



**EHESP**

---

**Ingénieur d'Etudes Sanitaires**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

**Structurer le parcours de santé des  
franciliens vivant en situation  
d'habitat indigne**

---

**Rémy HAMAI**



---

# Remerciements

---

Je voudrais adresser mes sincères remerciements à :

Delphine Girard, ingénieur du génie sanitaire à la délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, pour avoir accepté que je réalise mon stage d'élève ingénieur d'études sanitaires sur le sujet que je lui avais proposé ;

Véronique Daubas-Letourneux, référente pédagogique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour son suivi et ses précieux conseils ;

Alexandra Desplas, responsable du service de l'habitat et de la rénovation urbaine à la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), unité territoriale de Seine-Saint-Denis, pour le temps qu'elle m'a accordé ;

Boa Hoa Dang, pilote de la MAIA nord de Seine-Saint-Denis pour sa disponibilité et son intérêt pour le sujet ;

Marie Pastor, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires, à la direction de la prévention et de l'action sociale du conseil départementale de Seine-Saint-Denis pour l'échange que nous avons eu ;

Nathalie Victor et les agents du Service Communal d'Hygiène et de Santé de Bagnolet pour l'échange que nous avons eu ;

Stéphane Fernandez du Service Communal d'Hygiène et de Santé d'Aubervilliers et Rabha Rahmani, coordinatrice du CLSM d'Aubervilliers, pour l'échange que nous avons eu ;

Muriel Sallendre, directrice hygiène/santé à la direction générale des services techniques d'Epinaux-Sur-Seine pour son partage de connaissances ;

Leslie Balafre, directrice de l'association Habitat Santé Développement pour le temps qu'elle m'a accordé ;

Docteur Rémi Laporte, coordinateur de la PASS de l'hôpital Nord de Marseille pour les échanges que nous avons eus ;

Julie Jan et Carla Alendouro Silva, du département santé environnement de la direction de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France pour m'avoir fait part des attentes actuelles de l'agence en matière de lutte contre l'habitat indigne ;

Barbara Bertini, coordinatrice des PASS d'Ile-de-France à la direction de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France pour l'échange que nous avons eu ;

La Fondation Abbé Pierre pour l'échange que nous avons eu ;

L'Association des Familles Victimes du saturnisme pour m'avoir fait part de son expertise ;

Merci tout particulièrement à Sébastien Morel pour son soutien quotidien.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	5
1 Raisons qui motivent une intervention prenant en compte la santé globale des personnes en situation d’habitat indigne.....	7
1.1 Une nouvelle approche : un habitat favorable à la santé .....	7
1.2 La vision des parlementaires et sociétés savantes.....	8
1.3 Du sens aussi pour les agents LHI de l’ARS .....	9
1.4 Dans les autres pays européens .....	9
2 Parcours de santé actuel des franciliens en situation d’habitat indigne.....	10
2.1 Parcours de santé généraliste des personnes en situation d’habitat indigne .....	10
2.2 Parcours de santé des personnes avec problématiques de santé mentale et en situation d’habitat indigne .....	15
2.3 Parcours de santé des personnes âgées en perte d’autonomie et en situation d’habitat indigne.....	21
2.4 Parcours de santé des enfants atteints du saturnisme .....	22
3 Proposition d’actions pour structurer le parcours de santé des personnes en situation d’habitat indigne en Seine-Saint-Denis.....	23
3.1 Priorisation des actions à mener par l’ARS .....	23
3.2 Présentation du travail mené et des actions à engager aux services de l’ARS ..	24
3.3 Limites du travail, difficultés rencontrées.....	24
Conclusion .....	25
Bibliographie .....	26
Liste des annexes .....	29



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADIL : Agence Départementale d'Information sur le Logement  
ADPA : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie  
ANAH : Agence nationale pour l'habitat  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CLS : Contrat Local de Santé  
CLSM : Contrat Local de Santé Mentale  
CMEI : Conseillé Médical en Environnement Intérieur  
CMP : Centre Médico Psychologique  
CMS : Centre Municipal de Santé  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé  
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination  
DO : Déclaration Obligatoire  
DRIP : Diagnostic de Risque d'Intoxication au Plomb,  
EMPG : Equipe Mobile Géronto Psychiatrique  
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
LHI : Lutte contre l'Habitat Indigne  
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PFIDASS : Plateforme d'Intervention pour l'Accès aux Soins et à la Santé  
PPPI : Parc Privé Potentiellement Indigne  
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins  
PRS : Projet Régional de Santé  
PMI : Protection Maternelle Infantile  
RESAD : Réseau ou Réunion d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté  
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé  
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile





## Introduction

La lutte contre l'habitat indigne (LHI) constitue une priorité gouvernementale depuis 2008, réaffirmée par la circulaire Belloubet-Denormandie<sup>1</sup> du 8 février 2019, relative au renforcement et à la coordination de la lutte contre l'habitat indigne.

L'habitat indigne est une notion juridique précisée par la loi MoLLE<sup>2</sup> du 25 mars 2009 :

« *Constituent un habitat indigne :*

- *les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage,*
- *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 ».*

### **L'Île-de-France, une région très concernée par l'habitat indigne**

En Île-de-France, l'habitat indigne est un véritable enjeu : 157 300 logements privés seraient potentiellement indignes dans la région, soit un peu plus de 4 % de l'ensemble des résidences principales privées [1]. Au sein de la région, les réalités sont disparates entre des départements qui possèdent des formes d'habitat indigne en proportions différentes. Une cartographie du parc privé potentiellement indigne (PPPI) est disponible en annexe 1. En volume, l'habitat indigne concerne les grandes villes, dont les centres urbains anciens concentrent les problématiques, mais les petites communes plus rurales de la grande couronne francilienne sont également concernées, avec une part de propriétaires occupants plus importante.

A l'échelle de la Métropole du Grand Paris, les données les plus récentes indiquent que 127 388 logements feraient partie du PPPI (source FILOCOM/PPPI 2013). Le département le plus touché en Île-de-France est celui de Paris, qui compte le plus de logements privés potentiellement indignes (61 000 en 2013, près de 40 % du PPPI régional<sup>3</sup>). Après Paris, la Seine-Saint-Denis est le département le plus lourdement impacté au niveau régional, mais aussi bien identifié au niveau national pour son fort PPPI de 7,5%, prenant des formes multiples comme des copropriétés dégradées, en difficulté, des locaux impropres à l'habitation, de l'habitat précaire, des divisions abusives de pavillons, etc. Il est à noter une disparité territoriale est-ouest pour ce département. Le PPPI des résidences principales privées est supérieur à 10% dans 10 des 40 communes du département, toutes situées au nord-ouest du département, limitrophes de Paris. Le taux de PPPI atteint 20% ou plus à Saint-Denis, Aubervilliers, et Saint-Ouen [1].

