une jeune éducatrice Précarité mentionnant que la personne mettait en échec l'accompagnement alors que selon elle, cette personne était à bout et en train de mourir et que l'échec venait plutôt de la pratique professionnelle inadaptée
 - **Le manque de prise de conscience de la souffrance psychique et de l'impact sur les conditions de vie de l'isolement social** par les professionnels de santé mentale et la psychiatrie, incluant les personnes atteintes d'un syndrome de Diogène primaire (absence de troubles psychiatriques sous-jacents). **Ce syndrome nécessiterait pourtant une veille à vie de la personne**
Mme Buttard mentionne qu'une personne en situation de syndrome de Diogène primaire (majeur) avait pu être suivie par une infirmière psychiatrique pendant quelques mois mais que ce suivi s'était arrêté sans qu'une veille n'ait pu être mise en place.
 - **Le manque de prise en compte des conditions de vie de personnes et leur état de santé psychique (déterminants psycho-sociaux) par les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie dans leurs critères de décision**
Situation 1 : Mme Buttard évoque la situation d'une dame de 69 ans psychotique qui avait un domicile mais qui vivait néanmoins à la rue et se trouvait souvent à proximité du CMP. Sous prétexte d'une absence de demande de la personne et de signes avérés de mise en danger de la personne, le CMP ne disposait pas d'éléments suffisants pour une hospitalisation sous contrainte. Il a fallu qu'une collègue de son équipe se rende à son domicile pour découvrir le cadavre du mari de cette dame, décédé depuis 1 an, pour que le CMP puisse réagir.
Autres situations : Mme Buttard évoque encore la situation de plusieurs vieilles dames vivant à la rue car elles ne peuvent plus rester chez elles, qui nécessiteraient selon elles une hospitalisation et des soins sous contrainte.
 - **Le manque de lits en psychiatrie et de préparation, de relais, de suivi ambulatoire à la sortie d'hospitalisation** (cas des patients sortant de l'hôpital sans que l'aidant en soit informé)
La plupart du temps, Mme Buttard se porte volontaire pour qu'une hospitalisation à la demande d'un tiers puisse avoir lieu. Cependant, il arrive que ces personnes ressortent de l'hôpital sans que Mme Buttard soit prévenue.

- **L'absence de relais vers le droit commun accepté par l'occupant (autre que l'équipe dédiée) :**
Situation 1 : Mme Buttard cite l'exemple d'un monsieur en situation d'incurie dans l'habitat ayant toutes ses facultés mentales (mais une perte d'autonomie au sens où il refuse de se laver... ?), beaucoup d'argent mais atteint d'un syndrome de Diogène primaire (majeur). Ce monsieur pourrait prétendre à une aide à domicile de droit commun selon les critères de perte d'autonomie. Cependant, il refuse de payer, de faire le dossier et décrète qu'il n'a pas besoin d'aide pour le ménage.
Situation 2 : Mme Buttard cite un monsieur retraité, ancien professeur d'économie, alcoolodépendant, touchant le RSA et qui pourrait prétendre à une AAH qu'il refuse, ne se reconnaissant pas malade ou handicapé.
- **Des critères d'évaluation pour la protection des personnes majeurs trop restrictifs ne prenant pas en compte les problématiques d'addiction** (alcoolodépendance) ou de syndrome de Diogène primaire des personnes, nécessitant un suivi de leurs conditions de vie et/ou de leur budget (les personnes alcoolisées n'arrivant pas à gérer leur argent)
- Des **travailleurs sociaux départementaux** sensibilisés à la problématique mais qui manquent de temps et ne se déplacent pas à domicile qui doivent être mobilisés par l'équipe
- **Des mesures d'accompagnement (AVDL, ASLL...) financées par le Conseil Départemental**, qui pourraient être adaptées à l'accompagnement de la prévention de la récurrence d'incurie mais dont les **critères d'inclusion restent encore peu lisibles et trop fragmentés.**

VII 1) Leviers :

- Trouver des **acteurs qui ont la sensibilité et la connaissance des attitudes et approches à adopter face aux personnes « précaires » et « fragiles »** présentant des troubles de santé mentale et les former à la problématique de l'incurie dans l'habitat
- **Former les personnels motivés pour qu'ils puissent faire face et assurer la prise en charge des personnes en situations de précarité à domicile et d'incurie.** Selon Mme Buttard, **le recours à des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie n'est pas nécessaire dans le cercle d'accompagnement proche de la personne et pour un premier diagnostic d'orientation.** Le recours à des acteurs de la psychiatrie en première évaluation risque d'enfermer la personne dans un diagnostic pathologique qui ne prendrait pas en compte les besoins et conditions de vie de la personne.
Des infirmiers ou travailleurs sociaux motivés et formés à la question de l'incurie dans l'habitat peuvent se révéler mieux à même d'apprécier les besoins d'accompagnement de la personne suite à l'acquisition de critères empiriques d'évaluation (basés sur une appréciation de la prévalence du syndrome de Diogène majeur – attachement pathologique aux objets- par rapport aux autres comorbidités).
Mme Buttard dispense des formations à l'ensemble des professionnels sur 2 jours qui couvrent l'ensemble des problématiques et bonnes pratiques à adopter auprès des personnes en situation d'incurie dans l'habitat.
- Être un **professionnel de santé indépendant non associé à la psychiatrie** (bien que formé aux troubles psychiatriques), qui peut avoir une connotation négative vis-à-vis des personnes en souffrance psychosociale
- **Volonté politique des communes** : ex. des CCAS sur Chambéry sont sensibilisés et formés à la précarité
- **La constitution de partenariats favorisés par les CLSM** (à condition que les acteurs ne soient pas exclusivement des acteurs de la psychiatrie et qu'ils soient ouverts aux approches psycho-sociales)

Points d'attention concernant la sensibilisation et la formation des acteurs :

Un important travail de sensibilisation et de formation auprès des travailleurs sociaux, bailleurs, mandataires judiciaires, aides à domicile ; responsable à la DDCS des commissions CCAPEX, infirmiers psychiatriques...

- **Rencontrer et communiquer avec la personne**
Pour les patients psychotiques, de nombreuses questions se posent : *Comment fait-on quand les portes ne s'ouvrent pas ? A quelles heures va-t-il faire ses courses ? Comment on lui dit bonjour ?*
- **Mythe de l'autonomie et de la réhabilitation à lever pour certaines situations** (certaines personnes trop fragilisées)
- **Sensibilisation, explicitation, compte-rendu d'accompagnement auprès des médecins experts et/ou juges des tutelles** dans le cadre des procédures de mise sous protection des personnes majeures
Mme Buttard indique que le médecin expert n'a pas tous les moyens nécessaires pour apprécier le risque de mise en danger des personnes notamment lorsqu'il s'agit de personnes souffrant d'alcoolodépendance ou d'un syndrome de Diogène majeur, sans que soient altérées leurs capacités cognitives et corporelles

VIII Recommandations

- **Pour le déploiement de ce type d'intervention/réseaux d'acteurs sur d'autres territoires**
- L'intervention de telles équipes ayant montré leur efficacité dans le solutionnement des situations enlisées, la réduction des hospitalisations ou des expulsions d'appartement tous les 2 ans au sein du parc privé... (ex. de l'ALPIL, de l'équipe de Mme Buttard pour 2 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes), il serait pertinent de **rendre ces dispositifs plus cohérents et transposables à d'autres départements**
 - **Tendre vers une meilleure cohérence et harmonisation des pratiques entre les départements**
 - **Tendre vers un service public de ce type par département** (ex. équipes mobiles d'aide au diagnostic pour les personnes en situations d'incurie, personnes isolées)
- **Rester très ouvert sur les compétences à rechercher auprès des personnes ressources lors de la construction d'un réseau** : il peut tout à fait s'agir de **travailleurs sociaux engagés et ayant une certaine sensibilité pour les personnes en grande difficulté et une connaissance des situations d'incurie**. La formation de 2 jours dispensée aux travailleurs sociaux permet à ces derniers de mieux comprendre les problématiques de ces personnes et d'adapter leur attitude.

Mme Buttard précise que la Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) travaillant avec elle est désormais capable de repérer les problématiques de la personne en situations d'incurie dans l'habitat et d'adopter l'attitude la plus adaptée en fonction des problèmes de santé de la personne et d'orienter les actions.

En cas de suspicion d'un trouble psychiatrique, les personnes sont accompagnées vers les professionnels de la psychiatrie.

- **Le réseau doit être construit en fonction des sensibilités des personnes et de leur expérience au-delà de leurs titres**
 - **Pour le prévenir les situations d'incurie et de leur aggravation**
 - Permettre un repérage (plus précoce) de ces situations :
 - En donnant les **moyens aux acteurs médico-sociaux et sociaux de faire des visites à domicile**
 - En sensibilisation et mobilisant les professionnels et bénévoles, artisans, installateurs de compteurs Linky... à leur rôle citoyen dans le signalement de situations de personnes à risque
- Le frein au signalement invoqué par des personnes en raison de leur lien de confiance ou du respect de leur vie privée ne paraît pas compatible avec une démarche de responsabilité citoyenne.
- « L'objectif est que la personne en toute humanité sorte de situations indignes d'incurie. Il faut sortir de l'« éthique » de la vérité. Il faut que les professionnels ne se sentent pas obligés de nommer la personne qui les a avertis, mais ultérieurement lorsque la situation de la personne se sera améliorée ».*

A7.3 Bonnes pratiques et points d'attention

- Construction d'un réseau d'acteurs

-Une **approche collaborative et intersectorielle** s'avère non seulement essentielle pour prendre en compte l'ensemble des dimensions de l'occupant, du logement et de son environnement nécessaire à l'évaluation et l'élaboration d'une stratégie commune basée sur l'amélioration durable des conditions de vie de l'occupant mais aussi pour échanger et évoluer dans ses pratiques, faciliter les prises de décision, se protéger contre l'épuisement professionnel afin de pérenniser l'accompagnement.

-**Rester très ouvert sur les compétences à rechercher auprès des personnes ressources** : il pourrait s'agir de travailleurs sociaux engagés et ayant une certaine sensibilité pour les personnes en grande difficulté et ayant été formés aux situations d'incurie⁴³. Être un professionnel de santé indépendant non associé à la psychiatrie ou aux institutions peut également permettre de lever certains blocages vis-à-vis des représentations de l'occupant. Il conviendrait de rechercher l'expérience et la sensibilité de professionnels ressources au-delà de leurs titres. Les retours d'expérience du programme « Logement d'Abord » sur Bordeaux (Oïkeo) montre qu'une intervention à dominante sociale est en général mieux acceptée (moins stigmatisante) que l'intervention d'équipe mobile de psychiatrie. *Ceci peut s'expliquer par le fait que nombre de personnes présentant des troubles psychiques en rupture de soins ont eu des expériences mal vécues auprès des intervenants de psychiatrie et/ou ont des représentations négatives à propos du corps médical, de facilitant pas l'établissement d'une relation de confiance nécessaire*

- Au-delà des procédures et outils nécessaires pour structurer à minima un dispositif et des acteurs, il s'agira **d'identifier et de fédérer des professionnels partageant une approche commune, égalitaire du soin et de l'attention nécessaire à apporter à des personnes fragilisées**. Il faut avoir conscience que cette conception peut heurter sur le plan idéologique une partie des médecins, car elle suppose de développer une capacité d'apprentissage collectif.

- Modalités d'intervention :

- L'importance d'identifier une personne de confiance dans l'entourage de l'occupant et/ou de persévérer avec sincérité, tact et humanité pour rétablir un lien relationnel, un respect mutuel avec la personne et pouvoir saisir l'émergence d'une demande même latérale, de savoir interpréter les réactions de l'occupant au regard de la clinique psycho-sociale et d'assurer une médiation auprès du voisinage et de la famille.

- **La prise en compte de l'individualité de la personne et la recherche de son implication doit être au cœur de la stratégie d'intervention**. La balance bénéfice/risque liée à une intervention doit prendre en compte le souhait de la personne et sa capacité à supporter l'intervention. Le recours à l'hospitalisation ou le débarrasage total et trop rapide du logement peut s'avérer mortel pour les occupants du fait du stress majeur causé par une privation trop rapide de ce mode de vie en présence d'une maladie somatique déjà existante et d'un risque de suicide. Une évaluation étayée de l'état de santé physique et psychique de l'occupant reste essentielle ainsi que sa lucidité en préalable à toute intervention.

⁴³ Mme Buttard (équipe en Savoie) précise que la Conseillère Economie Sociale et Familiale (CESF) travaillant avec elle est désormais capable de repérer les problématiques de la personne en situations d'incurie dans l'habitat et d'adopter l'attitude la plus adaptée en fonction des problématiques de santé de la personne et d'orienter les actions. Le modèle de formation de 2 jours dispensée aux travailleurs sociaux permet à ces derniers de mieux comprendre les problématiques de ces personnes et d'adapter leur attitude.

- La nécessité d'une **réflexion éthique** constante des intervenants autour du compromis entre la liberté individuelle de l'occupant et le **principe de réalité** (exigences de la vie en communauté, gestion des risques sanitaires).
- **La nécessité de penser dans la durée et de ne pas se laisser envahir par ses représentations normatives et le sentiment d'urgence.** Pour les professionnels, il s'agit d'une véritable école « de la patience » et « de l'humilité » nécessitant souvent de renoncer à l'illusion de la guérison et parfois du rétablissement et de l'autonomie, pour être à l'écoute des besoins de l'occupant tout en limitant les risques.
- Lorsqu'il n'est pas possible d'attendre l'émergence d'une demande du fait d'un danger imminent ou qu'aucune personne de confiance n'est identifiable, le **travail collaboratif avec les agents des Services Départementaux d'Incendie et de Sécurité (SDIS)** peut être essentiel avant d'envisager le recours à une procédure judiciaire de référé pour pouvoir accéder au logement en cas de refus de l'occupant (l'obtention de deux référés est nécessaire : un pour constater l'urgence sanitaire du logement ; un pour effectuer les travaux d'office avec la présence d'un huissier).
- La possibilité d'envisager un **désencombrement/nettoyage partiel** plutôt que total lorsque l'ensemble du mobilier n'est pas dégradé, que les risques peuvent être minimiser de cette manière. Si le recours à des entreprises de nettoyage professionnel sélectionnées pour leur discrétion et solidarité peut s'avérer nécessaire du fait des risques sanitaires, le recours à des associations d'insertion ou caritatives, pour un réameublement rapide par exemple s'inscrit dans une logique de solidarités importante à rechercher.
- La nécessité d'un **accompagnement et soutien actif de l'occupant** pour l'amener vers un changement possible (« faire avec » en fixant des objectifs minimes mais atteignables de tri/désencombrement, préparation et accompagnement physique à toutes les étapes de changement ex. lorsqu'on relogement s'avère plus adapté et accepté par l'occupant).
- Face à une accumulation active des objets/déchets par l'occupant, l'enjeu peut être de **remplacer** progressivement et partiellement **l'attachement pathologique aux objets par un attachement humain** ou encore d'effectuer un travail thérapeutique basé sur la rationalisation de l'accumulation
- L'utilisation raisonnée du levier coercitif** uniquement en situations d'urgence (mise en danger, perte de capacité (cognitives), expulsion locative imminente) en assurant une prise en charge médico-sociale individualisée
- La **nécessité de sensibiliser et de former l'ensemble des acteurs** (mandataires judiciaires, experts médicaux des juges de tutelles, mairies, intervenants à domicile, travailleurs sociaux, médico-sociaux...) **voire citoyens** et de leur **donner les moyens de faire des visites à domicile, même ponctuelles.**
- Le frein au signalement invoqué par les personnes en raison de leur lien de confiance ou du respect de leur vie privée, de la déontologie ne doit pas faire obstacle à leur **responsabilité citoyenne** et la nécessité de porter assistance à personne en danger.

- **Points d'attention**

- Le repérage trop tardif***

La sensibilisation et concertation avec les travailleurs sociaux, les médecins des équipes hospitalières et notamment des services d'urgence, de la psychiatrie de liaison, des médecins traitants (et experts médicaux des juges de tutelles), des équipes de soins ou d'accompagnement ambulatoires, des élus, aidants et du voisinage s'avèrerait essentielle.