---

<sup>1</sup> Signée conjointement par les ministres de la Justice et de la Cohésion des Territoires

<sup>2</sup> Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

<sup>3</sup> Chiffres à prendre avec prudence compte tenu de la fragilité du calcul du PPPI dans cette ville au parc très ancien

L'habitat indigne en Île-de-France est nourri par un marché immobilier en tension croissante et une concentration des situations de grande précarité, sur un territoire à forte densité de population et avec une urbanisation intense et ancienne. Les populations précaires n'ont pas d'autre choix que de se loger dans un habitat dégradé. L'offre en logement social n'est pas suffisante pour répondre à la masse des demandes des populations à revenus modestes, contraintes de se loger dans le parc privé [2].

L'habitat indigne regroupe toutes les situations où l'état des locaux expose leurs occupants à des risques pour leur santé ou leur sécurité (situation de péril<sup>4</sup>, situation d'insalubrité<sup>5</sup>, locaux où le plomb est accessible<sup>6</sup> et cause le saturnisme). Le traitement de ces situations relève des pouvoirs de police du maire ou du préfet, selon la nature des désordres constatés (voir annexe 2). Aussi, l'habitat indigne ne recouvre pas les situations plus mineures d'infractions au Règlement Sanitaire Départemental (RSD), ainsi que de non décence<sup>7</sup>.

### **L'habitat indigne a des effets sanitaires et est source d'inégalités de santé**

L'habitat est un déterminant majeur, bien documenté, de la santé des populations. Il est montré qu'un habitat indigne, d'une part, et une amélioration de l'habitat et de son cadre de vie, d'autre part, ont sur la santé physique, mentale et sociale des effets directs et indirects [3]. Les conséquences sanitaires du mal-logement sont multiples : problèmes broncho-pulmonaires, pathologies allergiques et respiratoires, maladies cardio-vasculaires, arthrites, dépressions, accidents tels que l'électrification, les brûlures, l'électrocution et les incendies, etc. En Europe, on estime qu'environ 15 % de survenue d'asthme infantile est imputable à l'humidité intérieure, ce qui représente 103 décès annuels potentiellement évitables [4].

Comme l'indique le Plan Régional Santé Environnement 3<sup>8</sup> d'Île-de-France, l'habitat indigne est ainsi l'un des vecteurs les plus puissants d'inégalités de santé dans la région, en raison des pathologies aiguës et chroniques qu'il engendre.

### **Une LHI qui ne s'attache pas assez à l'amélioration de la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne**

Aussi la LHI est mobilisée sur des procédures administratives complexes et contraignantes d'un point de vue technique et juridique, faisant intervenir de nombreux

---

<sup>4</sup> Articles L511-1 à L511-7 du code de la construction et de l'habitation

<sup>5</sup> Articles L1331-22 à L1331-31 du code de la santé publique

<sup>6</sup> Procédure d'urgence des articles L.1334-1 et L.1334-2 du code de la santé publique au titre de la lutte contre le saturnisme infantile

<sup>7</sup> Au sens du décret du 30 janvier 2002, situation qui relève des relations contractuelles entre bailleur et locataire. L'habitat non décent se caractérise par un manque d'éléments de confort et/ou d'entretien.

<sup>8</sup> Plan régional santé environnement 2017-2021 (PRSE3) : déclinaison régionale du 3ème volet du plan national, piloté conjointement par la Préfecture de la région Ile-de-France (DRIEE) et par l'ARS Île-de-France.

partenaires. L'ARS est l'un des acteurs principaux de la LHI, puisqu'elle traite pour le compte du préfet les situations d'insalubrité, qui occasionnent un risque pour la santé, et les locaux où le plomb est accessible, engendrant un risque de saturnisme, en plus de participer à l'animation du réseau d'acteurs de la LHI.

Il est apparu dans les réflexions de l'ARS Île-de-France ces dernières années que la place accordée à la santé dans le traitement de l'habitat indigne se cantonne trop souvent à l'appréciation des risques pour la santé et la sécurité induits par les locaux en question, tant les tâches administratives et complexes sont nombreuses pour mener à bien les procédures et que le nombre de situations à traiter est important et déborde les agents rapidement. Le traitement de l'habitat indigne gagnerait à ce que la santé globale, comme définie par l'OMS<sup>9</sup>, des personnes habitant dans les locaux indignes soit prise en compte et investiguée, au-delà du traitement du bâti. Il apparaît indispensable de prendre en compte les besoins spécifiques en santé des occupants en situation d'habitat indigne et de ne pas se limiter au fait que les procédures réglementaires très longues aboutiront à un gain pour la santé via des travaux dans le logement qui mettront fin aux expositions, ou via un relogement.

Par ailleurs, cela concorderait avec la nécessité d'une approche plus globale de la santé privilégiant davantage la prévention, la promotion de la santé, comme affichée par la Stratégie nationale de santé 2018-2022, et le plan Ma santé 2022.

Fin 2019, la LHI est devenue l'un des chantiers stratégiques porté au Copil stratégique de l'ARS Île-de-France. Dans un contexte de refondation de la réglementation et de réorganisation de la multitude d'acteurs de l'Etat intervenant sur cette problématique, qui seront spécifiées dans des ordonnances du gouvernement issues de la loi ELAN<sup>10</sup> au cours des prochains mois, l'ARS Île-de-France a identifié l'enjeu de réaffirmer sa place en tant qu'un des acteurs principaux de la LHI. Développer un traitement de l'habitat indigne qui intègre pleinement l'amélioration de la santé globale des occupants, serait donc approprié pour réaffirmer cette place, qu'elle tient du fait de ses missions relatives aux politiques de santé.

### **Le besoin de structurer le parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne**

Au fond, agir sur la santé des personnes en situation d'habitat indigne et pas seulement sur le bâti dans le traitement de l'habitat indigne nécessite de décloisonner les interventions relevant des champs de la protection des populations (dont font partie les

---

<sup>9</sup> <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

<sup>10</sup> Loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique

inspecteurs de salubrité<sup>11</sup>), de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social, c'est-à-dire structurer un parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne. La loi de modernisation de notre système de santé<sup>12</sup> donne une définition des parcours de santé : « *ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale* ».

Le Ministère des solidarités et de la santé précise<sup>13</sup> : « *Concrètement, cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé* ».

Aussi, rappelons que d'une part les ARS ont dans leurs missions la structuration des parcours de santé sur les territoires, et d'autre part, en matière d'habitat indigne, participent à l'animation du réseau d'acteurs de la LHI, action très visible en Île-de-France avec son implication dans des Plans Départementaux de Lutte Contre l'Habitat Indigne.