- ***L'absence de demande, le refus et déni de l'occupant***

Elle nécessitera d'identifier des acteurs empathiques et attentifs, sensibilisés au champ de la clinique psychosociale et de l'exclusion capable d'interpréter les réactions parfois violentes et d'établir un lien de confiance avec l'occupant. En l'absence de familles, de proches mobilisables, les acteurs de proximité mobiles tels que les travailleurs sociaux des MDS, CCAS, associations d'insertion (par le logement), acteurs des dispositifs MONALISA*, les acteurs Habitat/Santé en SCHS, les infirmières et les maires peuvent avoir plus de facilités à instaurer un lien avec l'occupant. L'appui des EMPP/ PASS mobile, SAMU sociaux ou autres acteurs expérimentés dans les approches d'Aller-vers pourra être essentiel pour établir un lien avec la personne et travailler l'émergence d'une demande parallèle. L'évaluation de la lucidité de l'occupant et de sa mise en danger vitale nécessitera une évaluation médicale afin que toute décision soit pesée au regard des principes de respect de la liberté individuelle de l'occupant et de l'assistance à personne en danger et de gestion des risques pour la communauté

- ***La sensibilité et sensibilisation inégale des responsables institutionnels et des élus,***

Par manque de moyens, de priorités divergentes, qui impliquent de **rechercher et de s'appuyer sur des acteurs politiques** convaincus de la vulnérabilité des personnes concernées et de la nécessité d'un travail collectif avec la volonté de faire évoluer les pratiques au service d'une meilleure inclusion des personnes

- ***La mobilisation et sensibilisation inégale des professionnels de santé mentale et de la psychiatrie.***

L'hyperspécialisation des offres de soins et la logique d'intervention sur base de patients en demande conjuguées aux manques de moyens de la psychiatrie, font d'aujourd'hui que seules les équipes mobiles de type EMPP/PASS mobiles ou des secteurs associatifs semblent pouvoir répondre à des situations complexes n'entrant pas dans une filière de soins spécifiques et nécessitant une approche d'« Aller-vers »

- ***La mobilisation et sensibilisation inégale des médecins traitants*** (et experts médicaux des juges de tutelle) conjuguées à leur manque de temps et possibilité de se déplacer à domicile
 - ***La sensibilisation et mobilité inégale des travailleurs sociaux et mandataires judiciaires*** aux problématiques complexes de santé mentale et psycho-sociales
 - ***Le manque de sensibilisation des aides à domicile*** (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile ou SAAD, Service de Soins Infirmiers Au Domicile ou SSIAD), ***aides ménagères*** etc. aux problématiques complexes de santé mentale et psycho-sociales
 - Le ***turn-over professionnel*** à prendre en compte sur plusieurs années

- Le **temps** nécessaire à l'identification des acteurs locaux ressources, à la mise en place d'un réseau et partenariat inter-institutionnels, à l'élaboration d'outils d'évaluation et de suivi partagé, à l'identification de référents parcours (gestionnaire de cas)
- Les **compétences et moyens** nécessaires pour l'accompagnement des occupants sur la durée, difficile à assurer à moyens constants et face à des situations complexes

Etant donné les longs délais actuels pour l'évaluation et l'obtention d'une reconnaissance de handicap par la MDPH du fait d'une augmentation des demandes, le rapport Laforcade (2016) [16], préconisait de s'en affranchir et d'anticiper les situations d'urgence en donnant notamment la possibilité aux SSIAD d'intervenir en logement individuel, auprès des personnes dont la situation de handicap n'a pas encore été reconnue par la MDPH.

Pour les personnes présentant un syndrome de Diogène primaire, en refus/déni de soins, les **pratiques acquises par les professionnels des SAMSAH, SAVS et SAAD auprès des personnes en situations de handicap psychique** présentant des refus/déni similaires devraient aussi être valorisées en faveur des publics en situations complexes dans le logement. Une grande flexibilité des acteurs s'avère nécessaire (ex. retours d'expérience : SAAD des visites ponctuelles mais plus fréquentes à des horaires flexibles valent mieux que de longues visites espacées) (ANCREAI, 2016) [63]

- **L'articulation et l'équité des actions** entre l'échelle départementale (PDLHI) et l'échelle territoriale (selon la présence ou non de SCHS)

Annexe 8 Syndrome de Diogène & Noé ; critères et outils d'aide à l'évaluation dans les situations d'incurie dans l'habitat, exemple de module de formation

A8.1 Syndrome de Diogène, évolution des définitions & Syndrome de Noé

A8.2 Caractéristiques des occupants et logements relevant des situations d'incurie enquêtées

A8.3 Dangers et risques sanitaires et sécuritaires liés au logement, importants à évaluer dans les situations d'incurie dans l'habitat

A8.4 Procédure générale d'intervention (protocole d'accord entre la ville de Limoges, le CH Esquirol et la SPA de la Haute-Vienne)

A8.5 Modalités d'intervention de l'équipe de l'association ALPIL

A8.6 Grille d'évaluation des risques et des nuisances dans les situations Diogène de la ville de Paris

A8.7 Grille et score éthique et clinique d'hospitalisation du Diogène (SECHD) issus d'une étude (non-interventionnelle) rétrospective de patients âgés en situations d'incurie à domicile, CH Esquirol

A8.8 Module de formation « Accompagner les personnes en situations d'incurie dans l'habitat », DD ARS Savoie

A8.1 Syndrome de Diogène : évolution des définitions

Le premier à avoir décrit des accumulateurs dans leur logement est le français Ernest Dupré en 1916. Ce médecin psychiatre les avait à l'époque baptisés les « mendiants thésauriseurs ». La première utilisation du terme Syndrome de Diogène⁴⁴ en 1975 revient à des gériatres anglais Clark, Mankikar et Gray [64] à propos de 30 patients âgés hospitalisés présentant un état d'incurie à domicile associés aux critères suivants :

- *de la part du logement*: **extrême saleté et complet désordre dépassant le seuil de tolérance de la communauté avoisinante**
- *et de la part de l'occupant* : **auto-négligence** (corporelle, vestimentaire) (« self-neglect »), **absence de honte, syllogomanie** (« hoarding disorder »), **personnalité pré morbide** décrite comme suspicieuse, méfiante, rusée, mal intégrée, **isolement social, refus de toute aide extérieure**, ressentie comme intrusive, **troubles psychiatriques et problèmes d'alcoolisme** pour 50% des patients.

L'ensemble de ces critères ne permettant pas d'établir une définition pratique et consensuelle des observations faites par de nombreux auteurs depuis lors, la dernière étude⁴⁵ réalisée en France en 2010 par le **Dr Monfort [36]**, propose de distinguer les dits « Diogènes » en **trois familles (les complets, partiels et très partiels)** selon **quatre critères** dont le **principal** serait « **le refus d'aides** » et les trois autres dits secondaires, concerneraient la relation inhabituelle (extrême): « **aux objets** », « **aux autres** » et « **au corps** ». Cependant, il est important de souligner que cette classification fait davantage référence au concept du SD ou encore comme intitulé dans l'article, au « **syndrome de Diogène et à des situations apparentées d'auto-exclusion sociale** ». C'est à dire que les types de « Diogène » évoqués incluent également des occupants (11%) dont le logement n'est pas en situation apparentée⁴⁶ d'incurie (absence d'entassement et d'extrême saleté). Le critère d'inclusion dans l'étude du Dr Monfort concernait **en effet « l'absence de demande alors que l'occupant aurait besoin de tout selon les professionnels** » (sous-entendu en termes de soins médico-sociaux et de remise en état de leur domicile) ».

Ceci explique la confusion ressentie par les non-spécialistes (notamment les agents Habitat Santé) tentant de mobiliser les professionnels de la santé mentale et psychiatrie et de mieux comprendre les problématiques médico-psycho-sociales des occupants en situations d'incurie dans l'habitat afin d'ajuster leur intervention.

Pour le Dr Furtos, le SD serait un cas particulier du **syndrome d'auto-exclusion**⁴⁷, évoqué au sujet des occupants en situations d'incurie extrême dans l'habitat avec négligence corporel⁴⁸.

- **Syndrome de Noé**

Une autre problématique corolaire, encore peu étudiée, mais régulièrement rapportée dans les situations d'incurie dans l'habitat, y compris en France et Nouvelle-Aquitaine concerne l'accumulation excessive d'animaux (chats, chiens, oiseaux...) dans l'habitat encore désignée sous la terminologie de syndrome de Noé ou « animal hoarding ». Il s'agirait d'une forme singulière du SD et d'une manifestation particulière de syllogomanie selon le DSM-5. Du fait du grand nombre d'animaux accumulés à domicile et de l'incapacité de l'occupant à les nourrir et soigner correctement, les intervenants ont souvent affaire à une situation de maltraitance des animaux pouvant engendrer des risques sanitaires supplémentaires pour l'occupant et le voisinage (ex. risques de transmission de zoonoses

⁴⁴ Le nom de Diogène attribué (à tort selon la plupart des médecins qui considèrent que **le SD ne relève pas d'un choix de vie de la personne mais d'une situation subie**) fait référence au philosophe grec Diogène du IV^e siècle avant Jésus Christ, vivant à Sinope dans un tonneau, décrit comme un personnage cynique, refusant et méprisant toutes conventions sociales, n'ayant pas d'émotion, de honte, en situation d'incurie (négligence de soi) mais pas dans l'habitat et vivant en autosuffisance ayant pour principe de ne rien posséder (en mendiant et acceptant les aides proposées).

⁴⁵ Enquête rétrospective sur 121 personnes âgées de plus 50 ans vivant dans leur logement dans le X^{Ve} arrondissement de Paris avec pour critère principal d'inclusion l'absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et des services médico-sociaux

⁴⁶ Indicateurs qui pourraient se rapporter à des situations d'incurie dans l'habitat se limite dans cette étude à des critères qualitatifs d'entassement des objets, ne permettant pas de statuer sur les risques sanitaires liés au logement lui-même

⁴⁷ Les signes du syndrome d'auto exclusion concernent : l'inhibition de la pensée et des émotions, l'anesthésie partielle du corps, les troubles du comportement parfois violents, déclenchés souvent par des rapprochements avec autrui, la rupture active avec la famille et les proches, les aidants, la diminution de la honte, la diminution voire abolition de la capacité de demande, l'inversion sémiologique ou syndrome de la patate chaude (ex. parle de sa souffrance à un travailleur social et de ses dettes à un psychiatre) la mort prématurée

⁴⁸ L'incurie de l'habitat serait à considérer comme un abandon de soi, le désinvestissement de soi-même, traduisant une modalité de défense pour la personne qui prend sens dans son histoire. Ces processus s'accompagnent de signes de la lignée du déni et d'une incapacité au deuil.

A8.2 Caractéristiques des occupants et logements en situations d'incurie

S'il y a bien une part de normes sociales (hygiène) dans l'attention portée aux situations d'incurie à domicile (la littérature médicale n'abordant pas ce sujet avant 1960 en lien avec l'hygiène), il est important de **préciser que les situations visées ne relèvent pas de la part de l'occupant, d'un choix de vie alternatif en marge des « normes de propreté » ou concernant l'environnement, d'un lieu encombré ou sale relevant de l'appréciation subjective de ce qu'est « un intérieur bien tenu ».**

Caractéristiques des logements relatifs à des occupants en situations d'incurie dans le logement

Si les caractéristiques de l'incurie dans le logement sont définies de manière générale par la DIHAL (2013) [33] en tant qu'« occupation inadéquate du logement avec une accumulation de déchets ou d'objets, et parfois la présence en très grand nombre d'animaux », les **situations les plus complexes d'incurie dans l'habitat** que nous devrions sans doute qualifier de **d'incurie extrême ou insalubre de l'habitat**, pour lever l'ambiguïté, nécessitant l'intervention des acteurs Habitat/Santé et la **mise en œuvre de procédures d'urgence, relèvent de situations présentant un risque « avéré » pour la santé et la sécurité de l'occupant et du voisinage au titre du CSP.** Par ailleurs, la **notion de perte de fonctionnalité plus ou moins importante du domicile** y est systématiquement associée.

Les situations d'incurie (extrême) de l'habitat/du logement, **désignée par rapport au logement**, d'« insalubrité morbide » (Québec), « domestic squalor⁴⁹ » (Australie), « self-neglect⁵⁰ in housing » or « Diogenes syndrome » (pays anglo-saxons) ; définissent des conditions d'occupation du logement caractérisées par un **encombrement excessif de déchets ou d'objets et par une extrême saleté⁵¹.**

Le diagnostic du **risque avéré**, relatif à un « **danger sanitaire imminent** » auquel il convient de remédier en urgence du point de vue du CSP, doit être pesé au regard de ses limites. Il s'agit d'une **évaluation « qualitative » du risque environnemental pour la santé** (infectieux, toxiques, allergiques...) et la **sécurité** (électrocution, brûlures, incendie, chutes...), laissée à l'appréciation d'agents sanitaires qualifiés relevant qu'une approche technique. De plus, elle ne prend pas en compte les facteurs intrinsèques des occupants, notamment leur vulnérabilité (maladie, âge, handicap...) dont on sait qu'ils jouent un rôle majeur dans l'occupation inadéquate du logement et leur prise en compte, dans l'amélioration pérenne des situations. **Les acteurs Habitat/Santé, conscients de ces limites, sont souvent les premiers à solliciter les aides médicales et sociales nécessaires pour accompagner les occupants de la meilleure manière possible.** La procédure d'urgence de « danger sanitaire imminent » (L1311-4), recommandé par le PNLHI, n'est donc pas mise en œuvre ou en dernier recours et après une longue médiation et tentative de prise de conscience par l'occupant⁵².

La prise d'un référé sera parfois nécessaire lorsqu'aucun acteur de confiance ou lien avec l'occupant n'a pu s'établir afin de pouvoir accéder au logement pour constat.

⁴⁹ Signifiant « misère noire » ou « conditions sordides », appuyant sur le caractère repoussant et insalubre du domicile sans qu'il y ait obligatoirement un phénomène d'accumulation (« hoarding »)

⁵⁰ La formulation « self-neglect » fait aussi référence à l'auto-négligence/négligence de soi, un syndrome gériatrique essentiellement caractérisé par un « laisser-aller » persistant de soi et du domicile, voire une incapacité à maintenir une bonne hygiène personnelle et environnementale

⁵¹ Plus précisément il s'agit d'accumulations d'objets hétéroclites, y compris sans valeurs, de déchets voire de nourriture en décomposition et d'excréments humains et/ou d'animaux, de nuisibles (vermines, rongeurs, insectes...) qui **rendent impossible ou difficile la circulation dans le logement et l'utilisation des pièces de vie, des sanitaires, du mobilier (y compris literie), des appareils ménagers....**

⁵² Cette procédure n'est généralement appliquée qu'après s'être assurée d'une **prise de conscience de l'occupant (reconnaissance de la situation) et de son incapacité à réaliser le désencombrement de son logement par lui-même (et de sa capacité à supporter l'intervention).** La procédure L1311-4 reste cependant utile dans deux cas de figure : 1/ L'occupant est **conscient de l'état de son logement mais ne peut assumer le coût du nettoyage.** Il accepte la mise en place d'une aide à domicile après le nettoyage pour maintenir le logement dans un état d'occupation, 2/ L'occupant est atteint d'un **syndrome de Diogène « primaire »** (attachement pathologique aux objets, comportement d'accumulation active sans pathologies somatiques graves et/ou psychique diagnostiquées) et **n'est pas en capacité d'accepter/refuse un nettoyage ou tri de son logement**

Caractéristiques des occupants en situations d'incurie extrême dans le logement

Les manifestations de ces troubles chez l'occupant ont été rassemblées sous le terme de **Syndrome de Diogène**, dont la forme **complète** (terminologie utilisée par le Dr Monfort) relèverait d'un comportement acquis de **négligence de l'hygiène corporelle** et d'une **tendance à l'entassement** (pouvant d'avérer vitale pour l'occupant) et d'une **attitude misanthrope** (de survie) (Annexe 8). Parfois, le sujet est très propre sur lui, d'où **l'importance de la visite à domicile**.

Du point de vue **médical**, les personnes en situation d'incurie « extrême » dans l'habitat seraient majoritairement (au moins dans 50% des cas) atteintes de **troubles psychiques** (ex. psychoses, troubles dépressifs) (en particulier chez les sujets jeunes) ou **neurocognitifs** (ex. démence en particulier du lobe frontal) (chez les sujets plus âgés) [34-35]. Le **trouble de l'usage l'alcool** (TUA) retrouvés chez certains occupants serait également responsable de démence et de comorbidité avec des troubles organiques et psychotiques. Des **troubles somatiques** tels que l'immobilisation, l'atteinte visuelle sévère, ou encore des insuffisances cardiaques congestives ou rénales chroniques feraient également partie des facteurs causatifs possibles [19]

Pour les **cas exempts de causes médicales diagnostiquées**, une personnalité « particulière » ou atypique (souvent très intelligente, ayant eu un passé actif et brillant) combiné à un **évènement traumatique dans l'enfance** ou **l'expérience de stress, deuils, évènements traumatiques récents** dans la biographie du sujet est généralement évoqué. *Cependant, les diagnostics sont difficiles à établir et l'absence de troubles diagnostiqués n'exclut pas sa genèse, nécessitant d'être attentif aux évolutions (échange avec le Dr Calvet, psychiatre, CH Esquirol)*. En revanche, le Dr Furtos (2014) [65] précise qu'il n'est pas nécessaire de psychiatriser à outrance. Certaines personnes peuvent lâcher-prise au fil de ruptures dans leurs existences, induisant des pertes de sens.

L'absence de médecin traitant serait rapportée dans de nombreuses situations, ce qui explique que bien que leur état somatique serait peu différent de celui des sujets du même âge, la sévérité des pathologies qu'ils présentent est beaucoup plus grave. Par ailleurs, les **troubles nutritionnels** seraient particulièrement marqués du fait leur mauvaise alimentation.

Parmi les facteurs de risque ou précipitants, les suivants sont principalement rapportés : la perte, le deuil du conjoint ; la retraite, la perte d'un statut social ; les troubles sensoriels chez les personnes âgées (ouïe, vision, odorat), l'usage d'alcool, le vieillissement (perte d'autonomie, intérêt), la vulnérabilité psychosociale

A8.3 Dangers et risques sanitaires et sécuritaires liés au logement, importants à évaluer dans les situations d'incurie dans l'habitat

Les **dangers majeurs affectant la santé et sécurité des occupants (du voisinage, des professionnels se rendant à domicile ou des proches)** évalués concernent en particulier :

- les **dangers physiques et chimiques** dus à l'encombrement excessif du logement, à l'accumulation de produits domestiques d'usage courant (de nettoyage, d'entretien, colles, peintures, solvants), à la perte de fonctionnalité des services (eau courante, chauffage, électricité), au défaut d'entretien des équipements engendrant des **risques majeurs d'accidents domestiques** et de **dégradation de la qualité de l'air intérieur pour l'occupant** (chutes et blessures, hypothermie, brûlures, intoxication au monoxyde de carbone, irritation des voies respiratoires, incendie, dégâts des eaux). En Australie (Nouvelle-Galles du sud), les données recueillies depuis 2007, ont montrés que **20% des décès par incendie** concernés des cas de syllogomanie ou d'incurie domestique (39% étaient dues à des accidents de cuisson et 12% aux cigarettes).
- Les **dangers biologiques** dus à l'accumulation humide de déchets, restes de nourriture, papiers, grand nombre d'animaux et leurs déjections, favorisent la prolifération de **microorganismes** tels que moisissures, bactéries, **insectes et autres nuisibles** pouvant provoquer allergies, asthme, gastro-entérites, irritations pulmonaires, infections récurrentes, dermatoses, infestations de puces et de punaises de lit, ou l'aggravation de pathologies déjà présentes. Les infestations par la vermine (insectes, rongeurs, blattes) et l'accumulation d'animaux en grand nombre mal soignés peut être **vecteurs de maladies** (en particulier zoonoses, allergies) **et compromettre la santé du voisinage**. Cependant, aucune étude épidémiologique concernant l'impact sur le voisinage n'a été réalisée à ce sujet. A San Diego au Canada, des **épidémies de gale et de poux** sont encore dénombrées auprès **du personnel soignant** en contact constant avec ces personnes⁵³.

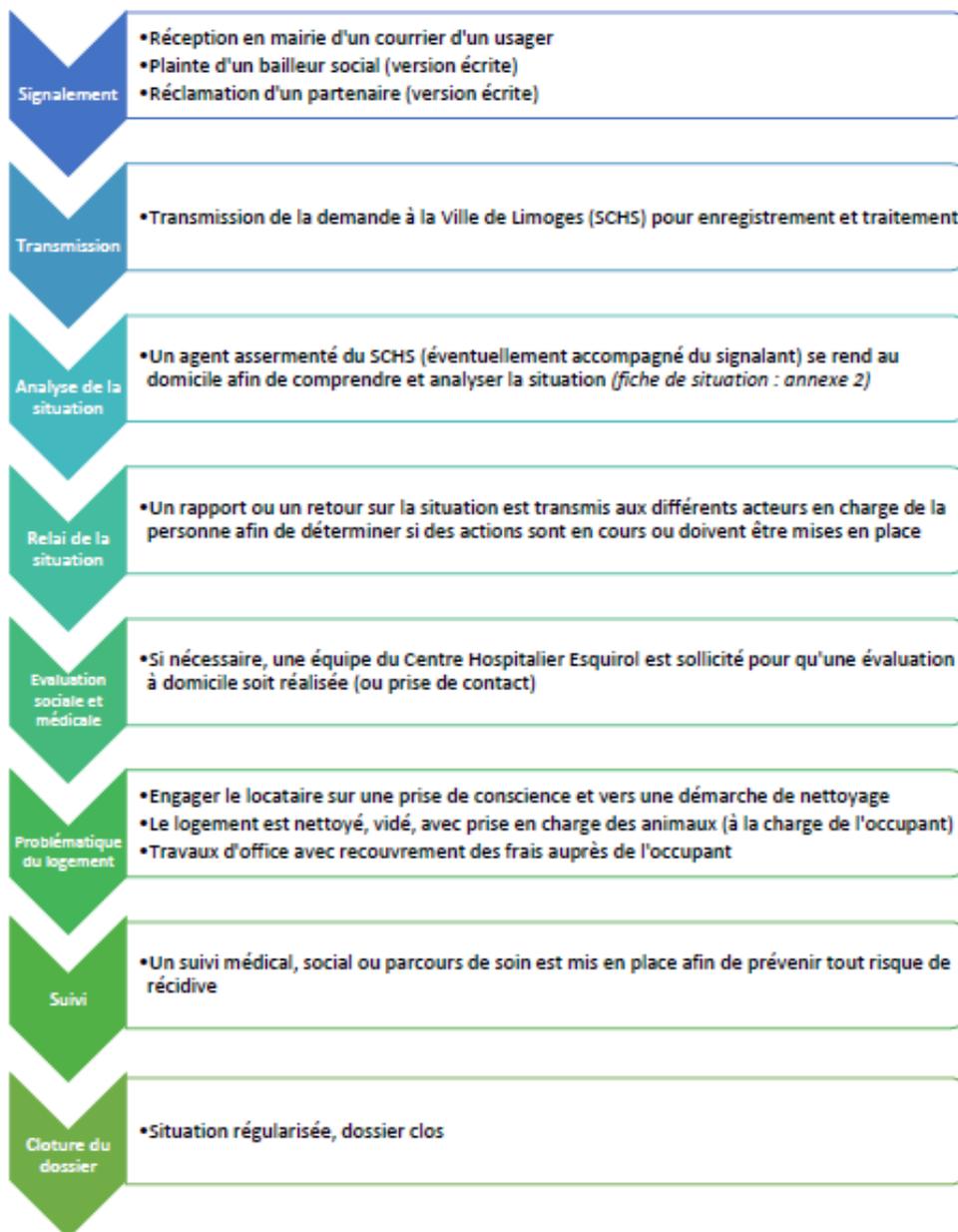
Les risques sanitaires et sécuritaires majeurs évalués par les agents Habitat/Santé, nécessitant d'intervenir pour protéger la santé et sécurité des occupants et du voisinage sont listés ci-dessous (liste non exhaustive) :

- *Risques sanitaires* : la présence en quantité extrême de déchets putrescibles humides ou la co-présence de déchets humides et secs, **avec ou sans présence d'animaux en grand nombre** impliquant des déjections importantes ; la prolifération de nuisibles (asticots, blattes, souris...) et leur impact sur le voisinage ; les équipements de chauffage défectueux et les risques d'intoxication au CO....
- *Risques sécuritaires* : la présence d'installations électriques défectueuses, l'entassement d'objets combustibles, la présence d'alcool et pratiques à risque de l'occupant (fumeur à l'intérieur d'un logement jonché de déchets secs et inflammables) pour les risques d'incendie ; l'instabilité des planchers, terrasses..., l'absence d'eau courante et d'électricité, l'absence de chauffage et d'évacuation des eaux domestiques, la non fonctionnalité des sanitaire

⁵³ County of San Diego Department of Environmental Health Vector Surveillance and Control-Mites
Florence MARTY - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017-2018

A8.4 Procédure générale d'intervention (protocole d'accord entre la ville de Limoges, le CH Esquirol et la SPA de la Haute-Vienne)

Extrait du Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène entre la ville de Limoges, le Centre Hospitalier Esquirol et la Société de Protection des Animaux de la Haute-Vienne.



La procédure d'intervention circonscrite pour l'instant à la ville de Limoges, prévoit la remontée des signalements au SCHS à même de juger du risque sanitaire concernant l'environnement intérieur de l'occupant et de l'accompagner dans les démarches nécessaires à l'aide d'une personne de confiance identifiée dans l'entourage de l'occupant.

Un professionnel des Equipes Mobiles de Proximité (EMP) rattaché au CH Esquirol peut se rendre à domicile pour une évaluation de son état de santé (et de vulnérabilité) et participer à son accompagnement et une prise de conscience de sa situation.

L'instance du CLSM est mise à profit pour des temps d'échange sur chaque situation.

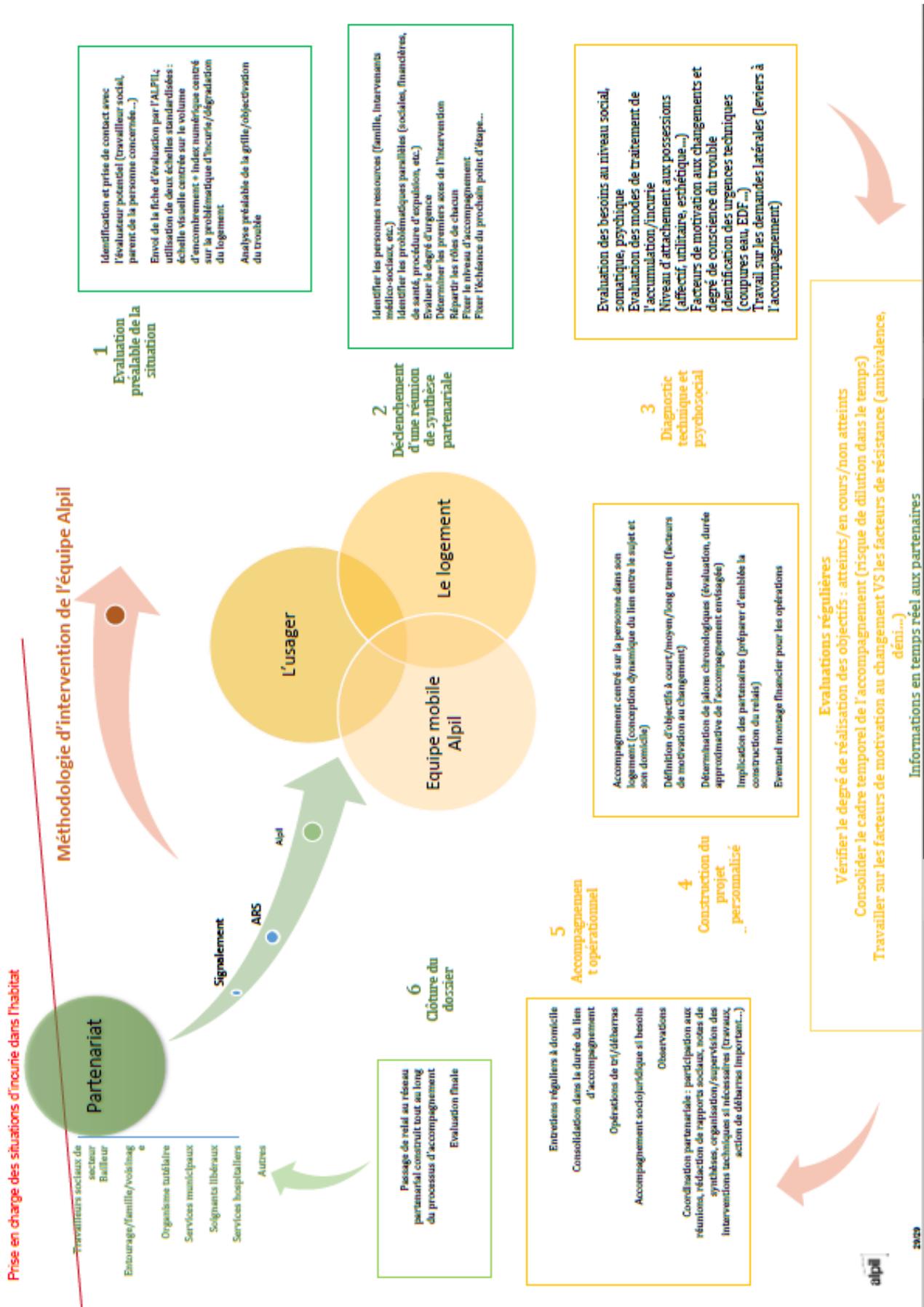
Une procédure règlementaire peut être décidée, avec l'accord de l'occupant afin que des travaux d'office soient engagés pour une réhabilitation du logement et un recouvrement des frais étalés pour l'occupant.

Une prise en charge des animaux en surnombre est facilitée par le partenariat avec la SPA.

Un accompagnement médico-social sur la durée est ensuite assuré pour minimiser les risques de récurrence.

Ce protocole d'accord tripartite s'apparente beaucoup à celui de la ville de Toulouse.

A8.5 Modèle d'intervention de l'équipe de l'association ALPIL



Extrait du Rapport d'Activités 2017, Prise en Charge des situations d'incurie dans l'habitat, ALPIL, ARS Auvergne Rhône Alpes [56]

A8.6 Grille d'évaluation des risques et des nuisances de la ville de Paris

Evaluation des risques et des nuisances des situations de type Diogène ©

Evaluateur : Service : Coordonnées :

Date d'évaluation :	PRENOM :
NOM :	
Adresse :	
Age :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Porteur de panier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Consignes : Quand le risque ou la nuisance sont présents même légèrement, cocher OUI

1. risques Incendie/explosion	oui	non	sans avis	3. nuisances liées aux odeurs	oui	non	sans avis
volume d'entassement				corporelle			
objets entassés inflammables				animaux de compagnie			
tabagisme				ulcères, plaies mal odorantes			
installation électrique				urine / excréments			
bougie-réchaud				aliments en décomposition			
appareil à gaz				odeurs liées à l'état des lieux			
chauffage mobile				odeurs liées au manque d'aération			
autre				autre			
Sous total 1				Sous total 3			
2. risques pour la personne	oui	non	sans avis	4. nuisances liées aux parasites	oui	non	sans avis
chute / fracture				mouches			
brûlures				cafards			
gelures				puces			
ulcères				poux			
non observance traitement				gale			
dénutrition / alcool				insectes divers			
aliments périmés ou putrides				présence de rongeurs (rat, souris, ...)			
autre				autre			
Sous total 2				Sous total 4			
Sous total 1 <input type="text"/>				+ sous total 2 <input type="text"/>			
				+ sous total 3 <input type="text"/>			
				+ sous total 4 <input type="text"/>			
				= TOTAL GRILLE <input type="text"/>			

Evaluation des risques et des nuisances des situations de type Diogène ©
 Jean-Claude Monfort / Isabelle Péan / Laurence Hugonot-Diener / Catherine Wong / Emmanuel Devouche
 CHSA - Paris Descartes / CLIC Paris Emeraude Ouest / Medforma / Cabinet libéral / Paris Descartes - Juillet 2012

CLIC/ Paris Emeraude Ouest Etude financée par le Département de Paris (Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé) 

Score de risque multidimensionnel basé sur :

1. risques pour la personne (chute/fracture, ulcères, dénutrition/alcool...)
2. risques d'incendie/explosion (objets entassés inflammables, volume d'entassement...)
3. nuisances liées aux odeurs
4. nuisances liées aux parasites

A8.7 Grille et score éthique et clinique d'hospitalisation du Diogène (SECHD) issus d'une étude (non-interventionnelle) rétrospective de patients âgés en situations d'incurie à domicile, CH Esquirol

Actuellement en phase d'évaluation par les acteurs sociaux et médico-sociaux

D'après la thèse d'exercice de doctorat en Médecine du Dr BOULESTEIX Marion (2018): *Syndrome de Diogène et autres situations d'incurie du logement : validation d'un score d'aide décisionnelle d'hospitalisation lors des évaluations à domicile*[19]

Score Ethique et Clinique d'Hospitalisation du Diogène (SECHD)

Facteurs environnementaux	/5	Facteurs intrinsèques	/5	Facteurs psychopathologiques	/5
Saleté extrême du logement et/ou Accumulation de débris et/ou d'excréments et/ou de produits dangereux (pour la santé ou le logement) et/ou Accumulation d'animaux (fantaisie de Pompadour)	/1	Age > 75 ans	/1	Addiction(s) (trouble de l'usage de l'alcool, conduites toxicomaniaques, etc.) non sevrée(s)	/1
Isolement socio-familial total	/1	Négligence de soi avec présence de plaies ou de lésions multiples	/1	Trouble obsessionnel compulsif et/ou Thésaurisation pathologique (sylogomanie)	/1
Désagrément social (plaintes du voisinage, troubles du comportement hétéro-agressifs, mesure d'expulsion, etc.)	/1	Dénutrition modérée à sévère (cachexie)*	/1	Trouble de l'humeur aigu ou chronique décompensé (dépression, hypomanie, manie, etc.) et/ou Expression d'idées suicidaires	/1
Exiguïté du logement avec accès limité à certaines pièces (risque de chutes à répétition, etc.)	/1	Troubles cognitifs francs et/ou trouble neurocognitif majeur (démence avérée)	/1	Symptômes psychotiques (délires et/ou hallucinations) et/ou Syndrome dissociatif	/1
Accidents domestiques (Incendie, fuite d'eau, etc.) et/ou Mises en danger (gaz, arme à feu, chutes, mésusage médicamenteux, etc.)	/1	Pathologie(s) somatique(s) chronique(s) décompensée(s) ou non traitée(s)	/1	Rupture brutale avec le fonctionnement antérieur	/1

* Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois et/ou IMC < 21

Niveaux de proposition de prise en charge en fonction du SECHD

Niveau de prise en charge	SECHD total	Conduite à tenir
I	0	Discuter le diagnostic de syndrome de Diogène
II	1-5	Evaluation sociale et prise en charge éventuelle*
III	6-9 Si au moins 3 facteurs intrinsèques ou 3 facteurs psychopathologiques associés	Evaluation médico-sociale et prise en charge médicale ambulatoire* Hospitalisation indispensable
IV	> 9	Hospitalisation indispensable

* Si facteur environnemental = accidents domestiques ou 1 facteur intrinsèque ou 1 facteur psychopathologique associé : nécessité d'une évaluation médicale

* Une hospitalisation peut être envisagée selon le contexte

Grille d'évaluation établie suite à l'étude non interventionnelle réalisée à partir de l'analyse de 1867 dossiers de données rétrospectives de personnes âgées en situations d'incurie dans leur logement ayant été accompagnées par des équipes mobiles de psychogériatrie (des CH Esquirol/CHU Limoges et de plusieurs centres extrarégionaux et nationaux du Morbihan, Rhône et de Belgique) et des questionnaires de cas MAIA de la NA.