Dans ce cadre, **mon travail à la délégation départementale de Seine-Saint-Denis de l'ARS Ile-de-France, vise à proposer des actions pour une intervention coordonnée et concertée des professionnels du social, de la santé et de la LHI autour de la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne.** Du fait de la compétence de l'ARS sur les situations d'insalubrité et de plomb accessible, **la réflexion porte sur le parcours de santé des personnes vivant dans un habitat insalubre et/ou ayant du plomb accessible**, et ne s'attache donc pas aux situations de péril. Le champ de ma réflexion est circonscrit au territoire de la Seine-Saint-Denis. **L'analyse, tout en tenant compte des spécificités de ce territoire (HI, acteurs LHI), vise aussi à produire des enseignements utiles pour les autres départements d'Ile-de-France.**

Cela m'a conduit à interroger les **raisons qui motivent une intervention prenant en compte la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne (I)**, à étudier le **parcours de santé actuel des franciliens en situation d'habitat indigne (II)**, et enfin à faire une **proposition d'actions pour structurer le parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne en Seine-Saint-Denis (III).**

---

<sup>11</sup> Les techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire des ARS en sont. Ils agissent avec une démarche protection des populations, très encadrée par la réglementation.

<sup>12</sup> Article 1er de la Loi modernisation de notre système de santé modifiant article L. 1411-1 du code de la santé publique

<sup>13</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

## Méthodologie

Le travail a débuté par un temps de recueil d'informations au moyen :

- de **recherches bibliographiques**,
- de **17 entretiens semi-directifs** avec des acteurs de Seine-Saint-Denis, mais aussi nationaux (voir la liste des acteurs rencontrés en annexe 3). Une grille d'entretien (en annexe 4) a été construite pour mener à bien ces derniers.
- d'une **analyse des CLS de 3<sup>ème</sup> génération de Seine-Saint-Denis** sous un angle habitat et santé (20 CLS étudiés sur les 22 signés pour 2018-2022 ou 2019-2022).
- de **cartographies réalisées lors du stage avec un logiciel de SIG (QGIS 3.10)**, utilisant des données de l'ARS-DD93 et des éléments issus de l'analyse des CLS.

Toutes les informations recueillies ont été recoupées, organisées et restituées dans un **document nommé « état des lieux complet »** (présent en annexe 6). Ce document détaille le parcours de santé actuel des personnes en situation d'habitat indigne, avec un aspect didactique sur des dispositifs d'offre de soins, des missions d'acteurs du médico-social ou du médical, afin que les agents LHI de l'ARS Ile-de-France, peu familiers de ces sujets, puissent s'approprier les réflexions du stage. Ce document restitue aussi des initiatives d'autres ARS sur le sujet.

A partir des constats effectués, des actions à engager pour mieux coordonner et concerter les acteurs du social, de la santé et de la LHI ont été dressées (voir l'annexe 8).

Enfin le **travail a été présenté aux agents du service santé environnement de l'ARS-DD93, ainsi qu'à la direction de la santé publique** (siège) de l'ARS Ile-de-France. Tous les agents ont souligné le travail conséquent qui a été mené et le décloisonnement avec les thématiques offre de soins, autonomie, et promotion et prévention de la santé occasionné. Les remarques et commentaires des agents n'ont fait l'objet que de très peu de modifications sur les constats dressés et les actions à engager issus du travail.

Pour présenter les constats et actions à engager aux agents de l'ARS Ile-de-France d'une façon la plus abordable possible, face aux nombreux acteurs du social, de la santé et de la LHI et face à l'étendue des champs qu'impliquent les parcours de santé, **un document synthétique, visuel, basé sur des schémas faisant apparaître la dimension de coordination des acteurs a été produit** (voir l'annexe 7).

Compte tenu de leur nombre sur le territoire et des spécificités – des personnes avec problématiques de santé mentale (1), des personnes âgées en perte d'autonomie (2), des enfants atteints de saturnisme (3) –, en plus d'un parcours de santé généraliste d'une personne en situation d'habitat indigne, le travail a développé une réflexion sur un parcours de santé adapté pour chacun des trois cas énumérés.

En annexe 5 se trouve le calendrier de déroulement du travail.



## **1 Raisons qui motivent une intervention prenant en compte la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne**

La prise de conscience des effets sanitaires de l'habitat est ancienne. L'assainissement des locaux insalubres faisait l'objet en 1850 d'une première loi, en réponse à la masse de décès d'ouvriers contraints à la misère. Au XXème siècle, il est accordé une plus grande importance encore à l'hygiène de l'habitat par la loi de 1902 sur l'hygiène publique, qui crée le Règlement Sanitaire Municipal, qui deviendra par la suite le Règlement Sanitaire Départemental (RSD), encore appliqué aujourd'hui. En 2002, la politique de LHI a été relancée par la création d'un pôle national de lutte contre l'habitat indigne. Ainsi la LHI est héritière du courant hygiéniste, née au XIXème siècle, s'attachant principalement aux problématiques de risques infectieux, et n'a pas changé de modèle [5]. Elle reste portée de façon conjointe par les communes et l'Etat.

### **1.1 Une nouvelle approche : un habitat favorable à la santé**

On assiste aujourd'hui à une **volonté des autorités sanitaires nationales d'aborder la problématique habitat et santé avec une nouvelle approche**. Dans sa saisine du 21 avril 2018 du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), la Direction Générale de la Santé demandait à ce dernier d'établir un document de référence sur les caractéristiques d'un **habitat favorable à la santé**, « *tenant compte des profils des occupants (couples avec enfants, personnes âgées, handicapées, ...)* ».

Dans sa première réponse à la saisine, prenant la forme du rapport du 31 janvier 2019<sup>14</sup>, le HCSP fait le constat que les différents documents d'expertise qui font ressource sur la thématique habitat et santé avaient tous des approches centrées sur les effets négatifs sur la santé de l'habitat. Le rapport met en avant le besoin d'un retour à une vision positive : matérialiser un environnement résidentiel et son habitat comme favorable à la santé par l'absence de pollutions ou de désordres. Il entend qu'un facteur est favorable à la santé s'il permet de maximiser les effets positifs ou en tout cas s'il minimise les effets négatifs. Il s'agit là pour le HCSP de promouvoir une approche globale des facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé, ce qui s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé.

Un changement d'approche nécessaire, souhaité par les autorités sanitaires, se justifie aussi par les enjeux actuels : l'allongement de la durée de vie et le développement des pathologies chroniques induisent de faire évoluer les logements pour les rendre plus faciles à adapter à la problématique de la dépendance physique. Le changement climatique induit quant à lui de renforcer la maîtrise énergétique des logements sans que le renouvellement de l'air intérieur ne soit altéré, etc.