La directrice générale

Délégation départementale de la Savoie
Service Environnement Santé
ars-d73-environnement-sante@ars.sante.fr

Affaire suivie par : G.Jacquin/F.Coloma
-G : genard.jacquin@ars.sante.fr
-F : florence.coloma@ars.sante.fr
T : 04 69 85 52 55/53

Module de formation

"Accompagner les personnes confrontées à un problème d'incurie dans leur logement"

CONTEXTE

Ces formations s'inscrivent dans le cadre du pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) et du plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) qui ont marqué la volonté d'améliorer le repérage et le traitement des situations d'habitat indigne en développant un partenariat commun. Les dossiers de personnes en situation d'incurie dans le logement étant souvent très complexes, une culture partagée apparaît d'autant plus nécessaire.

PUBLIC CONCERNE

Travailleurs sociaux : DTVS, CPAS, bailleurs, associations de mandataires judiciaires, responsables services d'aides à domicile, CH, CHS, CCAS, SAVS, associations,....

Un groupe de 8 à 14 personnes maximum.

BUT

Refaire le lien social avec les personnes en situation d'incurie et leur permettre de vivre dans un logement sécurisé et décent.

OBJECTIFS

Améliorer son savoir-être.
Étendre ses connaissances théoriques vis-à-vis de ces publics.
Optimiser sa pratique de réseaux.

PROGRAMME DE LA FORMATION

Le contenu est donné à titre indicatif ; il sera adapté en fonction des besoins, des demandes et des connaissances des participants.

1* Définitions

- Précarité
- Syndrome d'auto-exclusion
- Syndrome de Diogène

2° Spécificité des publics

- Accompagner des personnes alcoolo-dépendantes
- Accompagner des personnes psychotiques
- Accompagner des personnes âgées désorientées

3° Accompagnement relationnel

- La relation de confiance
- Le principe de réalité
- L'élaboration d'objectifs réalistes avec la personne
- La notion du temps
- Le refus d'aide et de soins
- Ce que l'aidant vit comme un échec
- Prendre soin de soi en tant qu'accompagnant

4° Stratégies et modes opératoires concernant

- Le débarrasage, le ménage, le rangement du logement
- Les animaux de compagnie
- L'incurie personnelle
- L'alimentation
- Les soins et le suivi médical
- L'accès aux droits

Possibilité de passer ¼ journée à domicile avec des professionnels expérimentés.

ANIMATION

Christine BUTTARD, infirmière
Emilie GEX, conseillère en économie sociale et familiale

DEROULEMENT DU MODULE

2 journées de 6 heures (9h / 12h – 14h / 17h)

Annexe 9 Etat des lieux en Nouvelle Aquitaine : indicateurs, problématiques santé mentale et logement, données incurie acteurs Habitat/Santé, modèle CMP renforcé/partenarial DD ARS ; mobilité EMPP, forces et faiblesses départementales

A9.1 Indicateurs socio-sanitaires considérés par département de la Nouvelle-Aquitaine

A9.2 Problématiques socio-sanitaires liées et logement

A9.3 Données départementales incurie dans l'habitat (agents Habitat/Santé)

A9.4 Tableau comparatif Etat des lieux de la LHI et des situations d'incurie dans l'habitat selon les territoires couverts par les SCHS

A9.5 Modèle de CMP renforcé de proximité sur le territoire ex-Limousin

A9.6 Modèle partenarial d'accompagnement DD ARS Charente-Maritime

A9.7 Mobilité des EMPP de la Nouvelle-Aquitaine

A9.8 Forces, faiblesses, initiatives et leviers d'actions par département de la Nouvelle-Aquitaine

A9.1 Tableau comparatif des indicateurs socio-sanitaires considérés par département de la Nouvelle-Aquitaine

Ancienne Région	PC	PC	L	L	L	A	A	A	A	A	PC	PC
N° Département	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Typologie territoire	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
% pop. régionale les + importants (>10%)		10,8					25,5			11,3		
Densité de population < moy. Régionale = 70,3												
Superficies régionales les + importantes												
Indice urbain/rural (sup. Bassins urbains/ ruraux) > médiane régionale = 0,3	0,4	0,5			0,3		1,2	0,7				0,4
Indice ruralité favorable (bassins ruraux favorisés/ruraux fragiles, vulnérables éco.) ≥ médiane régionale = 0,4	0,4						0,5	1,0		7,7	3,9	2,2
Problématique sanitaire habitat	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Prévalence incurie signalées (10 000 hab) > moy. Régionale												
% logements potentiellement indignes, (2013) > moy. Régionale												
% ménages vulnérabilité énergétique (logement) (2015) > moy. Régionale												
Instances PDLHI dynamique forte/soutien incurie/implication élus-Préfecture												
Implications EPCI/CD (délégués aides à la pierre)												
Nb Programme rénovation Habitat (couverture dpt)												
Présence de SCHS												
Action Santé-Précarité Énergétique (CREAQ/Pavillon MF)												
Mobilisation acteurs ARS sanitaire interne												
Intervenants sociaux, médico-sociaux et/ou mandataires se déplaçant à domicile et mobilisés												
EMPP actuellement mobilisables à domicile et sur le département	1	0,25	0,5	0,5	0,3	0,3	0,25	0,25	0	0,3	0,5	0,5
Populations âgées vivant à domicile (PA) avec facteurs de risque (pauvreté, isolement social, habitat ne correspondant pas aux besoins)	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Part populations âgées + 75 ans > moy. Régionale												
Proportion personnes 75 ans et+ vivant seules > moy. Régionale												
Part ddeurs de logements sociaux de + 60 ans > moy. Régionale												
Part (ASV ou ASPA) 61 ans et + (fin 2013) > moy. Régionale												
Proportion bénéficiaires APA (1 000 hab) (2014) > moy. Régionale												
Tx d'équipement soins à domicile (SSIAD+SPASAD) (1000 hab PA 75 ans et +) 2016 > moy. Régionale												
Taux d'équipements (1000 hab. 75 ans et +), ts types établissements (2016) > moy. Régionale												
Présence d'équipes mobiles de psychogérontologie												
Expérimentation PA (PAERPA, Cassiopee...)												
Populations handicapées/protégés	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Taux de bénéficiaires de l'AAH (2014) > moy. Régionale												
Nb mesures majeurs protégés par dpt (1000 hab. 18 ans et plus) > moy. Régionale												
Nb moyen mesures par mandataire individuel >> moy. Régionale												
Taux d'équipement en SAVS et SAMSAH (1000 hab 20 à 59 ans) > moy. Régionale												
Densité places en maisons-relais avec statut résidence accueil > moy. Régionale												
Expérimentation PH (RAPT...)												
Problématiques Pauvreté/Précarité	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Taux de pauvreté (%) > moy. Régionale												
Taux d'allocataires minima sociaux 15 64 ans (2014) > moy. Régionale												
Taux de chômeurs de longue durée 15 à 64 ans (2013) > moy. Régionale												
Part des jeunes en risques d'exclusion > moy. Régionale												
Taux de bénéficiaires CMU-C - Ensemble - 2015 (%) > moy. Régionale												
Densité CCAS > moy. Régionale												
Adéquation offre/demande logements sociaux locatifs (délais d'attentes mois) < moy. Régionale												
Taux logements sociaux locatifs (pour 1000 hab)												
Densité de logements accompagnés - 2014 (100 000 hab.) > moy. Régionale												
Taux d'équipement CHRS > moy. Régionale												
Taux d'équipement (1000 hab) entre 25 et 59 ans (maisons-relais) > moy. Régionale												
Présence LHSS												
Présence ACT												
Expérimentation (Plateforme Non Recours Aux Soins PFIDASS)												
Etat de santé général/ Accès aux soins	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Taux de mortalité- Ensemble - 2011-2013 (pour 100 000 hab.) > moy. Régionale												
Taux de mortalité prématurée - Ensemble - 2011-2013 (pour 100 000 hab.) > moy. Régionale												
Taux prise en charge ALD (part std. Pop. %) 2015												
Taux d'équipements MCO+HAD hospitalier (pour 1000 hab.) 2016												
Taux d'équipements global SSR 2016> moy. Régionale												
Densité médecins généralistes libéraux (pour 100 000 hab) > moy. Régionale												
Densité MSP (10 000 hab) en fonction ou projet > moy. Régionale												
Maillage territorial coordination sanitaire, médico-social, social (MAIA, CLIC, PTA...)												

Problématiques santé mentale (avec risque de non prise en charge ou inappropriée)	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Tx std mortalité par suicide hommes (pour 100 000 hab) 2009-13 > moy. Régionale												
Tx std mortalité prématurée par suicide hommes > moy. Régionale												
Taux std. Bénéficiaires ALD pour affections psychiatriques 31/12/2014 F (pour 100 000 hab) > moy. Régionale												
Part moy patients hospitalisés sans suivi en aval, 1 an après sortie hospitalisation - troubles de l'humeur ou addictions - 2012-2013 (%) > moy. Régionale												
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant -troubles de l'humeur ou addictions moy- 2012-2013 (%) > moy. Régionale												
% des personnes présentes en hospitalisation temps plein > an en psychiatrie général > moy. Régionale												
% des patients hospitalisés sans consentement (sur décision de représentation de l'état ou à la demande d'un tiers, hors détenus et placement provisoire) > moy. Régionale												
Densité de CMP - 2016 (pour 100 000 hab.) > moy. Régionale												
Densité psychiatres (pour 100 000 hab) > moy. Régionale												
Densité psychologues (pour 100 000 hab) > moy. Régionale												
Psychiatrie (Part des adultes de la file active avec une prise en charge ambulatoire exclusive en psychiatrie générale (en %) > moy. Régionale												
Durée d'hospitalisation des adultes en psychiatrie (2015) (jours) < moy. Régionale												
Densité ETP personnel de rééducation N24000 (10 000 hab) > moy. Régionale												
Densité programmes ETP (maladies psychiatriques) (10 000 hab) > moy. Régionale												
Densité coopération (hors GHT) ES: GIP (10 000 hab) > moy. Régionale												
Densité coopérations (hors GHT) ES: conventions (10 000 hab) > moy. Régionale												
Densité places appartement thérapeutique (10 000 hab) > moy. Régionale												
Addictions (alcool)	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Tx std mortalité pathologie lié à l'alcool (10 000 hab)-2009/13 > moy. Régionale												
Tx std admission ALD pathologie lié à l'alcool (10 000 hab)-2012/14 > moy. Régionale												
Tx std. Séjours hosp. (MCO) pathologie liée à l'alcool (10 000 hab) 2015 > moy. Régionale												
Présence service(s) addictologie (CSAPA)												
Présence équipes mobiles addictologie (ELSA...)												
Présence centre post-cure addictologie												
PREVENTION/PROMOTION SANTE MENTALE	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Densité actions en promotion de la santé relatives à la santé mentale financées par l'ARS en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (10 000 hab) > moy. Régionale												
Part de la population couverte par un CLSM - 2016 (%)												
Densité d'actions SISM - 2016 (action(s)) > moy. Régionale												
Part de la population couverte par un CLS (%) > moy. Régionale												
Densité Atelier Ville Santé ou villes santé OMS > moy. Régionale												
Actions Prévention du Suicide												
Dynamiques intersectorielles (sanitaire, sociale, médico-sociale, logement)	16	17	19	23	87	24	33	40	47	64	79	86
Partenariats sanitaires, médico-social, social et logement, expérimentations (santé mentale)												
Veille sociale et sanitaire (actions spécifiques SIAO, programme Mona Lisa)												
Partenariats sanitaires, médico-social, social												

Atouts/Leviers

Problématique/Freins

ALD : Affection Longue Durée ; ES : Etablissement de Santé ; GIP : Groupement d'Intérêt Public ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous (personnes en situations de handicap) ; SISM : Semaine d'Information Santé Mentale

A9.2 Problématiques précarité-logement -santé mentale par département de la Nouvelle-Aquitaine

Dpt	% pop. NA	Aspects socio-économiques et sanitaires (focus santé mentale)	Aspects sanitaires et logement (focus santé mentale)
16	6,1	Population âgée urbaine (concentrée sur Angoulême), peu dense (12,1% 75 ans et +) Taux de mortalité par pathologie mentale et suicide	6,2% (9 000) logements pot. indignes (pop. 60 ans et +); 16,5% ménages en précarité énergétique Accès et maintien dans le logement de publics vulnérables (prob. psychiques et/ou des difficultés liées à l'occupation du logement incurie)(PDALHPD 2018-23); 1-2 situations d'incurie /an (pers. isolées, 43% occupants en rupture de soins, 14% accumulation d'animaux) (DD ARS+SCHS)
17	10,8	Population vieillissante dense (12,2% de + 55 ans) Précarité dans grandes agglomérations et secteurs ruraux isolés (Haut/Val de Saintonge) Surmortalité générale (Rochefort-Oléron-Marennes-Surgères) Taux std. mortalité (alcool)	5% (13 412) logements pot. indignes ; 14,3% ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS) 60 situations/an Données PDALHPD 2017-22 ne faisant référence qu'aux situations complexes dans leur globalité
19	4	Population âgée (13% de 75 ans et +) Ménages vivant seuls (+ 75 ans et sous le seuil de pauvreté) Surmortalité générale et prématurée (Hte-Corrèze) Taux std. mortalité (alcool) (Hte-Corrèze); Taux std. ALD psychiatrie ; Taux de suicide chez PA	4,7% (4 707) logements pot. indignes (pop. 60 ans et +); 24,2% ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS) 1-2 situations/an (PO) Pas de données PDALHPD ayant pu être consultées
23	2	Population âgée précaire peu dense (15,6% de 75 ans et +) Surmortalité et surmortalité prématurée hommes Taux std. ALD psychiatrie ; Taux std. mortalité et ALD alcool	6,9% (3 573) logement pot. indignes (pop. 60 ans et +, troubles apparentés de santé mentale); 24,2% ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS) >4-5 situations/an Données PDALHPD 2013-18 n'évoquant pas de problématiques sanitaires
24	7,1	Population âgée rurale (13,5% de 75 ans et +) Taux mortalité prématurée (suicides, alcool) Taux std. ALD psychiatrie	5,8% (10 009) logements pot. indignes ; 18 % ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS+2 SCHS) 15 situations/an (PA, 27% accumulation d'animaux) Rupture de parcours résidentiel dues à un cumul de prob. (Sociales, psychiques) (PDALHPD 2018-23)
33	25,5	Population urbaine jeune avec écarts sociaux (8% sous le seuil de pauvreté) ; croissance démographique continue Taux std. ALD psychiatrie	4,6% (29 315) logements pot. Indignes (souffrance psychique) ; 9% ménages en PE Occupation du logement (incurie) (ARS+3 SCHS) 26 situations/an (personnes isolées ; déni, rupture de soins) Conditions d'habitat et de maintien dans le logement (situations d'incurie et insuffisance de l'accompagnement des ménages) (PDALHPD 2016-21)
40	6,8	Population rurale (+ 50%) peu dense, saisonnière Taux std. mortalité prématurée suicide ; Taux std. mortalité et ALD lié à l'alcool	5,6% (9 060) logements pot. indignes ; 10% ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS) 5 situations/an (pers. isolées, troubles du comportement, addictions, 60% accumulation d'animaux, majeurs protégés) Accès et maintien dans le logement de publics vulnérables avec pathologies en part. psychiatriques ou souffrant d'addictions en absence/ refus de soins, majeurs protégés, PA ou PH (PDALHDP 2017-22)
47	5,7	Population vieillissante isolée parfois précaire (12,7% de 75 ans et +) Taux std. ALD psychiatrie	7,7% (10 372) logements pot. indignes ; 17% ménages en précarité énergétique ; Occupation du logement (incurie) (ARS+ 1 SCHS) 15-20 situations/an (rupture de soins; majeur protégé) Accès et maintien dans le logement des publics en souffrance psychique avec un manque d'articulation dans l'accompagnement sanitaire et social (PDALHPD 2017-22)

Dpt	% pop. NA	Aspects socio-économiques et sanitaires (focus santé mentale)	Aspects sanitaires et logement (focus santé mentale)
64	11,3	Population âgée urbaine saisonnière	3,2% (8 817) logements pot. indignes (locataires); 8% ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS) 3-4 situations/an Pas de données PDALHPD
79	6,3	Population jeune mais vieillissante, peu dense Surmortalité (suicides) Thouars/Saint-Maixent- l'Ecole/Niort Taux std. mortalité (alcool)	2,7% (3 943) logements pot. indignes (ménages ruraux précaires); 20,4% ménages en précarité énergétique Occupation du logement (incurie) (ARS) 1 situation/an (PA en rupture de soins, accumulation d'animaux) Accès et maintien dans le logement des publics avec prob. de santé mentale et un manque d'articulation dans l'accompagnement sanitaire et social (PDALHPD 2016-21)
86	7,4	Population urbaine (80% vivant dans une aire urbaine) Taux std. mortalité (alcool) (Loudun, Poitiers) Taux std. mortalité, mortalité prématurée (suicide)	4,8% (8 592) logements pot. Indignes (dépression); 17 % ménages en précarité énergétique (PE) Occupation du logement (incurie) (ARS) 8 situations/an (accumulation d'animaux, rupture de soins, 20% majeur protégé) Accès et maintien dans le logement des publics avec prob. médico-psycho-sociales et un manque de réponses d'accompagnement coordonnées et intersectorielles (PDALHPD 2017-22)
87	6	Population âgée urbaine précaire et vivant seule (15% sous le seuil de pauvreté ; 39,3% + 75 ans seuls) Taux std. ALD psychiatrie et liée à l'alcool	4,9% (7 912) logements pot. Indignes (dépression, isolement); 24,2% ménages en PE Occupation du logement (incurie) (ARS+ 1 SCHS) 16-17 situations/an (accumulation d'animaux) Accès et maintien dans le logement des publics nécessitant une diversification de l'offre de logements accompagnées et une veille sanitaire et sociale (convention CD avec CHU/CHS) (PDALHPD 2016-21)

ALD : Affection Longue Durée, Hte : Haute ; PA : Personnes Agées ; PE : Précarité Energétique ; pot. : potentiellement

A9.3 Données départementales (DD ARS/SCHS) traitement de l'habitat indigne et de l'incurie dans l'habitat

DD ARS	INDIGNITE+NON DECENCE* LOGEMENT						Données moyennes sur les 3 dernières années (2015 à 2017) des situations d'incurie dans l'habitat												
	Nb signalements/an PDLHI			Nb d'AP/an			Chiffres incurie			Typologie occupants/situations					Actions engagées				
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	Données (ARS, SCHS)	Nb. Situations d'incurie signalées /an (Prévalence pour 10 000 hab)	Augmentation entre 2015 et 2017 ? (O/N)	% PA (>60 ans)	Saisonnalité (été) entre 2015 et 2017 ? (O/N)	Majorité de femmes seules ? (O/N)	Nb de situations/an animaux +++	Situations rupture de soins	Situations mesures de protection	Situations d'incurie traitées par mesures coercitives	Répartition procédures		
																	L1311-4 (AP) +TO	Autres procédures	
16	270*	253*	~250*	16	29	14	ARS+ 1 SCHS	1-2 2015 : 0 2016 : 3 2017 : 1 2018 : 3 (0,06)	O	25	N	N	1/7 (14%)	3/7 (43%)		6 sur 7 (86%)	3/7		
17	~200						ARS	15 (0,36)											
19							ARS	1-2 (0,08)											
23							ARS	>4-5 (0,42)											
24	199	75	79	15	3	13	ARS + 2 SCHS	15 (0,36)*	N	>50	N	N	4/an (27%)	ND		2/an (13%)	13%	* amiables : accompagnement mairie/CCAS/tutelle* EHPAD	
33							ARS+ 3 SCHS	26 (0,17) 8 (hors SCHS); 15 (BM); 1 (BA); 2 (L)							Oui (L)				* amiables
40	146	90	138	4	5	4	ARS	5 (0,12) 2015 : 4 ; 2016 : 4 ; 2017 : 7	O ?	> ~33	O	N	3/an (60%)		60%	4 sur 15 (27%)	1/15 (7%)	* * ND L1331-26	
47							ARS+1 SCHS	15-20 (0,6)	O						Oui (SCHS)	Oui (SCHS)	NC		
64							ARS	3-4 (0,06)							NC				
79	35	35	40	1	2	1	ARS	1 (0,03)	N	100	N	O	Oui	Oui		0	0		
86	256	224	201	21	18	31	ARS	8 (0,18) 2015 : 14 ; 2016 : 2 ; 2017 : 8 ; 2018 : 8	N	ND	N	N	Oui	Oui	20%	15 sur 33 (45%)	14/33	* relais SCHS/tutelles, MAIA/CLIC ; CMP... * AP 1331-26-3	
87	130	130	130	9	6	2	ARS+ 1 SCHS	2 à 3 (hors SCHS) + 14 (SCHS) (0,45)	N	ND	N	N	Oui (SCHS)	ND		2 à 3/an (100%)	50%	* nettoyage amiable * PV RSD (SCHS)	

AP : Arrêté Préfectoral ; BA : Bassin d'Arcachon ; BM : Bordeaux Métropole;; L: Libourne ; N : Non ; ND : Non Déterminé ; O : Oui ; PA : Personnes Agées ; PV : Procès-Verbal ;

TO : Travaux d'Office

A9.4 Tableau comparatif : Etat des lieux de la LHI et des situations d'incurie dans l'habitat selon les territoires couverts par les SCHS

N° département Nouvelle Aquitaine		33	24	47	86		33	87	33
Nom du SCHS		Libourne	Bergerac	Agen	Châtelleraut	Poitiers	SIHS Bassin d'Arcachon	Limoges	Bordeaux Métropole
CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE	Territoire	Commune <i>(péri-)-urbain</i>	Commune	Commune	Commune <i>péri-urbain</i>	Commune <i>urbain</i>	Intercommunalité (10 communes)	Commune <i>urbain</i>	Commune de Bordeaux + 22 communes <i>(péri-)-urbain</i>
	Nb d'habitants (2018)	25 229	28 029	34 291	35 000	87 435	115 000	130 866	405 181
	Nb logements (% RP) (2015)	12 115 (88,2)	16 824 (84,4)	21 629 (82,6)	18 386 (85,4)	54 777 (88,1)	NR	82 232 (88,6%)	NR
	Part locataires (%)	57	49,3	68,7	46	80	NR	60,5	56,5
CARACTERISTIQUES DE LA LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE	% HI	NR	NR	NR	8	120 signalements/an	Très peu	5,60	6
	Occupants HI	PA seules ou familles monoparentales ; situations de rupture de soins ; souffrance psychique	NR	NR	NR	Locataires/PO/PB	Locataires en demande de relogement	Familles monoparentales ; rupture de soins ; locataires victimes marchands de sommeil /propriétaires malveillants ; difficultés sociales	NR
	Outils incitatifs	Zones couvertes par OPAH/PIG	NR	NR	4 QPV, 1 OPAH- RU, 1 OPAH, 1 action cœur de ville	OPAH-RU	NR	NR	OPAH RU ORI/PIG
	Apport du PDLHI	Non suffisant Plateforme locale CALI support sous-préfet Habitat Opérateur : In Cité	Remontée d'information et échanges avec CT (mensuel)	NR	NR	NR	Cohérence départementale	Gouvernance / partenariats institutionnels Guide (maires et présidents EPCI)	Plateforme locale Bordeaux Métropole (Direction Habitat) Opérateur : In Cité
	Améliorations PDLHI	Partenariats spécifiques, partage d'information	NR	NR	NR	NR	Portage de réflexions- actions (<i>incurie</i> , <i>aspects juridiques ex.</i> <i>électriques</i>)	Plus grande implication Préfecture et Parquet	NR
	Habitat indigne et santé mentale	Engrenage, souffrance psychique	NR	NR	NR	NR	Pas assez de recul	Dépansions, isolement, perte de repère	NR
	Prévalence Incurie (Nb signalés/10 000 hab.)	2/an (0,8)	3-4/an (1,2)	5/an (1,5)	NR	3-4/an (0,4)	1/an 2016 : 0 ; 2017 : 2 ; 2018 : 1 (0,08)	~14/an 2016 : 10 ; 2017 : 12 ; 2018 : 20 (1,07)	15/an (0,37)
	Saisonnalité	Estivale (odeurs)	NR	NR	NR	NR	NR	Pic en période estivale	NR
Signalements Incurie	Voisinage, bailleurs	NR	Pompiers	NR	Voisins, "porteur panier", pompiers, bailleurs	CCAS (mais sous- signalement)	Voisinage, CCAS, pompiers, bailleurs, TS	NR	

CT : Comité Technique ; HI : Habitat indigne ; NR : Non Rapporté ; PO : Propriétaire Occupant ; PB : Propriétaire Bailleur ; QPV : Quartier Prioritaire de la Ville ; RP : Résidence Principale ; TS : Travailleur Social

		Nom du SCHS	Libourne	Bergerac	Agen	Châtelleraut	Poitiers	SIHS Bassin d'Arcachon	Limoges	Bordeaux Métropole
CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS D'INCURIE DANS L'HABITAT	Typologies Occupants		Locataires, seuls ; chômeurs/retraités ; sous tutelle/en rupture familiale ; déli	NR	Occupants avec troubles de santé mentale en rupture de soins ; occupants sous mesure de protection non suivi par tuteurs/curateurs débordés	NR	Femmes seules (4/6) ou avec enfants handicapés (1/6) / >60 ans (4/6) ; isolement social/rupture familiale ; refus de soins ; endettement ; alcoolodépendance (2/6) ; troubles anxiodépressifs (1/6) ; idées suicidaires (1/6) ; très affaiblies ; perte d'autonomie	Personnes isolées (famille) > 60 ans, sans problèmes financiers	Propriétaire/locataire, tout âge, seule/en couple/enfants, actifs/chômeurs/retraités, handicap/sous tutelle, rupture familiale/ de parcours de soins (médecin traitant), appui d'un « porteur de panier », refus et déni ...	NR
	Typologies de dangers sanitaires logement		Accumulation de déchets putrescibles, accumulation de déchets avec risque d'incendie	NR	NR	NR	Accumulation de déchets putrescibles, déchets avec risque d'incendie, accumulation d'animaux domestiques, prolifération de nuisibles, absence d'eau potable, eaux usées bouchées	Accumulation déchets putrescibles /animaux domestiques	Accumulation de déchets putrescibles, déchets avec risque d'incendie, accumulation d'animaux domestiques, prolifération de nuisibles, absence d'eau potable, eaux usées bouchées	NR
	Recours mesures coercitives		Non	Importante médiation avant L1311-4 CSP	Mise en demeure + référé + L1311-4 (élu-dépendant) ; hospitalisation sous contrainte dans les cas de péril	NR	Apr. 15 jours à 2 ans de suivi (consentement de l'occupant) : L1311-4+TO (5/6) + suivi partenarial	1 seule fois	Pas de L1311-4 PV RSD	Si échec des négociations : AM CE ou en cas d'urgence : L1311-4 CSP +accord du juge en référé / huissier
Difficultés rencontrées lors de l'intervention		Altération du lien social	Dossiers très chronophages importante médiation multiples déplacements sur le terrain	Refus d'entrer des aides/bailleurs sociaux faisant appel au SCHS pour assistance (jeunes femmes du SCHS étant davantage appréciées)	NR	Refus aides/soins/visites Extrêmement chronophages (suivi sur 3-4 ans)	Contact avec l'occupant/ Refus d'entrer	PO/animaux	Refus de soins/déli, durée des négociations ; patience et coopération nécessaire	

AM CE : Arrêté municipal Code de l'Environnement ; CSP : Code de la Santé Publique ; NR : Non Rapporté ; PV : Procès-Verbal ; TO : Travaux d'Office ;

	Nom du SCHS	Libourne	Bergerac	Agen	Châtelleraut	Poitiers	SIHS Bassin d'Arcachon	Limoges	Bordeaux Métropole
CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS D'INCURIE DANS L'HABITAT	Acteurs mobilisés Actions	<p>* Pas assez de professionnels de santé mentale mobilisables</p> <p>* Famille/services sociaux/propriétaires</p> <p>* Visites en binôme avec TS ou seul</p> <p>* Concertation avec l'occupant pour nettoyage volontaire</p>	<p>* Partenariat non formalisé avec une grande adaptabilité des acteurs institutionnels pour répondre aux situations individuelles</p> <p>* Réunions de veille sociale tous les 15 jrs</p> <p>* Partenariat privilégié avec l'EMPP</p> <p>* CLSM en cours d'élaboration</p> <p>* Autres acteurs mobilisables en amont et le jour de TO : organismes de tutelles ; TS du CD ; TS du CH Bergerac ; police municipale voire nationale ; entreprises privées; éducateurs spécialisés; élus</p>	<p>* Partenariat non formalisé avec TS et associations en grand nombre (animaux, mobilier/électroménager...); élus ; équipe psychiatrique CH Candélie ?</p>	NR	<p>*Support important d'itinéraire santé pressenti PTA (porteur du réseau géronto.; CLIC/MAIA): coordination avec CMP, médecin, TS; infirmières; réunions de concertation)</p> <p>*Visites conjointes SCHS, AS, infirmière</p> <p>* Partenariats informels entre des acteurs qui se connaissent et se reconnaissent; partage de certaines tâches (SCHS aidant les TS et inversement)</p> <p>* Nombreux acteurs mobilisés: AS MDS (famille, PA, PH) ou CCAS avec éducateurs de rue (RSA seul ou en couple); bailleur sociaux (convention avec CHHL); CHU pour hospitalisation; CMP Laborit; mandataires judiciaires; bailleurs; CPAM/CARSAT; entreprises nettoyage</p>	<p>*CCAS : mise sous protection ; SIHS en accompagnement CCAS Procureur</p>	<p>*Procédure/partenariat formalisés grâce au CLSM instance "cas complexes" (2 ans de mise en œuvre)</p> <p>* Equipe mobile spécialisée et mobilisable (CH), implication des professionnels de santé (mentale)</p> <p>* Visites en binômes avec TS, médiations avec l'occupant/voisins</p> <p>* Bailleurs SPA</p> <p>* Nettoyage avec consentement</p> <p>* Organisation de services d'aide et de soins à domicile (TS)</p>	<p>Au cas par cas : CCAS avec équipes spécialisées, famille, organismes de tutelles</p>
	Efficacité de l'intervention (mieux-être de l'occupant /prévention de la récurrence)	<p>Non efficace car pas de suivi après nettoyage, récurrence</p>	<p>Dépendante de chaque situation ; capacité des tutelles/curatelles à mettre en place des aides ménagères pour limiter la récurrence/Tendance "accumulative" impossible à résoudre ?</p>	NR	NR	<p>Non évaluée : SCHS consignait chaque étape de l'intervention dans un dossier attribué à chaque occupant</p>	<p>Nettoyage inutile : récurrence si pas de suivi</p>	NR	NR

CD : Conseil Départemental ; CH : Centre Hospitalier ; NR : Non Rapporté ; PA : Personnes Agées ; PH : Personnes Handicapées ; TS : Travailleur Social

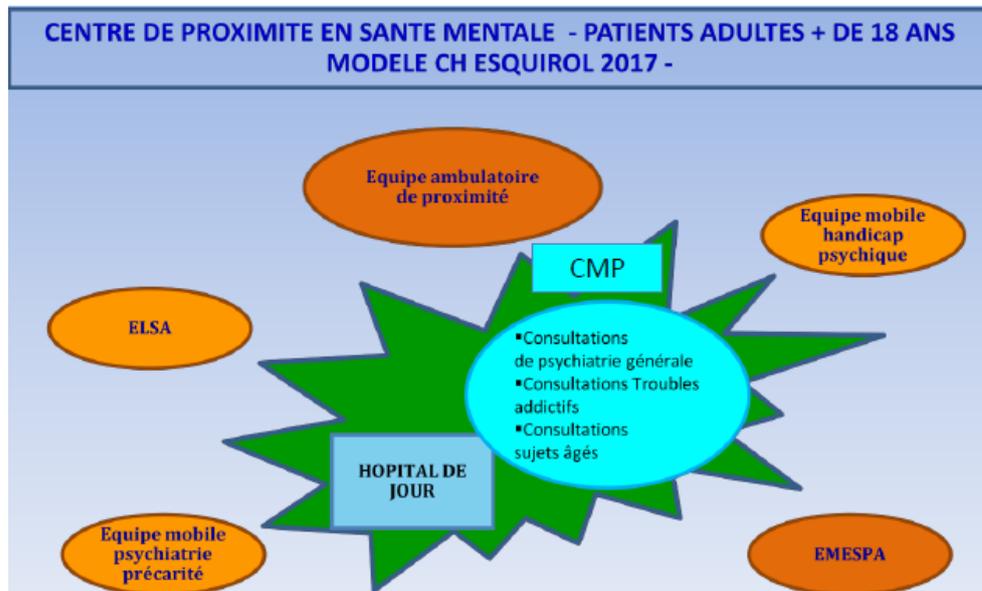
	Nom du SCHS	Libourne	Bergerac	Agen	Châtelleraut	Poitiers	SIHS Bassin d'Arcachon	Limoges	Bordeaux Métropole
CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS D'INCURIE DANS L'HABITAT	Besoins/ Recommandations	<p>* Mise en place protocole d'intervention de tous les acteurs</p> <p>*Connaissance/sensibilisation/formation (dispositifs médico-sociaux/ logements accompagnés, problèmes de santé mentale/modalités d'intervention/échanges d'informations)</p>	<p>* Mise en place d'un protocole d'intervention permettrait peut-être de moins s'interroger sur l'opportunité d'intervenir ou non</p>	<p>* Mise en place partenariat formalisé mais crainte de l'aspect financier en période de réduction des budgets (notamment par rapport aux animaux)</p> <p>*Améliorer la collaboration avec les bailleurs sociaux (Ex. SCHS ayant demandé à Agen Habitat à ce qu'il soit contacté le plus tôt possible non suivi d'effet)</p>	NR	<p>* Accompagnement par médecin traitant/psychiatrie à domicile pour évaluer l'état de santé de la personne</p> <p>* Aller vers</p> <p>* Prendre le temps de comprendre/connaitre la personne pour mieux l'aider selon ses choix</p> <p>* Plus forte implication des ARS sur le volet santé de la personne et l'échange d'information avec SCHS</p> <p>* Procédure coercitive à adapter (notamment L1311-4 dont les délais devraient être plus souple dans les situations d'incurie dans l'habitat)</p> <p>* Davantage de moyens pour les suivis par l'UDAF (mandataires judiciaires)</p>	<p>* Acteurs et missions à identifier</p> <p>* Mise en place partenariats sous forme de convention ; fédérer les acteurs (acteurs sociaux, santé, (médecins généralistes), population, acteurs municipaux)</p> <p>*Information/sensibilisation</p>	<p>*Connaissance/sensibilisation/formation : recours juridiques, problèmes de santé mentale, incurie dans l'habitat, formations sur les troubles de la santé mentale...</p> <p>* Partage d'informations (charte de confidentialité)</p> <p>* Meilleure implication/intervention à domicile des professionnels de santé (infirmières à domicile et médecin généralistes), TS, des tuteurs/curateur</p> <p>* Moyens financiers : travaux d'office et prise en charge animaux</p>	<p>* Mise en place d'une procédure mobilisant l'ensemble des acteurs d'intervention (psy, services sociaux, services de tutelles et/ou représentant du maire...)</p>
	Enjeux	<p>Sensibiliser tous les acteurs ; responsabilité citoyenne (personne en danger)</p>	<p>Humains au cœur de situations sociales complexes en contradiction avec les pouvoirs de police du maire et sa nécessité d'agir</p>	<p>Problématique en devenir selon les travailleurs sociaux et personnes avec des troubles psychiatriques en rupture de soins et de suivi</p>	NR	NR	<p>Problématique en devenir (CCAS) avec situations complexes des ménages ; Sensibiliser les médecins traitants, acteurs sociaux et la population</p> <p>Populations isolées qui ont le droit de vivre dans de meilleures conditions (responsabilité citoyenne)</p>	<p>Problématique en devenir</p> <p>Sensibiliser les infirmiers intervenants à domicile et médecins traitants</p>	<p>Personnes très fragiles ; mesures coercitives existantes mais inadaptées à la gestion de l'humain</p>