---

<sup>14</sup> HCSP (2019) - Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé, État des lieux des connaissances et recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain

Dans sa seconde réponse à la saisine de la DGS, prenant la forme du rapport du 24 février 2020<sup>15</sup> et de la grille Domiscore, le HCSP discute de la faisabilité d'un outil visant à caractériser un habitat selon son impact plus ou moins favorable sur la santé et pouvant être utilisé par une multitude d'acteurs, experts ou non de l'habitat. La grille proposée, appelée Domiscore, outil innovant et de repérage applicable à tous les habitats, se place bien dans une optique de promotion de la santé plus large que l'approche qui qualifie les seuls risques d'un habitat sur la santé. La grille contient des items qui caractérisent le logement, mais aussi son environnement proche (exemple : aération, ventilation, pollution atmosphérique, qualité des sols extérieurs, nuisances sonores extérieures et intérieures, isolation thermique, présence de transports à proximité, espaces verts).

Il est à préciser que la saisine de la DGS intervient suite à la loi ELAN, qui vise notamment à « *augmenter la disponibilité de logements sains et de qualité* ».

**Ainsi, l'objectif du travail qui m'a été confié à l'ARS-DD93, qui vise à plus avoir une action sur la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne, est en accord avec les impulsions nationales prônant une approche par la promotion de la santé pour l'hygiène de l'habitat.** Cependant, l'outil Domiscore ne pourra pas être mis à profit pour cet objectif, il ne permet pas de coordonner et concerter différents acteurs, de structurer le parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne. D'ailleurs, il n'a pas été conçu en soit pour les situations d'insalubrité, de péril ou de plomb accessible, où le risque doit être géré et où l'approche positive d'un habitat favorable à la santé n'a pas vraiment de sens. Pour ces situations, le HCSP précise que la grille pourra les repérer et qu'un signalement à l'autorité compétente (Maire, ARS) devra être réalisé.

## 1.2 La vision des parlementaires et sociétés savantes

Le rapport du HCSP du 24 février 2020 indique qu'il s'inscrit en cohérence avec les propositions du rapport parlementaire d'octobre 2019 réalisé par le Député Guillaume Vuilletet [6]. Dans ce rapport, le député constate que la santé des personnes en situation d'habitat indigne n'est pas assez prise en compte : « *des procédures dont les prescriptions relèvent de l'interdiction d'habiter ou de la réalisation de travaux (soit un traitement du bâtiment lui-même et non un traitement médical de l'occupant)* » ; « *la nécessité de prendre en compte la santé globale de l'occupant* » ; « *créer les passerelles entre le monde de la santé et les collectivités, notamment en matière de prévention, de signalement et de suivi des situations médico-sociales infantiles et des personnes présentant des troubles comportementaux* ». Le Député relève bien l'enjeu de la coordination entre les acteurs du social, de la santé et de la LHI.

De même, en 2019, réagissant dans un communiqué de presse [7], en perspective des modifications de la réglementation sur l'habitat indigne générées par la loi ELAN, les

---

<sup>15</sup> HCSP (2020) - Élaboration d'un outil de caractérisation d'un habitat du point de vue de la santé – « Domiscore », Rapport de faisabilité



sociétés françaises de pédiatrie, de santé environnement et de santé publique disaient : « *la police en matière d'habitat insalubre ne peut se focaliser exclusivement sur les enjeux du bâti mais doit permettre la prise en compte de la santé des habitants* » ; « *mettre en place un accompagnement médico-social systématique pour les patients pour lesquels des diagnostics ont été posés (saturnisme, asthme, intoxication, accident domestique)* ». Avant tout, ces trois acteurs rappelaient l'enjeu de faire de la promotion et prévention de la santé dans la LHI.

### **1.3 Du sens aussi pour les agents LHI de l'ARS**

Par ailleurs, s'attacher à la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne, est une nécessité ressentie par les agents de l'ARS-DD93 ayant des fonctions en LHI. En effet, face aux difficultés rencontrées (temporalité longue des procédures, comportements violents d'occupants et propriétaires envers les agents, nombre conséquent de dossiers à traiter, turn-over constant des agents LHI de l'ARS-DD93, etc), un cabinet de conseil en qualité de vie au travail a été mandaté pour réaliser un audit en 2020 au sein de l'ARS-DD93. Dans ses conclusions, il est apparu que les agents se trouvaient d'autant plus démunis face aux situations, tant l'action d'amélioration de la santé globale des occupants n'était pas assez investiguée. Structurer le parcours de santé des franciliens en situation d'habitat indigne permettrait aussi de limiter les risques psycho-sociaux des agents de l'ARS, et de favoriser les recrutements de techniciens et ingénieurs sur le sujet, alors que des postes restent vacants.

### **1.4 Dans les autres pays européens**

Au-delà des frontières nationales, une étude du bureau régional Europe de l'OMS datant de 2007 montre que même si les relations entre habitat et santé sont bien établies, les administrations en charge de la santé dans les pays ne jouent pas un fort rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre de la réglementation en matière d'habitat [8]. Le bureau de l'OMS préconise qu'il soit accordé dans les normes et réglementations de l'habitat dans chaque pays plus d'attention à la protection et à la promotion de la santé. Depuis 2007, ces constats sont restés vrais [9].

En Europe, les pays sont plus mobilisés sur la lutte contre le sans-abrisme, en y incluant les questions de santé des personnes sans-abri. La Commission européenne a appelé tous les Etats membres à développer des stratégies intégrées au niveau national ou au niveau local (le plus adapté) pour lutter contre le sans-abrisme, à l'image du programme *housing first* en Angleterre, adapté en France sous le nom *un logement d'abord*<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> « *Le plan pour le Logement d'abord (2018-2022) propose une réforme structurelle de l'accès au logement pour les personnes sans-domicile : permettre un accès direct au logement avec un accompagnement social adapté aux besoins des personnes, ne pas avoir qu'une réponse proposant de l'hébergement d'urgence* » (DIHAL).

La nécessité de mieux prendre en compte la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne dans le traitement de l'habitat indigne est un besoin identifié à la fois par les autorités sanitaires nationales, les parlementaires, les sociétés savantes, la littérature, ainsi que l'ARS Ile-de-France. La coordination des acteurs du social, de la santé, de la LHI permettrait cela. Intéressons-nous à présent à l'état actuel de la coordination de ces acteurs, c'est-à-dire au parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne.

## **2 Parcours de santé actuel des franciliens en situation d'habitat indigne**

### **2.1 Parcours de santé généraliste des personnes en situation d'habitat indigne**

Les différents acteurs rencontrés ont tous dépeint les mêmes profils de personnes en situation d'habitat indigne. Ce sont des personnes précaires, seules, majoritairement des femmes (beaucoup de femmes seules avec enfants), ainsi que des familles avec enfants, dont au moins l'un des conjoints a une situation administrative irrégulière. Ces personnes ont souvent eu un événement avec un grave retentissement dans leur parcours de vie (séparation, décès, perte d'emploi, maladie chronique, etc).