NR : Non Rapporté ; TS : Travailleur Social

A9.5 Modèle de CMP 'renforcé' de proximité du CH Esquirol dans le cadre de l'élaboration du PTSM sur le territoire ex-Limousin

Extrait : *Projet Territorial de Santé Mentale Etape 1 20.06.2017 & DOSA, Pôle Performance Investissements, ARS Nouvelle-Aquitaine, Journée régionale Virage ambulatoire en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine, CH Charles Perrens, 28 novembre 2017*

Le virage ambulatoire du secteur de la psychiatrie et santé mentale pour la région ex-Limousin s'appuie notamment sur la mise en place de 14 Centres de Proximité en Santé Mentale (CPSM) (« CMP renforcés »)



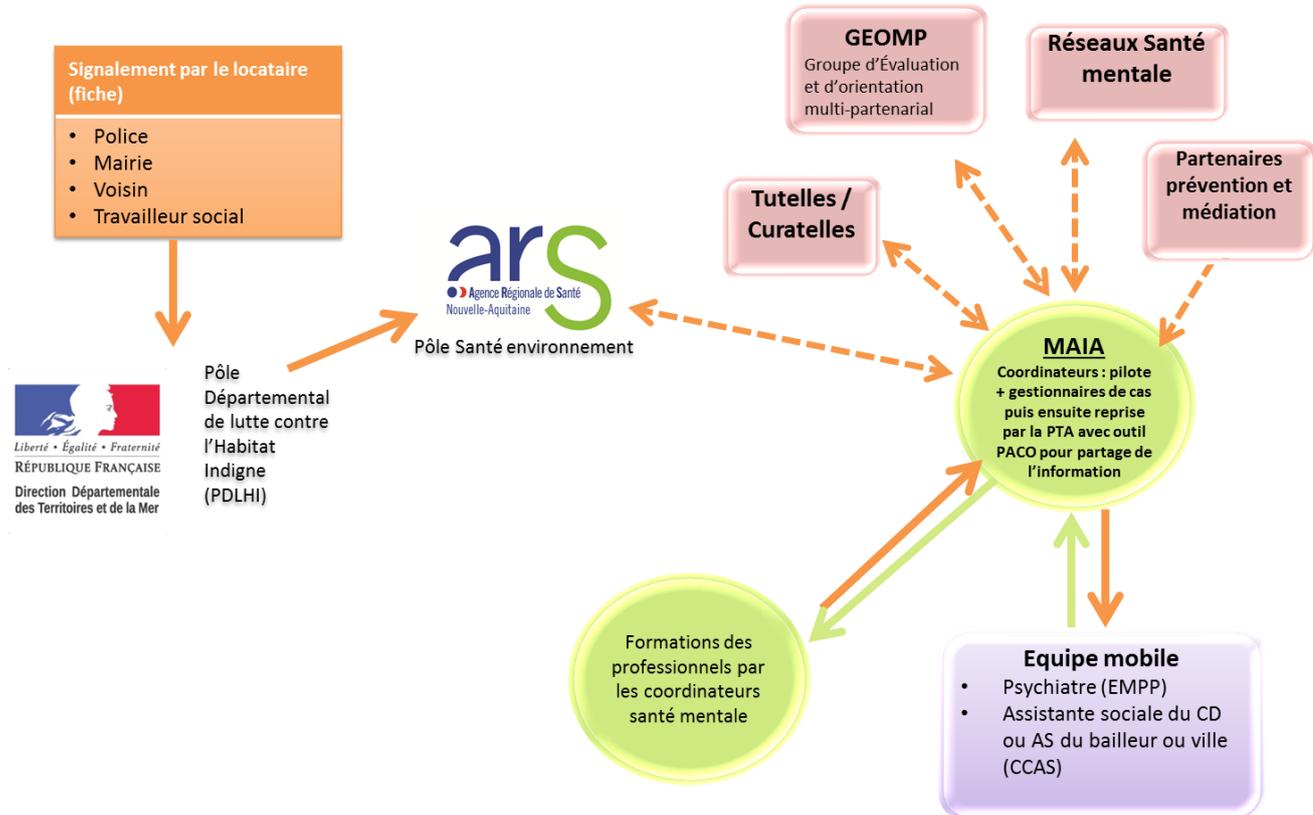
Modèle CH Esquirol de CPSM à l'échelle des bassins de vie envisagé dans le PTSM de la région ex-Limousin

(3 en Corrèze, 6 en Creuse et 5 en Haute-Vienne) dont équipes mobiles :

- Equipes mobiles ambulatoires de proximité
- Equipes mobiles spécialisées pour des groupes homogènes de patients (situations de précarité : EMPP ; personnes âgées : EMESPA ; handicap psychique ; addictions : ELSA)

A9.6 Modèle partenarial d'accompagnement des situations du syndrome de Diogène Action expérimentale Territoire Nord de la Charente-Maritime (17)

PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT DES SITUATIONS DU SYNDROME DE DIOGÈNE Action expérimentale Territoire Nord de la Charente-Maritime



A9.7 Tableau comparatif de mobilité des EMPP en Nouvelle-Aquitaine

Modalités d'intervention			①	②	③	④	⑤
			Intervention en logements autonomes (parc public ou privé) (O/N)	Si non, conditions d'intervention possibles ou autres équipes mobiles mobilisables	Couverture territoriale	Autres équipes mobiles de compétences psychosociales mobilisables hors du territoire d'intervention	Composition <i>D'après rapport d'activité 2015</i>
N° adm. Département	Nb EMPP prévues dans le cadre du PRAPS	Désignation de l'établissement d'appartenance					
16	1	CH Camille Claudel/ EPSM de la Charente Lieu-Dit/EMPP/CMP/CSAPA Agora Pôle Accueil- Orientations-Addictions EMPP/PASS mobile Psychiatrie Précarité	O	Equipe Goia (convention-cadre)	Département	Convention-cadre avec une centaine de partenaires du département	File active : 508 (dont 165 nouveaux) 0,8 ETP AS+3 ETP IDE+0,2 ETP psychiatre+0,5ETP cadre Publics : 44% avec activité professionnelle ; 23% sans activité ; 16,7% étudiants ; 7% retraités
17	2	CH Marius Lacroix (EMPP La Rochelle) Secteur 2	O/N mais impossible de prendre en charge tous les publics à moyen constant et le renforcement ARS alloué pour une couverture territoire plus large n'est pas suffisant pour prendre en compte un public plus large (cf. projet IPSYDOM); équipe sur mobilisée sur les migrants, sans abris et centres d'hébergement	ND	Territoire de Santé de La Rochelle (Nord de la Charente-Maritime)	ND	File active : 670 (dont 334 nouveaux) 2,5 ETP IDE+0,3 ETP psychiatre+0,1 ETP cadre Publics : SDF, en errance, sans protection sociale
		CH Jonzac (EMPP) (équipe en construction)	ND	ND	Territoire de Santé Secteurs 6 et 7 Royan et Jonzac avec antennes	ND	ND
19	1	CH Brive (EMPP)	O, régulièrement, ainsi que dans des squats et campements (Gens du voyage)		Secteur de psychiatrie de Basse Corrèze	Equipes mobiles de gériatrie (haute, moyenne et basse Corrèze) PASS du CH Brive	File active : 501 0,2 ETP psychiatre+0,5 ETP psychologue+0,5ETP secrétaire+0,5 ETP IDE, 1 ETP éducateur spé+0,6 ETP cadre
23	1	EMPP CH La Valette St Vauray	O		Département	Equipes de secteurs psychiatriques	File active : 219 (dont 152 nouveaux) Psychiatre+0,15 ETP psychologue+ 2 ETP IDE+ 0,1 ETP AMA+ 0,1 ETP TS Publics : en précarité, avec pathologie psychiatrique avérée ou en souffrance psychique ; sans suivi ou en rupture de soins
24	2	CH Vauclaire-Montpon (EMPP) Pôle d'Hospitalisation Psychiatrique Bergeracois	O	A la demande des services sociaux	Bergerac intramuros	EMPP Périgueux	File active : 253 (129 nouveaux) 2 ETP IDE+ 1 ETP AS + 0,2 ETP psychiatre
		CH Périgueux	ND	ND	ND	ND	File active : 145 0,3 ETP psychiatre+0,3 ETP cadre+0,5 ETP psychologue+ 0,5 ETP TS+2 ETP IDE

33	3	CH C. Perrens Bordeaux Métropole	ND	ND	Bordeaux Métropole ; Volonté de couvrir les territoires déficitaires du Médoc, de l'Ouest et du Nord (terr. Ruraux)	ND	File active : 855 1 ETP psychiatre+2 ETP IDE+ 1 ETP psychologue+1 ETP secrétaire 534 permanences dans 13 lieux différents
		CH Cadillac (équipe en construction)	O/N ? ; toujours sollicités par un partenaire (mairies, CCAS, MDSI, CMP...), intervention en cas de suspicion d'atteinte psy et si personne en situation de précarité ; en cas d'absence ou de refus jusqu'à créer les conditions favorables à la possibilité d'un lien et, in fine, à amorcer une demande chez cette personne rencontrée	ND	Territoire Sud Gironde	ND	ND
		CH Garderose (Libourne) (équipe en construction)	ND	ND	Territoire Est Gironde	ND	ND
40	3	CH Dax (Côte d'Argent) /EMPP	N ?	ND	ND	ND	File active : 280 2 ETP IDE+1 ETP TS ? + 0,5 ETP psychiatre <i>non pourvu</i>
		CH Mont de Marsan/EMPP Mont de Marsan (Est)	N ?	ND	ND	ND	File active : 149 2 ETP IDE+0,1 ETP cadre+0,25 ETP psychiatre
		CH Mont de Marsan/EMPP Morcenx/Parentis (Nord)	ND	ND	ND	ND	File active : 162 1 ETP IDE+1 ETP psychologue+1 ETP TS+0,1 ETP cadre+0,25 ETP psychiatre
47	1	Centre Hospitalier Départemental La Candélie/ EMPP	N, jamais au domicile des usagers ; se déplace au sein des structures et associations partenaires	* participation aux réunions de synthèse et de réflexion d'équipe (incurie dans l'habitat, pas d'équipe spécifique à leur connaissance) * problématique prise en compte lors des prises en charge/soins dans chaque unité de soins (par exemple par notre Equipe Ambulatoire de Réadaptation Spécialisée , qui elle va à domicile	Interventions au sein de structures et associations de 2 territoires de santé /3 du département ; essentiellement sur les plus grosses agglomérations (Agenais, Villeneuvois)	Non connue PASS mobile (CH Villeneuve-sur-Lot et CH Agen-Nérac La)	File active : 177 1 ETP psychologue+2 ETP IDE
64	2	CH DES PYRENEES (EPSM – PAU - 64) EMPP	O (3 équipes pour la précarité ESPSP+Le Phare+PASS)	Non connu	Tout le territoire de Santé : EMPP : Pau et tout le territoire Béarn et Soule. PASS santé mentale : Pau et tout le territoire Béarn et Soule	Equipes mobiles des départements limitrophes Equipes mobiles des CMP Equipes des CSAPA (Addictologie)	File active : 415 ESPSP : 2 ETP IDE + 1 ETP éducatrice spécialisée Psychiatre
		EMOA Psy, EMPP du CH de la Côte Basque.	N, pas en première intention au domicile des patients ; Exceptionnellement lorsque connus pour travailler le lien et l'accès aux soins ; en lien avec TS	CMP, EMOG (équipe mobile d'orientation gérontologique), la MAIA, SDSEI, CCAS, CLIC	Biarritz Anglet Bayonne	Equipes des CMP EMOG (Equipe mobile d'orientation gérontologique)	File active : 245 0,3 ETP psychiatre+ 2 ETP IDE+0,5 ETP psychologue+0,3 ETP cadre

79	2	CH Niort EMAPP Sud de Niort	O	ND	Niort, bassin niortais. Projet d'extension sur le rural (Sud Deux-Sèvres)	ND	File active : 381 (184 nouveaux) 0,2 ETP médecin+0,3 ETP cadre+2 ETP IDE+0,25 ETP secrétaire Publics : toute personne en situation de précarité et de souffrance psychique
		CH Nord des Deux-Sèvres (EMPP en élaboration)	ND	* PASS mobile (CCAS...)		PASS mobile (CCAS...)	
86	1	CH Henri Laborit (EMPP)	Projet de financement ARS : O	ND	Département	Equipes gérontologie de Poitiers PASS de Poitiers (CHU) et Châtellerault Nombreux partenariats dont CD et FSL, CMP, bailleurs sociaux... (d'après projet CHHL de septembre 2017)	File active : 343 0,2 ETP psychiatre+0,35 ETP cadres+4,8 ETP psychologue+0,5 ETP secrétariat Pas d'IDE ?
87	1	CH Esquirol (Limoges) EMPP	O mais seulement pour des personnes connues sortant d'hospitalisation ; EMPP n'intervenant actuellement pas au domicile mais au sein d'associations caritatives, maisons-relais, résidences ADOMA... (56 conventions) sauf sur la ville de Limoges dans le cadre du protocole « Incurie » établi via le CLSM (1 TS+2 IDE de l'EMPP)	Equipes Ambulatoire de Proximité ?	Département		File active: 849 (345 nouveaux) 1 ETP psychiatre+0,3 ETP médecin+3 ETP IDE+0,3 ETP AS+0,2 ETP régulatrice

A9.8 Forces & faiblesses / initiatives & spécificités locales/leviers d'actions par département de la Nouvelle-Aquitaine