Dans la littérature, les données sur les conditions socio-économiques des personnes en situation d'habitat indigne sont parcellaires. Néanmoins, les profils ci-dessus dépeints par plusieurs acteurs de la LHI rencontrés sont semblables avec ceux décrits par l'InVS [10].

Concernant la couverture sociale des personnes en situation d'habitat indigne, **une bonne partie a une couverture sociale** (AME, CMU, régime générale pour les salariés), la problématique porte plus sur la mutuelle complémentaire. Mais certaines personnes n'ont aucune couverture sociale. Pour eux la santé ne peut pas être une priorité. Le travail, le logement passent avant. L'InVS précise aussi que les personnes en situation d'habitat indigne sont plus fréquemment à la CMU et en renoncement de soins [10].

En matière d'accès aux soins, les acteurs rencontrés rapportent que **les personnes en situation d'habitat indigne, pour une bonne partie, consultent des médecins, souvent à l'hôpital, et d'autant plus quand ils ont des enfants.**

**L'investissement des communes sur la LHI est assez disparate. Historiquement les communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis, qui bordent Paris, sont plus investies sur la LHI et ont plus de moyens.** Beaucoup sont des Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS)<sup>17</sup>. Les communes à l'est ont moins la connaissance du sujet.

Les disparités apparaissent avec des communes où la réponse publique locale se limite à la réglementation de la sécurité et des périls, et d'autres communes où est développé en

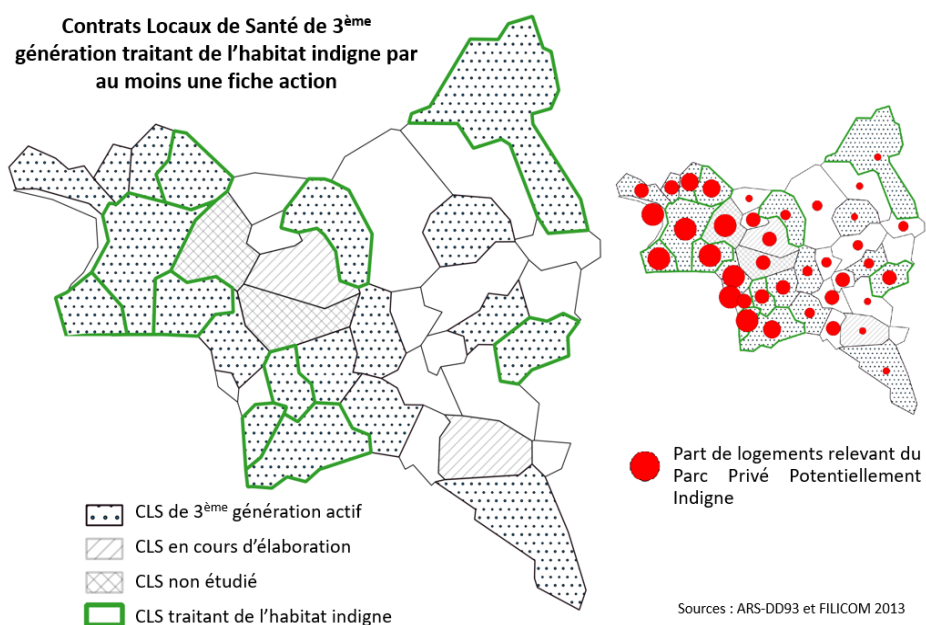
---

<sup>17</sup> Services avec des fonctionnaires municipaux dédiés à la santé publique, mais exerçant pour partie des pouvoirs de police de l'État (fonctions d'expertise : rapport et proposition d'arrêté d'insalubrité) normalement attribués au directeur de l'ARS, et touchant pour cela une dotation ad hoc. La Seine-Saint-Denis en compte 16.

plus une approche globale de promotion de la santé. D'autres fois encore l'intervention publique peut se résumer à une négation du problème [11].

Devant la complexité de problématiques, certains SCHS ont développé des compétences et une transversalité (social, santé, juridique) au sein des services de leurs collectivités. Mais la littérature rapporte aussi que la réalité est très contrastée également entre les SCHS. Plusieurs sont devenus de véritables services de santé publique intégrés (action sur l'habitat insalubre, les pollutions, le bruit, la promotion de la santé, la vaccination), parfois même portant un atelier santé ville. D'autres SCHS ont une intervention de santé publique qui reste confinée à une application de la réglementation stricte [11].

Sur les 20 CLS étudiés, **10 ont au moins une fiche action portant sur la LHI**, dont 4 où l'action ne se limite qu'à l'instruction des signalements, qu'à des actions réglementaires relatives à la police du Maire. **Ce sont plus des communes avec PPPI important qui ont une fiche de CLS sur la LHI.**



Les inspecteurs de salubrité des communes rencontrés rapportent que pour prendre en charge globalement les personnes, au-delà de la caractérisation du risque pour la santé et de l'initiation de procédures, ils renvoient les occupants vers les interlocuteurs compétents quand il y a besoin : écrivains publics, ADIL (pour les situations de non-décence), CCAS (en cas d'impayés, de problèmes de régularisation de la situation administrative, pour avoir une demande de logement social complète).

Ils précisent que les services publics sont essentiels pour les personnes en situation d'habitat indigne, qu'il faut commencer par améliorer leur santé sociale avant même de pouvoir interroger leur prise en charge médicale. Très rarement les inspecteurs de salubrité ont ressenti le besoin d'orienter une personne en situation d'habitat indigne vers un Centre Municipal de Santé, ou une autre forme de prise en charge médicale.

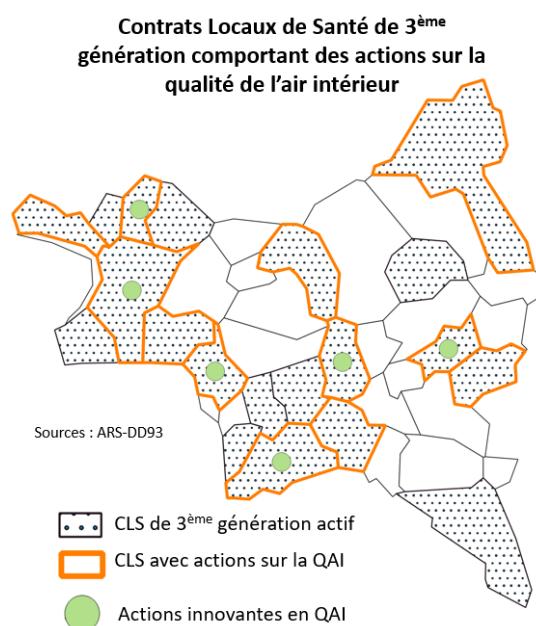
**En tant qu'acteur LHI d'une commune, aborder les questions de prise en charge médicale avec les occupants semble compliqué selon les personnes rencontrées en entretien lors du stage. Il est évoqué la barrière du secret médical et leur**

**manque de légitimité sur la question, ne faisant pas partie du personnel soignant** (à noter que dans des SCHS du département il y a une infirmière).

Au de-là de l'accès aux soins, les inspecteurs de salubrité rencontrés font part du **besoin de sensibiliser les occupants aux bons gestes et à la bonne occupation du logement**, afin de réduire les expositions aux polluants. Des interventions sur la qualité de l'air intérieur, notamment par des Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur seraient utiles (missions d'un CMEI décrites en annexe 6, p38).

La sous action 4 de l'axe 4.3 du PRSE 3 vise le développement d'un réseau de CMEI en Ile-de-France. Le bilan à mi-parcours du PRSE 3 montre qu'il y a une grande difficulté à avoir des CMEI sur les territoires. La meilleure façon identifiée pour leur implantation est le portage de CMEI par une collectivité : au sein de ses agents, faire former une personne à cette fonction et dégager du temps sur sa fiche de poste pour que des interventions de CMEI soient faites. Il faut convaincre les collectivités de s'engager dans ce sens.

**12 CLS sur les 20 étudiés ont une action qui porte sur la qualité de l'air intérieur**, la sensibilisation à la bonne occupation d'un logement, dont 6 qui proposent des actions novatrices, notamment avec la dotation d'un CMEI (voir en annexe 9 quelques fiches intéressantes de CLS de Seine-Saint-Denis portant sur la qualité de l'air intérieur).



Aussi, précisons que pour les personnes en insalubrité où une décision préfectorale indique un relogement et où le propriétaire est défaillant à reloger, deux opérateurs composés de travailleurs sociaux sont subventionnés par la DRIHL et l'ARS pour réaliser un suivi des familles afin que leur situation devienne compatible avec un relogement. Le suivi se nomme « *suivi sanitaire et social au relogement* », mais face au nombre de situations, c'est bien souvent un suivi très axé sur le social. En 2015, une expérimentation pour développer le côté sanitaire du suivi avait été pensée, mais n'a pas abouti (voir en annexe 6, p51).

Ci-après se trouve d'une part un schéma sur le parcours de santé actuel des personnes en situation d'habitat indigne, avec l'ensemble des constats soulevés, ainsi que d'autre part un schéma sur ce même parcours de santé amélioré au moyen de plusieurs actions souhaitables à mettre en œuvre par l'ARS Ile-de-France. Pour plus de précisions sur les éléments avancés par ces deux schémas issus du travail, se reporter à l'annexe 6.

# CONSTATS

- Sur 20 CLS du département étudiés sous l'angle habitat et santé, 10 ont au moins une fiche action portant sur la LHI, dont 4 où l'action ne se limite qu'à l'instruction des signalements d'habitat indigne, ne relèvent que d'actions règlementaires relatives à la police du Maire.  
- 12 CLS ont une action qui porte sur la qualité de l'air intérieur, dont 6 qui proposent des actions novatrices, notamment avec la dotation d'un CMEI.  
- Liens faibles entre PPS et SE au sein des DD ARS

Investissement des communes disparate, Gradient est-ouest historique dans le département sur la capacité des communes à faire face à une situation d'habitat indigne

Renvoient les occupants vers les interlocuteurs compétents sur les droits sociaux (CCAS, ADIL, écrivain public), très rarement vers des médecins

Aborder les questions de santé avec les occupants leur semble compliqué, au regard du secret médical et de leur manque de légitimité sur la question (pas pro. de santé), mais certains SCHS ont des infirmières dans leurs équipes.

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

- Animation du réseau d'acteurs LHI à renforcer sur l'approche santé (ne pas parler que de technique ou de juridique).  
- ARS et DRIHL copilotent le PDLHI 2018-2019.

ARS-DD93

Le suivi sanitaire et social au relogement des familles en insalubrité est très axé social et pour les situations complexes nécessiterait d'être plus sanitaire.

DRIHL 93

Expérimentation pensée il y a 5, mais non réalisée : que soient réalisés des diagnostics et suivis sanitaires pour des familles identifiées avec des problématiques sanitaires, par une des associations financées.

2 assos financées pour le suivi au relogement

## Parcours de santé actuel des personnes en situation d'habitat indigne

- Certaines n'ont pas de couverture sociale, mais ce n'est pas la majorité,  
- Une bonne partie consulte des médecins, souvent à l'hôpital.  
- Besoin de les sensibiliser aux bons gestes et à la bonne occupation du logement.

Hôpital

PASS hospitalière, PASS ambulatoire

CMS

Médecin généraliste, centre de santé

CCAS

Assos :  
- ADIL  
- Fondation Abbé Pierre  
- AFVS

Information, accompagnement

CMEI

Action 4 de l'axe 4.3 du PRSE 3 d'Île-de-France, intitulée « structurer un réseau régional des CMEI », mais grande difficulté à avoir des CMEI sur le territoire

CPAM : Ligne urgence précarité, PEIDASS

De nombreux dispositifs existent en matière d'accès aux droits en santé

# ACTIONS SOUHAITABLES, à mener par l'ARS

A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS :  
→ sensibiliser les inspecteurs de salubrité à l'importance du travail en réseau (santé, social, LHI), à prendre en compte la santé globale des personnes en commençant par questionner la couverture santé (renvoyer les occupants vers les dispositifs existants d'accès aux droits en santé si besoin)  
→ sensibiliser à l'opportunité d'avoir une personne formée CMEI au sein de leurs équipes

→ Aller plus loin dans les actions des CLS, lors des phases d'écriture des CLS, convaincre les collectivités signataires d'inscrire dans les fiches actions des réponses locales globales au traitement de l'habitat indigne

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

Hôpital

PASS hospitalière, PASS ambulatoire

CMS

Médecin généraliste, centre de santé

CCAS

Associations -ADIL -Fondation Abbé Pierre -AFVS



→ Avoir à l'ARS-DD93 un agent LHI référent sur ce parcours de santé, pour faire monter en compétence le collectif (DRIHL 93, ARS-DD93 et les deux opérateurs sociaux financés). Il participerait aux réunions relogement réunissant ce collectif.

ARS-DD93

DRIHL 93

Associations financées pour le suivi au relogement

→ Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5. Pour cela, augmenter le financement du suivi au relogement de l'association. Des diagnostics et suivis sanitaires auront alors lieu pour des familles avec problématiques sanitaires (i.e. orienter, faire le lien avec les professionnels médicaux/ sociaux pertinents, accompagner les familles, trouver un médecin traitant, etc).