	Forces	Faiblesses	Initiatives/spécificités locales	Leviers d'actions
Commun	<p>Couverture territoriale dispositif MAIA (cas complexes-PA) (sauf 24) PTA opérationnelle ou en cours Renforcement EMPP (couverture Dpt) / PASS mobiles</p>	<p>Réseaux de coordination situations complexes : incurie à domicile (suivi long terme) et démarche d'Aller vers lors de refus/déni</p>		<p>Actions PDALHPD Actions via dispositifs/outils/instances : PTSM : portage problématique Incurie (GT et coordinateurs) PDLHI : objectifs PRAPS ; sensibilisation/mobilisation bailleurs, acteurs sanitaires médico-sociaux ; réflexions partagées incurie à domicile</p>
16	<p>Instances fortes habitat/social/sanitaire PDLHI, soutien des élus et Préfet dans la LHI/PIG dpt : repérage actif et formation des intervenants à domicile Travail en réseau répandu (social, médico-social, sanitaire) ; Veille et coordination sociale et sanitaire active (SIAO=AFUS 16) Qualité du partenariat de terrain santé mentale et logement (ex. CHCC, PASS PSY, bailleurs) ; Acteurs santé mentale mobiles et mobilisables (incurie à domicile) sur le département Nombreux acteurs mobiles Maillage étendu des MSP Diversité offre de logements accompagnés Prise en charge ambulatoire variée avec divers dispositifs hors les murs</p>	<p>Accès aux soins des publics défavorisés Démographie médicale Maillage territorial dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (Nord et Sud) Proportion des patients hospitalisés sans consentement (23% contre 7% moy. NA)</p>	<p>Opérateur (PDALHPD, PDLHI, PIG) : GIP Solidarités ; PASS membre du PDLHI Expérimentation PFIDASS (CPAM) (non-recours aux soins) Absence de CLIC (réseaux RGPA, RESPA, MDS) Dispositif MONA LISA (ADMR)</p>	<p>Actions PDALHPD : * coordination acteurs logement et accompagnement social/médico-social/sanitaire publics défavorisés avec pb. psychiques ; * développement d'offres d'habitats alternatifs et accompagnement adaptés aux personnes cumulant les problématiques (troubles psychosociaux, addictions...); prise en charge situations d'incurie (équipes mobiles OMEGA, PASS/EMPP); outils de secret partagé (lien santé/social) Actions via dispositifs/outils/instances : 5 CLS (45% communes ; 39% charentais) AVS Soyaux 1 CLSM (Angoulême-Soyaux) : prévention ; échanges bonnes pratiques</p>
17	<p>Implication sous-préfet Habitat PDLHI et problématique Incurie ; PIG dpt (repérage actif et formation des intervenants à domicile) Démarche d'Aller-vers EMPP La Rochelle et situations d'incurie à domicile Augmentation et diversification de l'offre de logements accompagnés Densité de médecins généralistes Maillage étendu des MSP Travail partenarial champs social, médico-social, logement (via CLS) Mobilisation acteurs interne ARS Activité ambulatoire psychiatrie/santé mentale bien développée ; Programmes ETP (psychose, dépression, addictions, PA) + centre de posture Addictologie régional</p>	<p>Fluidité du parcours résidentiel face aux problématiques complexes (sociale, santé, précarité...) : prise en compte cloisonnée et sectorielle (santé/social) ; Peu d'offres de prise en charge globale Délai d'intervention MAIA (territoire Nord) Mandataires judiciaires (peu par rapport à la demande) Logements sociaux (zone littorale) ; Diversification de l'offre de logements accompagnés en milieu rural</p>	<p>3 anciens SAT (DDTM) : constat habitat indigne ; R&D Indice de qualité sanitaire de l'habitat (ULR) Expérimentation (en attente) IPSYDOM (troubles du comportement/incurie à domicile => binôme psychiatre /TS) Dispositif CAPSoins 17 (prise en charge somatique des PH psychiques et vulnérables) La Rochelle (réseau ville Santé OMS) Maillage coordinateurs PPS santé mentale et prévention suicide (formation MAIA à l'orientation face à des situations d'incurie à domicile/syndrome de Diogène) ; GEOMP La Rochelle & Rochefort (instances de coordination)</p>	<p>Actions PDALHPD : * territorialisation (8 DT) des instances opérationnelles (8 DT) et instruction partagée des situations complexes ; formation des élus/techniciens EPCI à l'instruction de cas complexes Actions via dispositifs/outils/instances : 3 CLS (10% communes ; 25% pop.) : santé mentale, prise en charge souffrance psychosociale, lutte contre l'isolement 2 CLSM en projet (La Rochelle, Ile d'Oléron) AVS La Rochelle (addictions, santé mentale, accès aux soins)</p>
	Forces	Faiblesses	Initiatives/spécificités locales	Leviers d'actions

19	<p>PDLHI : Note à la DDT santé mentale et psychiatrie ; rencontre Dr Vieban</p> <p>Secteur psychiatrique/santé mentale Basse Corrèze mobilisable</p> <p>Offre de soins à domicile notamment SAAD au Sud (+ 75 ans)</p> <p>Maillage étendu des MSP</p> <p>Mobilisation acteurs interne ARS</p> <p>13 appartements thérapeutiques ; 3 équipes mobiles psychogériatrie ;</p>	<p>Articulation entre les dispositifs sanitaire, médico-social et social pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et dans le déni (accompagnement sanitaire)</p> <p>Acteurs mobiles de la psychiatrie/santé mentale difficilement mobilisables sur le dpt</p> <p>Démographie médicale en milieu rural</p> <p>Offre en logements accompagnés</p>	<p>GCS Santé mentale et handicap soutenu par l'ANAP (CH Brive, Pays Eygurande, Tulle, Ussel+ secteurs médico-sociaux) : filière addictologie</p> <p>CCAS Brive => équipe mobile Précarité Solidarité Plurielles (jeunes et PA)</p> <p>Expérimentation PAERPA (+ 75 ans) sur le dpt (--> PTA)</p> <p>Réponse accompagnée pour tous (RAPT) (PH)</p> <p>PTSM à l'échelle de l'ex-région Limousin</p>	<p>Actions PDALHPD :</p> <p>Actions via dispositifs/outils/instances :</p> <p>1 CLS (24% communes, 14% population)</p> <p>2 CLSM en projet (Brive, Ussel)</p>
23	<p>PIG dpt (repérage/ formation des intervenants à domicile) ; mobilisation Préfet pour 1 situation</p> <p>EMPP mobilisée à une reprise sur situation incurie</p> <p>Taux d'équipement le + élevé de la région pour PA et PH, médecine et psychiatrie ; 1er département pour la prise en charge à domicile des activités psychiatriques</p> <p>Tissu associatif dynamique</p>	<p>Instances PDLHI ; Pas de SCHS pour relais local LHI</p> <p>Moyens EMPP</p> <p>Démographie médicale/ consommations de soins sauf infirmiers/ manque de spécialistes/maillage MSP</p> <p>Proportion des patients hospitalisés sans consentement (12% contre 7% moy. NA)</p> <p>Moyens et implication des acteurs sociaux (DDCSPP, CCAS, CD) pour l'accompagnement des publics en situations d'incurie à domicile</p>	<p>Dispositif MONA LISA/Domo Creuse Assistance</p> <p>Territoire assez homogène, propice aux expérimentations innovantes</p> <p>Plan Santé+ 23 : 5 priorités de santé dont prévention, accès aux soins, lutte contre addictions : alcool)</p> <p>Dispositif VigilanS (suivi après tentatives de suicide)</p> <p>PTSM à l'échelle de l'ex-région Limousin</p>	<p>Actions PDALHPD : intervention multi partenariale pour accès et le maintien dans le logement, renforcement de l'accompagnement sociotechnique</p> <p>Actions via dispositifs/outils/instances :</p> <p>2 CLS (15% communes, 16% population) : addictions, isolement rural, maintien à domicile/prise en charge globale</p> <p>1 CLSM en projet (Gd Guéret)</p>
24	<p>Coopération forte entre institutions au sein du PDLHI et portage incurie /PIG dpt/CD délégataires/ COTECH élargi aux professionnels de santé mentale</p> <p>Décloisonnement des pratiques et implication EMPP dans la veille sociale/ prévention des expulsions locatives</p> <p>Mobilisation acteurs de santé mentale (EMPP) en partenariat non formalisé avec SCHS et TS incurie à domicile (mais circonscrit à Bergerac)</p> <p>Implication DDCSP dans volet santé (CLS Bergerac/Périgieux)</p> <p>Bonne couverture en hôpitaux de proximité</p> <p>Mobilisation acteurs interne ARS</p> <p>CLS comprenant 66% de la population du Dpt</p> <p>TS mobiles et impliqués dans la LHI et les situations complexes d'incurie à domicile</p> <p>Tissu associatif</p>	<p>Actions intersectorielles santé mentale</p> <p>Couverture territoriale EMPP (limitée à Bergerac et Périgieux)</p> <p>Actions intersectorielles santé mentale Gd Périgieux/CAB</p> <p>Prise en charge globale des situations complexes d'occupants</p> <p>Démographie médicale</p> <p>Est du territoire non couvert par 1 MAIA (PA)</p> <p>Mise en œuvre PTSM</p>	<p>Action Santé-Précarité Energétique (CREAQ/pavillon de la Mutualité Française)</p> <p>Expérimentation Logement d'Abord (SAFED/Croix Marine)</p> <p>Recensement des infirmiers de pratiques avancées (IPA)</p> <p>Expérimentation Gd Périgieux CASSIOPEA (risques liés à l'habitat chez les PA fragiles)</p> <p>Programme ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)</p>	<p>Actions PDALHPD : SIAO (partenariat social, médico-social) avec expérimentations innovantes pour éviter les ruptures de parcours ; consolider coordination parcours complexes : protocole EMPP + mesures accompagnement logement : ASLL/AVDL</p> <p>Actions via dispositifs/outils/instances :</p> <p>3 CLS (29% communes, 48% population)</p> <p>ASV Gd Périgieux : accès soins</p> <p>1 CLSM (CA Bergerac)</p>

Forces	Faiblesses	Initiatives/spécificités locales	Leviers d'actions
--------	------------	----------------------------------	-------------------

33	<p>Coopération forte entre institutions au sein du PDLHI et portage incurie /PIG dpt/CD délégataires ; LHI articulée avec lutte contre la PE et réhabilitation de l'habitat (PIG/SLIME : Dpt) Mobilisation des acteurs de proximité sur la prise en charge des situations d'incurie à domicile sur Bx Métropole (grâce à structures spécifiques : Plateforme Santé Vulnérabilité, équipe CORIST) = support au SCHS Offre en établissements de santé Fortes densités médicales (généralistes et spécialistes) Mobilisation acteurs interne ARS Initiative MAIA Haute Gironde : GT et guide en cours bonnes pratiques syndrome de Diogène CLS comprenant 66% de la population du Dpt 17 prog. Education Thérapeutique Patients psychiatrie/santé mentale</p>	<p>Mobilisation acteurs de santé mentale (EMPP)/veille sociale pour évaluation/accompagnement à domicile (hors Bx Métropole) = support SCHS Libourne, SIHS et DD ARS Couverture en SSIAD (PA) Taux d'équipement psychiatrie</p>	<p>Action Santé-Précarité Énergétique (CREAQ/pavillon de la Mutualité Française) Dispositif Fabriquer d'habitat (habitat alternatifs inclusifs) SLIME (LHI et PE) porté par CD sur le Dpt + Plateformes locales LHI/PE Bx Métropole et CALI (In Cité) Programme Oikéo (Logement d'Abord) porté par ARI-ASAIS dps 2012 Equipe mobile psychosociale du parc public (convention entre ARI-ASAIS et 3 bailleurs sociaux : DomoFrance, InCité, Mésolia) Obs. Girondin de la pauvreté et de la Précarité (OGPP) depuis 2009 PAERPA Bordeaux (PA) Plan Départemental Santé (CD) Bordeaux, BM et Lormont : réseaux villes Santé OMS Plateforme Santé Vulnérabilité⁵⁴ (intégré au CLS de Bordeaux) (convention CCAS/ARS) + Equipe CORIST⁵⁵ (CCAS Bordeaux)</p>	<p>Actions PDALHPD : améliorer conditions l'habitat et maintien logement : LHI, PE, expulsions locatives : situations d'incurie ; accompagnement global des occupants Actions via dispositifs/outils/instances : 5 CLS (28% communes, 66% population) 3 CLSM (CC Cœur de Médoc, Bordeaux, CC Réolais) PDLHI : partage d'informations/réflexions entre agents Habitat/Santé (SCHS, ARS) et autres secteurs représentés</p>
40	<p>PIG dpt (repérage actif et formation des intervenants à domicile) EMPP Dax mobilisable à domicile Appartement de Coordination Thérapeutique Bonne densité de médecins généralistes Dispositifs de logements accompagnés en augmentation (mais encore fortement polarisés) CLSM concernant 55% de la population/ CLS concernant 68% de la population Bon taux d'équipement Psychiatrie, places appartement thérapeutique</p>	<p>Pas de SCHS pour relais local LHI/ Mobilisation des élus Nombre d'établissements de santé Logements adaptés pour PA et PH Culture de réseaux et moyens dédiés à l'animation/dynamique des CLS</p>	<p>Expérimentation PFIDASS / Pack Santé" (CPAM/CES/PASS CH Dax) Territoires de soins numériques" 1ère PTA de la région (regroupement 3 MAIA +CTA) Réseau RESPECT (souffrance psychosociale) : coordination de réseaux d'acteurs (mais dynamique faible)</p>	<p>Actions PDALHPD : outre publics LHI visés, publics PA/PH (autonomie), personnes avec pathologies en part. psychiatriques ou souffrant d'addictions avec absence/refus de soins, majeurs protégés...1] prise en charge sanitaire publics vulnérables ex. intervention CH, PASS en structures d'hébergement (<i>pilotage ARS/DDCSPP</i>) Actions via dispositifs/outils/instances : 3 CLS (38% communes, 68% population) 2 CLSM (CC Pays Adour Landes Océan ; Mont-de-Marsan)</p>

	Forces	Faiblesses	Initiatives/spécificités locales	Leviers d'actions
--	--------	------------	----------------------------------	-------------------

54 Conçue en tant qu'observatoire des problématiques médico-psycho-sociales et comme point d'entrée de signalements visant à favoriser le repérage des personnes les plus vulnérables et à coordonner la prise en charge médicale et sociale de situations complexes

55 Coordination du Réseau des Interventions Spécifiques et Transversales (CORIST) ; composé d'une équipe de médiateur, travailleur social et psychologue allant au-devant des publics à la rue ou en difficultés dans leur logement (notamment en situations d'incurie à domicile)

47	<p>Réseaux partenariaux développés PTA opérationnelle et mobilisable lors de situations complexes à domicile Offre d'hébergement et logement adapté Répartition Equipements et services sanitaires Maillage étendu des MSP CLS concernant 74% de la population Réseaux associatifs pour situations d'incurie par SCHS Agen (mobilier, désencombrement, animaux...) Prise en charge à domicile des soins psychiatriques fortement développée</p>	<p>Implication Préfecture et justice au PDLHI EMPP difficilement mobilisables pour situations d'incurie à domicile Démographie médicale Intégration des PH Santé des pop. précaires et des jeunes Prévention des addictions</p>	<p>Action Santé-Précarité Énergétique (CREAQ/pavillon de la Mutualité Française) Conventions pluri-partenariales signées entre le CHD La Candélie et 5 CHRS</p>	<p>Actions PDALHPD : 2.1] renfort offre hébergement et logement adapté (dont sanitaire) LHSS, résidences accueils (ARS/DDCSPP); 3] optimiser l'accompagnement par ex. articulation champ social et sanitaire (souffrance psychique) ex. EMPP; CLSM; formation TS par CH; 4] adapter l'offre de logements (LHI, PE, autonomie) Actions via dispositifs/outils/instances : 5 CLS (45% communes, 74% population) : projet de couverture Dpt 3 CLSM d'ici 2022 (Marmande, Villeneuve/Lot, Agen)</p>
64	<p>PIG dpt (repérage actif et formation des intervenants à domicile) EMPP territoire de santé Béarn-Soule mobilisable à domicile (mais pas celle du territoire Navarre Côte-Basque) (renforcement EMPP prévu pour couverture territoriale)+PASS PSY Bonne démographie médicale Bon niveau d'équipement à l'interface du sanitaire et du social (personnes en difficultés) (localisée sur Pau et Bayonne) CLSM concernant 45% de la population CLS concernant 65% de la population Virage ambulatoire psychiatrie et santé mentale communautaire développé sur Béarn/Soule (CH Pau)</p>	<p>Acteurs et actions morcelés Territoire contrasté Homogénéité de l'animation territoriale Coordination acteurs prévention santé</p>	<p>3 équipes précarité (ESPSP/Le Phare/PASS) CA Pau Dr Godard (psychiatre, CH Pau) missionné par le DG ARS pour reproduire l'approche intersectorielle mise en œuvre sur Pau 2 territoires de santé (Navarre Côte-Basque/Béarn-Soule) Réseau Santé Mentale Pays Basque Biarritz : ville Santé OMS (2017)</p>	<p>Actions PDALHPD : 2.1] renfort offre hébergement et logement adapté (dont sanitaire) LHSS, résidences accueils (ARS/DDCSPP) ; 3] optimiser l'accompagnement par ex. articulation champ social et sanitaire (souffrance psychique) ex. EMPP; CLSM; formation TS par CH; 4] adapter l'offre de logements (LHI, PE, autonomie) Actions via dispositifs/outils/instances : 3 CLS (38% communes, 68% population) : projet de couverture Dpt 1 CLSM (CA Côte Basque Adour) cellule cas complexes PTA en appui des parcours complexes (convention ARS/CD)</p>
79	<p>PIG dpt (repérage actif et formation des intervenants à domicile) Exercice intersectoriel avec + 30% des médecins généralistes exerçant en MSP Intérêt pour la démocratie en santé CLS concernant 47% de la population</p>	<p>Pas de retours mairies, SIAAD situations d'incurie à domicile Insuffisance du nombre de logements adaptés (ex. ALT) Démographie médicale faible/ TS (CD) non mobiles Pas de CLSM en prévision Taux d'équipements psychiatrie Prise en charge à domicile troubles santé mentale</p>	<p>ADIL= guichet unique signalements précarité énergétique, LHI, logement et perte d'autonomie Dispositif expérimental de « repérage actif » habitat dégradé (CA du Niortais et Ville de Niort) Médiateurs santé-sociale (Niort) Expérimentation Logement d'Abord Niort Expérimentation PAERPA (+ 75 ans) sur le dpt (--> PTA)</p>	<p>Actions PDALHPD : 2] Mieux orienter et accompagner les publics : réponse coordonnée psychiatrie/social, personnel spécialisé ; renforcement liens opérateurs PDALHPD, ARS, services psychiatriques et équipes de veille sociale 4) articulation LHI/ PE et réhabilitation Actions via dispositifs/outils/instances : 3 CLS (52% communes, 48% population) : projet de couverture Dpt</p>