CMEI

→ Continuer à soutenir les nombreux dispositifs existants en matière d'accès aux droits en santé (ex: fait dans les CLS)

CPAM : Ligne urgence précarité, PFIDASS

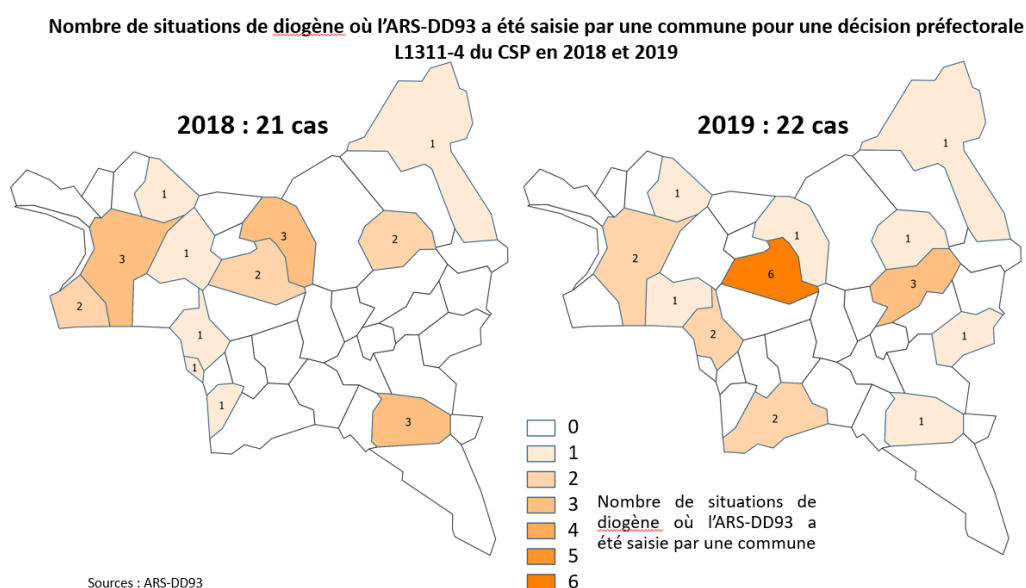
→ Continuer à financer des formations CMEI d'agents de commune  
→ Continuer à financer l'association qui porte le réseau régional CMEI et réalise aussi des interventions CMEI

→ Travailler conjointement avec d'autres grands acteurs régionaux. Cela peut être engagé avec la FAB (productions, colloques, études à faire en commun, cofinancements d'associations).

## 2.2 Parcours de santé des personnes avec problématiques de santé mentale et en situation d'habitat indigne

Depuis plusieurs années, parmi les personnes en situation d'habitat indigne, les acteurs rencontrés constatent une augmentation des problématiques de santé mentale, comme rapportées dans le 25<sup>ème</sup> rapport annuel de 2020 de la Fondation Abbé Pierre. Cette augmentation est d'ailleurs également constatée en population générale [12].

La majorité des problématiques de santé mentale avec situation d'habitat indigne connues par l'ARS-DD93 et la DRIHL 93 correspondent à des situations de Diogène (définition en annexe 13). Une analyse sur 10 ans de leur nombre montre leur augmentation : 8 en 2008, 5 en 2009, 21 en 2018, 22 en 2019.



Les communes saisissent l'ARS-DD93 lorsqu'elles ont connaissance d'une telle situation afin qu'une décision préfectorale (arrêté d'urgence au titre de l'article L1311-4 du CSP) soit prise pour que la personne à l'origine de l'accumulation y mette fin et procède au nettoyage des lieux, compte tenu du risque imminent pour sa santé et celle du voisinage. Il est illusoire de penser que la personne va du jour au lendemain mettre fin au danger et ne plus souffrir du syndrome avec la notification de l'arrêté d'urgence. Bien souvent la commune finit par réaliser le désencombrement et la désinfection des lieux en travaux d'office, face à la défaillance de la personne responsable de la situation. Dans de nombreux cas encore, la gestion de ces situations se résume à ces travaux d'office, qui engendrent systématiquement une récurrence de l'encombrement dans les semaines et mois qui suivent.

Les recommandations (notamment du guide *incurie dans le logement* de la Dihal [13], qui fait référence) préconisent la « mobilisation de professionnels de divers métiers et de compétences complémentaires relevant notamment de l'habitat [service hygiène ou SCHS, bailleur social], de la santé [Centre Médico Psychologique (CMP), Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), gestionnaire de cas de MAIA (défini en annexe 6, p47),

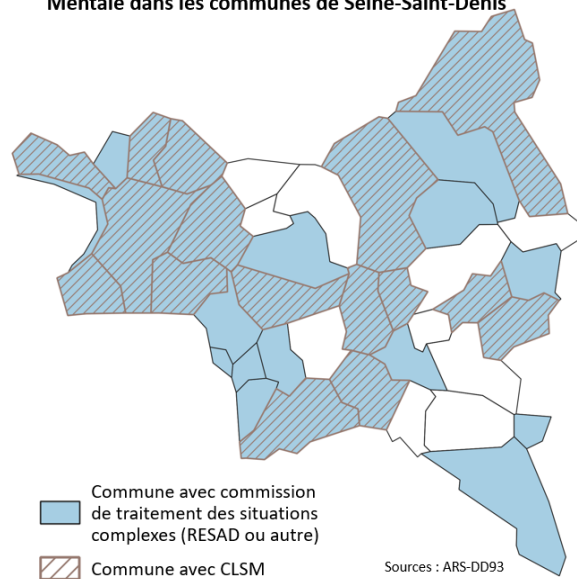
Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)] et du social [CCAS, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)]. *La fragilité des personnes ayant ce mode de vie implique qu'elles soient au centre de l'action à conduire et participent autant que possible aux mesures à prendre (accompagnement social, juridique ou médical) ».*

Le traitement des situations de Diogène prend donc du temps et de l'énergie pour avoir une approche pluri-professionnelle. Les communes sachant traiter ces situations de la meilleure façon possible sont souvent celles qui disposent d'un Réseau ou réunion d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD), ou d'un Contrat Local de Santé Mentale (CLSM), qui s'est saisi de la question.

La **Seine-Saint-Denis compte 16 CLSM** actifs (définition d'un CLSM en annexe 6, p45). L'ARS Ile-de-France, au-delà du soutien financier qu'elle apporte en cofinçant les postes de coordination des CLSM sur le territoire, est un soutien institutionnel pour ces dispositifs. Parmi les actions prioritaires du cahier des charges de l'agence proposées pour les CLMS, deux actions sont très déployées en Ile-de-France : les actions interpartenariales pour l'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion d'une part (dont l'accès et le maintien dans le logement) et les actions visant l'aide à la résolution des situations psychosociales complexes d'autre part [14].

Les questions liées au logement sont traitées dans presque tous les CLSM d'Ile-de-France, avec la mise en place, ou le renforcement des accompagnements, de logements adaptés, le renforcement des liens avec les gardiens d'immeubles, la création d'outils pour partager l'information et les expériences dans le logement ordinaire.