	Forces	Faiblesses	Initiatives/spécificités locales	Leviers d'actions
86	<p>Mobilisation Itinéraire Santé (pré-PTA) pour l'accompagnement des situations d'incurie à domicile (circonscrit à Poitiers et mobilisable par le SCHS) (cf. expérimentation 'patients complexes' -60 ans)</p> <p>Bonne couverture MSP et pôles de Santé</p> <p>Précarité et santé mentale identifiée comme priorité de 2 CLS</p> <p>Fort dynamisme partenariale impulsée par l'élaboration du PTSM</p> <p>CLSM Poitiers (situations individuelles complexes)</p>	<p>Implication Préfecture/EPCL/CD, MSA dans PDLHI (manque de moyens) + Accompagnement PO (manque d'effectifs ARS)</p> <p>Acteurs de terrain de veille sociale et logements accompagnés difficiles à identifier</p> <p>Mobilisation des acteurs de la santé mentale sur les situations d'incurie à domicile (CMP/EMPP) = hors SCHS</p> <p>Démographie médicale (psychiatres libéraux)</p> <p>TS (CD) non mobiles (hors territoire SCHS)</p>	<p>Expérimentation Un Chez Soi D'abord Poitiers (AUDACIA)</p> <p>Convention bailleurs sociaux -CHHL</p> <p>Convention partenariat multipartite en santé mentale (CHHL, UDAF, Mutualité Française, APAJH, PEP 86, Croix Rouge, AUDACIA)</p> <p>Expérimentation 'une réponse accompagnée pour tous' (PH)</p> <p>Filière "patients complexes" - 60 ans prise en charge par Itinéraire Santé --> PTA</p>	<p>Actions PDALHPD : 1) Meilleure connaissance des besoins et offre logement/accompagnement existante 2] Améliorer réponses publics situations médico-psycho-sociales (CLSM, EMPP, Un chez soi d'abord, LHSS, ACT, formation des professionnels du social, logement/hébergement par CHHL) 5] articulation LHI/PE et réhabilitation Instance Santé Sociale (incluant ARS)</p> <p>Actions via dispositifs/outils/instances</p> <p>3 CLS (17% communes, 35% population)</p> <p>2 CLSM (Poitiers, Châtelleraut)</p>
87	<p>Coopération forte entre institutions au sein du PDLHI</p> <p>Protocole partenarial CH Esquirol/SCHS/SPA incurie à domicile (circonscrit à Limoges mais extension dpt en prévision) (via CLSM)</p> <p>Pôle de recherche Psychiatrie-Gérontologie CH Esquirol: syndrome de Diogène et situations d'incurie dans le logement; évaluation et la capacité d'habiter via logement pédagogique</p> <p>Fort dynamisme partenariale impulsée par l'élaboration du PTSM : renforcement de l'intersectorialité et réorganisation des filières de soins et de l'ambulatoire : Centres de Proximité en Santé Mentale par bassin de vie (5) avec équipes ambulatoires mobiles sur l'ensemble du département : ex. EMPP, EAP</p> <p>Recours aux infirmiers libéraux</p>	<p>Implication Préfecture et justice au PDLHI/ Mobilisation des opérateurs OPAH/PIG repérage habitat indigne/insalubrité</p> <p>Dispositif de coordination CLSM et CLS couvrant uniquement Limoges ainsi que protocole partenarial incurie</p>	<p>Logement d'Abord Limoges Métropole (ARSL)</p> <p>Premier CLSM labellisé en NA (2016) : cellule « situations individuelles complexes » : GT incurie</p> <p>Plateforme collaborative de Monts et Barrages (PAPH)</p> <p>Absence de CLIC, portage MDD (CD)</p> <p>Programme Mona Lisa</p>	<p>Actions PDALHPD: 1] Consolider veille sociale par sanitaire (convention CHU/CHS/ CD) ; 2] optimiser parcours résidentiel: diversification de l'offre accompagnée dvp. ALT, maisons relais, projet 10 000 logements, LHSS, AVDL.4] LHI et PE</p> <p>Actions via dispositifs/outils/instances :</p> <p>1 CLS Limoges</p> <p>1 CLSM Limoges : extension protocole Incurie au Dpt</p>

BM : Bordeaux Métropole ; CHHL : CH Henry Laborie (86), PA : Personnes Agées ; PH : Personnes en situation de handicap ; PAERPA : dispositif parcours santé des aînés (75 ans et +) ; RAPT (démarche) : Relayée par les MDPH, elle vise à renforcer l'accompagnement global et l'inclusion des personnes en situation de handicap ; Vigilans : dispositif de prévention du suicide

Légende des codes couleur

Habitat/Santé

Partenariat intersectoriel logement

Equipes mobiles/réseaux Santé Mentale

Actions précarité/santé

Maillage et démographie sanitaire/médoco-sociale/social (logement)

Dynamique locale d'acteurs Actions santé (instances de concertation CLS, CLSM, programmes)

Offre de soins et actions/approches psychiatrie

Annexe 10 Eléments de plaidoyer pour une meilleure prise en charge des occupants en situations d'incurie dans l'habitat

L'incurie dans l'habitat, quelle que soit sa forme, est reconnue internationalement comme une problématique complexe, aux multiples facettes, aux frontières de la psychopathologie et du mode de vie, du trouble privé et des conséquences sur la communauté. Les débats sur la légitimité des différents acteurs à intervenir dans ces situations, en l'absence de demande, sont au cœur des interrogations éthiques.

Pourtant des preuves de plus en plus évidentes d'atteintes exécutives chez les personnes en situations d'incurie dans l'habitat et de vulnérabilité, ne rendraient plus acceptable le fait d'invoquer le respect du droit à l'autonomie pour excuser une inaction. Par ailleurs, la non-demande, refus ou déni sont des conséquences bien connues de troubles psychiques sévères non traités (ex. schizophrénie) ou encore de la clinique psycho-sociale (syndrome d'auto-exclusion) et des équipes spécialisées dans les approches d'Aller-vers (ex. EMPP), témoignant d'une souffrance psychique évoluant vers une inhibition de la pensée et des émotions conjointe à une anesthésie partielle du corps. Si les connaissances médicales restent encore insuffisantes, la prise en compte de la recherche médicale, de l'évolution de la classification OMS des troubles psychiques, des pratiques internationales et des équipes dédiées ayant développées des approches innovantes pour l'accompagnement des occupants offrent des perspectives d'amélioration de la prise en charge, généralisables notamment pour les situations les plus complexes d'accumulation active (syllomanie) ainsi que des outils d'orientation pour aider à la prise de décision d'une hospitalisation ou d'une intervention coercitive.

En outre, sachant que les facteurs de risque engendrant ou précipitant ces situations seraient entre autres liés à l'isolement social, à des traumatiques ou deuils, à des troubles psychiques ou cognitifs et à l'heure où la volonté d'une société plus inclusive est affichée, il s'avèrerait nécessaire de mieux prendre en compte les difficultés de ces occupants passant par une prise de conscience partagée d'une responsabilité sociétale à agir.

De plus, le repérage tardif du fait de l'« invisibilité » de la situation des occupants, cumulé au fait d'attendre une situation d'urgence vitale pour intervenir ne ferait qu'aggraver le pronostic clinique de ces personnes et précipiter une hospitalisation sans consentement.

La condition légitime actuelle pour intervenir au domicile en l'absence de demande est que la personne soit dans un logement présentant un danger imminent pour sa santé, sa sécurité et celle du voisinage relevant des responsabilités des agents Habitat/Santé en DD ARS et SCHS (sous l'autorité du Préfet et/ou du maire).

L'ampleur de l'accumulation d'objets, de déchets voire de nourriture en décomposition et d'excréments humains et/ou d'animaux, de la prolifération de nuisibles (vermines, rongeurs, insectes...) est souvent telle qu'elle rend impossible ou difficile la circulation dans le logement avec une perte de fonctionnalité plus ou moins importante du domicile (pièces de

vie, sanitaires, mobilier (y compris literie), appareils ménagers....) et expose l'occupant à des risques infectieux, toxiques, allergiques... et physiques (électrocution, brûlures, incendie, chutes..) pouvant conduire au décès. Les acteurs Habitat/Santé sont les premiers compétents pour évaluer les risques sanitaires liés à l'habitat/l'environnement intérieur et pour mettre en œuvre les procédures permettant d'y remédier. Cependant, les leviers dont ils disposent (procédure d'urgence L1311-4) ne sont pas efficaces voire risqués pour la santé de l'occupant, en l'absence d'évaluation médicale (et psychiatrique) et sociale étayée et d'accompagnement de l'occupant adaptée sur la durée.

Une évaluation multidimensionnelle étayée de la personne le plus en amont possible ainsi qu'une prise en charge multi partenariale adaptée s'avère donc essentielle. Les acteurs Habitat/Santé sont actuellement en première ligne sur ces situations et sous la contrainte de l'autorité sociale alors que le risque sanitaire est parfois davantage dû à la négligence corporelle et l'absence de recours au soin de l'occupant que de son environnement. L'environnement n'est qu'un facteur aggravant. L'évaluation préalable de l'état de santé psychique et somatique de la personne doit être central à la prise de décision et sa volonté prise en compte au regard de son histoire de vie et de l'appréciation de ses capacités à se mobiliser, supporter une intervention. Il s'avère donc essentiel de pouvoir mobiliser des professionnels de santé et du champ social en capacité d'intervenir à domicile et connaissant l'histoire de vie de la personne.

Plusieurs facteurs facilitant une approche partenariale en Nouvelle-Aquitaine pour une prise en charge adaptée des occupants en situations d'incurie dans l'habitat peuvent être considérés :

- Le renforcement des **EMPP/PASS mobiles** pour une couverture départementale et le virage ambulatoire de la psychiatrie et santé mentale (ex. CMP renforcé avec équipes mobiles de proximité)
- Le **déploiement des PTA** sur l'ensemble des départements, ayant une connaissance fine de l'ensemble des structures et acteurs du territoire, les outils collaboratifs adaptés et étant susceptibles de coordonner les intervenants et de prendre en charge les situations complexes s'apparentant aux occupants en situations d'incurie dans l'habitat entrant dans le cahier des charges des missions PTA. Une réflexion partenariale avec le Conseil Départemental et la DOSA (échelon régional) et équivalents départementaux en interne ARS ainsi qu'auprès du CRSA pourrait permettre de mieux prendre en compte les personnes en situations d'incurie dans l'habitat, notamment dans le contexte de vieillissement des personnes isolées.

- Le renforcement de la couverture départementale des **CLS et CLSM**, instances locales de coordination permettant l'émergence d'actions transversales « santé mentale et logement/habitat »
- L'existence de **maisons pluridisciplinaires de santé (MPS)** sur l'ensemble des départements porteuses d'actions innovantes, d'outils de partage de données et de projets intégrés de santé répondant aux besoins locaux de la population
- L'existence de modèles de réseaux d'acteurs transposables sur les départements : l'**expérimentation IPSYDOM (17)**, s'appuyant notamment sur une équipe EMPP existante et la PTA, et le **protocole partenarial entre la ville de Limoges, le CH Esquirol et la SPA de la Haute-Vienne** en coopération avec les équipes de proximité du CD extensible au département (87)
- L'existence d'une **unité de recherche et développement en neuropsychiatrie et gérontologie (CH Esquirol)** travaillant sur le syndrome de Diogène et les situations d'incurie dans l'habitat et ayant élaboré un outil d'aide à la décision d'hospitalisation pour les équipes médico-sociales basé sur une évaluation multi-dimensionnelle
- L'**initiative de la MAIA de la Haute-Gironde** dans l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques pour mieux accompagner les personnes en situation d'incurie dans l'habitat en présentant les caractéristiques d'un syndrome de Diogène
- Des **équipes psycho-sociales de proximité** mises en place dans le cadre du programme 'Logement d'Abord' et/ou des initiatives bailleurs-établissements de santé mentale

Les structures/ acteurs suivants devraient être identifiés et mobilisés à l'échelle territoriale pertinente :

- Équipes spécialisées dans les approches d'« Aller vers » permettant d'établir une relation avec l'occupant et d'apporter un étayage sur l'état somatique et psychique de l'occupant (type EMPP/PASS mobile) et/ou équipes à dominante sociale mobiles (avec compétences en santé mentale et somatique: infirmiers) ; médiateurs de santé (volet PRAPS).
- Équipes permettant une veille sur l'occupant : En l'absence de familles, proches mobilisables, les acteurs de proximité mobiles tels que les travailleurs sociaux des MDS, CCAS, associations d'insertion (par le logement), acteurs des dispositifs MonaLisa, les acteurs Habitat/Santé en SCHS, infirmiers, médecins traitants, EMPP et les maires peuvent avoir plus de facilité à instaurer un lien avec l'occupant.
- Mobilisation et mobilité des travailleurs sociaux et mandataires judiciaires (CD, CCAS, UDAF...)

- Equipes de coordination de l'accompagnement (gestionnaires de cas MAIA, MDPH), équipes d'accompagnement au maintien dans le logement (associations agréées pour les mesures ASLL, AVDL ou SAMSAH/SAVS/SAAD dépendant du CD)
- Acteurs compétents et mobiles pour l'évaluation des risques sanitaires et sécuritaires liés au logement (SCHS ou DD ARS)
- Acteurs pour l'aide au désencombrement (associations, entreprises spécialisées) ; à la garde des animaux ; au ré-ameublement
- Appui d'acteurs politiques convaincus de la vulnérabilité des personnes concernées et de la nécessité d'un travail collectif avec une volonté de faire évoluer les pratiques au service d'une meilleure inclusion des personnes
- Structures proposant des solutions de logements accompagnés (maisons-relais, Accompagnement Logement Temporaire (ALT), intermédiation locative (IML), habitats inclusifs...)

MARTY	Florence	18/12/2018
Mastère Spécialisé® IMR-SET Promotion 2017-2018		
Construction de réseaux de prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : recherche d'optimisation à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine		
Lieu de stage : Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, Direction Santé Publique, Pôle Santé Environnement (site de Poitiers)		
<p>Résumé :</p> <p>La question du logement ou de l'habitat, par ses caractéristiques physiques et économiques, est au cœur des politiques nationales de cohésion sociale, de lutte contre l'habitat indigne, de transition énergétique, de santé mentale et d'autonomie (face aux situations de handicap et au vieillissement). Par ailleurs, la Stratégie Nationale de Santé vient conforter la place de l'habitat en tant que déterminant majeur de la santé et enjeu de la réduction des inégalités de santé.</p> <p>Le Plan Régional de Santé 2 nouvellement adopté en Nouvelle-Aquitaine, le PRS 2018-28 et son volet transversal ciblant les populations défavorisées, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023 viennent inscrire la question du logement et en particulier des liens entre logements dégradés et santé (mentale) parmi les priorités d'actions. En parallèle, l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) en cours sur le territoire néo aquitain vise à amplifier le virage ambulatoire de la psychiatrie et institue le logement au cœur du rétablissement en santé mentale.</p> <p>Parmi les difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs Habitat/Santé en DD ARS et SCHS, celles des occupants en situation d'incurie dans l'habitat souvent associées à des troubles de santé mentale questionnent et mobilisent de nombreux acteurs sans qu'une réponse satisfaisante ne soit mise en œuvre. Les leviers coercitifs dont disposent les acteurs Habitat/Santé sont peu efficaces voire dangereux (risque de suicide) en l'absence d'un accompagnement médico-psycho-social adapté. Par ailleurs, le manque de connaissance médicale, d'outils d'évaluation et d'aide à la décision pertinents, le cloisonnement et l'inadaptation des prises en charge constituent quelques-uns des principaux freins à une intervention. A travers l'analyse de la littérature, de la construction et des pratiques (de réseaux) d'acteurs spécifiques mises en place à l'international, en France et en Nouvelle-Aquitaine, cette étude montre qu'une prise en charge équitable sur les territoires est possible mais aussi nécessaire à l'aune de la volonté affichée d'une société plus inclusive. Cette étude propose ainsi des leviers d'actions, modèles et modalités d'intervention, structures/acteurs à rechercher ainsi que des éléments de plaidoyer pour une meilleure prise en compte des occupants en situation d'incurie à domicile et une mise en œuvre cohérente en Nouvelle-Aquitaine. Une mutualisation et une articulation des besoins des acteurs, des pratiques à domicile et des plans/dispositifs/outils déployés autour de la question de l'habitat dégradé/logement et de la santé mentale des occupants en Nouvelle-Aquitaine permettrait une prise en charge partenariale plus adaptée des occupants en situation d'incurie dans l'habitat et plus largement, des occupants de logements dégradés.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Lutte contre l'Habitat Indigne, Santé mentale, Incurie dans l'habitat, Syndrome de Diogène, réseaux d'acteurs, Nouvelle-Aquitaine</p>		
<i>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.</i>		