Répartition des commissions de traitement des situations complexes (RESAD ou autre) et Conseils Locaux de Santé Mentale dans les communes de Seine-Saint-Denis



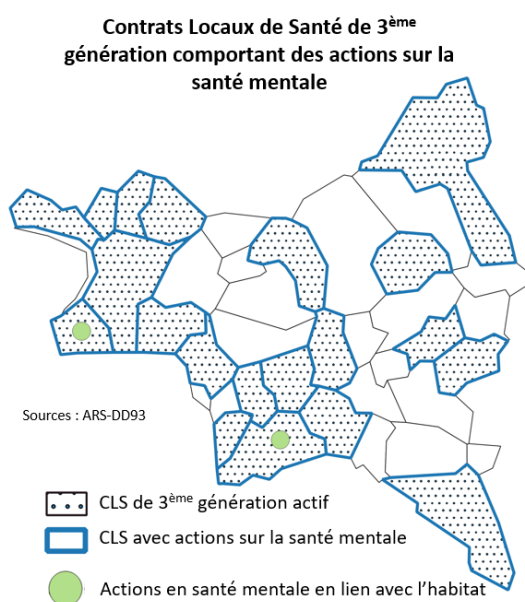
Les cellules de concertation interpartenariale pour la recherche de solutions dans des situations psychosociales complexes, souvent appelée RESAD, sont à différencier des CLSM. Il s'agit d'un espace de coopérations techniques entre différents acteurs locaux pour faire émerger la meilleure réponse possible à la situation d'une personne, et non d'un travail sur les politiques de santé mentale.

C'est la **Seine-Saint-Denis qui dispose de l'expérience la plus conséquente en matière de RESAD** ou réunion apparentées en Ile-de-France. Actuellement **30 communes sont couvertes par une RESAD** (liste en annexe 14).



Malgré les nuisances provoquées sur le voisinage, les situations de Diogène sont très peu rapportées aux services municipaux. Très souvent une situation est connue quand le syndrome est bien installé. La ville d'Aubervilliers, très expérimentée sur le sujet et ayant une approche multi-acteurs poussée et une formation spécialisée incurie à la RESAD de la ville, cherche à prévenir ces situations en formant les gardiens d'immeubles à les repérer.

Concernant le traitement des situations, une fois l'adhésion de la personne obtenue, les travaux d'office sont réalisés sur demande et supervision du SCHS d'Aubervilliers. Pour éviter toute récurrence, un lien est entretenu avec la personne : mise en place d'une aide à domicile qui veille au maintien de l'hygiène dans le temps (prestation mise en place par le CCAS pour les personnes handicapées et pour les personnes de plus de 60 ans). Pour les personnes sans handicap et de moins de 60 ans, il n'y a pas de ressources pour mettre en place une aide à domicile. Ces personnes restent isolées et récidivent plus [15]. Il est à noter, encore une fois, que les communes à l'ouest du département, historiquement plus investies sur l'habitat indigne, proposent des réponses globales plus pertinentes pour les cas de Diogène.



**Tous les CLS s'intéressent à la question de la santé mentale**, en rappelant l'objectif de leur CLSM s'il existe, ou en affichant une volonté de créer un CLSM.

**2 CLS ont une action en santé mentale qui est en lien avec l'habitat** (voir en annexe 10 la fiche 18 du CLS de Saint-Ouen : santé mentale et renouvellement urbain ; et la fiche 18 du CLS de Montreuil : prévenir précocement les troubles psychiques et favoriser l'habitat inclusif).

Ci-après se trouve d'une part un schéma sur le parcours de santé actuel des personnes avec problématiques de santé mentale et en situation d'habitat indigne (ne portant pas que sur les cas de Diogène), faisant apparaître l'ensemble des constats soulevés, ainsi que d'autre part un schéma sur ce même parcours de santé amélioré au moyen de plusieurs actions souhaitables à mettre en œuvre par l'ARS Ile-de-France. Pour plus de précisions sur les éléments avancés, se reporter à l'annexe 6.

Le travail a également produit en annexe 7, p70, un diagramme décrivant les actions à mener par différents acteurs pour traiter une situation de Diogène de manière globale.

Investissement des communes disparate,  
Gradient est-ouest historique, les communes à l'ouest du département proposent des réponses globales plus pertinentes pour les cas de Diogène.

- Les communes saisissent l'ARS-DD93 pour les situations de Diogène afin qu'une décision préfectorale (arrêté d'urgence L1311-4 du CSP) soit prise pour que la personne à l'origine de l'accumulation y mette fin et procède au nettoyage des lieux.  
- Bien souvent la commune ou la DRIHL finit par réaliser le désencombrement et la désinfection des lieux via des travaux d'office.  
- Trop souvent la gestion de ces situations se résume à ces TO, qui engendrent systématiquement une récurrence de l'encombrement dans les semaines et mois qui suivent.

### CONSTATS

Seulement 2 CLS ont une action en santé mentale qui est en lien avec l'habitat (portant beaucoup sur le repérage des situations)

16 CLSM actifs. Les questions liées au logement sont traitées dans presque tous les CLSM (accès et maintien dans le logement : accompagnements, logement adapté, etc.)

30 communes couvertes par une RESAD.  
Dans les communes les plus expérimentées, les situations de Diogène sont discutées en RESAD pour une approche pluri-pro.

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

CLSM

RESAD ou réunion apparentée

Les services de l'Etat et leurs opérateurs souhaitent monter en compétence sur les réponses aux cas complexes liés à la santé mentale.

ARS-DD93

Le suivi sanitaire et social au relogement des familles en insalubrité est très axé social et pour les situations complexes nécessiterait d'être plus sanitaire.

DRIHL 93

2 assos financées pour le suivi au relogement

Pour éviter toute récurrence, après les TO, liens à entretenir : mise en place d'une aide à domicile qui veille au maintien de l'hygiène dans le temps (prestation mise en place par un service social pour les personnes reconnues handicapées et bénéficiant d'une Prestation de Compensation du Handicap, et pour les +60 ans via Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie). Pour les personnes sans handicap et de -60 ans, il n'y a pas de ressources pour mettre en place une aide à domicile, les personnes restent isolées et récidivent.

SAAD

CCAS, assistante sociale

Gardien d'immeuble  
Formation des gardiens au repérage (CLSM, CLS)

Bailleur social  
Projet pour permettre le maintien et l'accès au logement des personnes avec pb santé mentale porté par Plaine Commune Habitat.



EMPP

Offre en santé psy encombrée, délais d'attente longs, n'a pas connaissance de l'état du logement.

CMP

Psychiatre libéral ou en centre de santé ou de l'hôpital

SSIAD

**ACTIONS SOUHAITABLES,  
à mener par l'ARS**

A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS :  
→ **sensibiliser les inspecteurs de salubrité au traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène (recours aux RESAD, CLSM, CMP),** à l'opportunité de saisir le juge des tutelles quand une mesure de protection des majeurs semble nécessaire, etc.

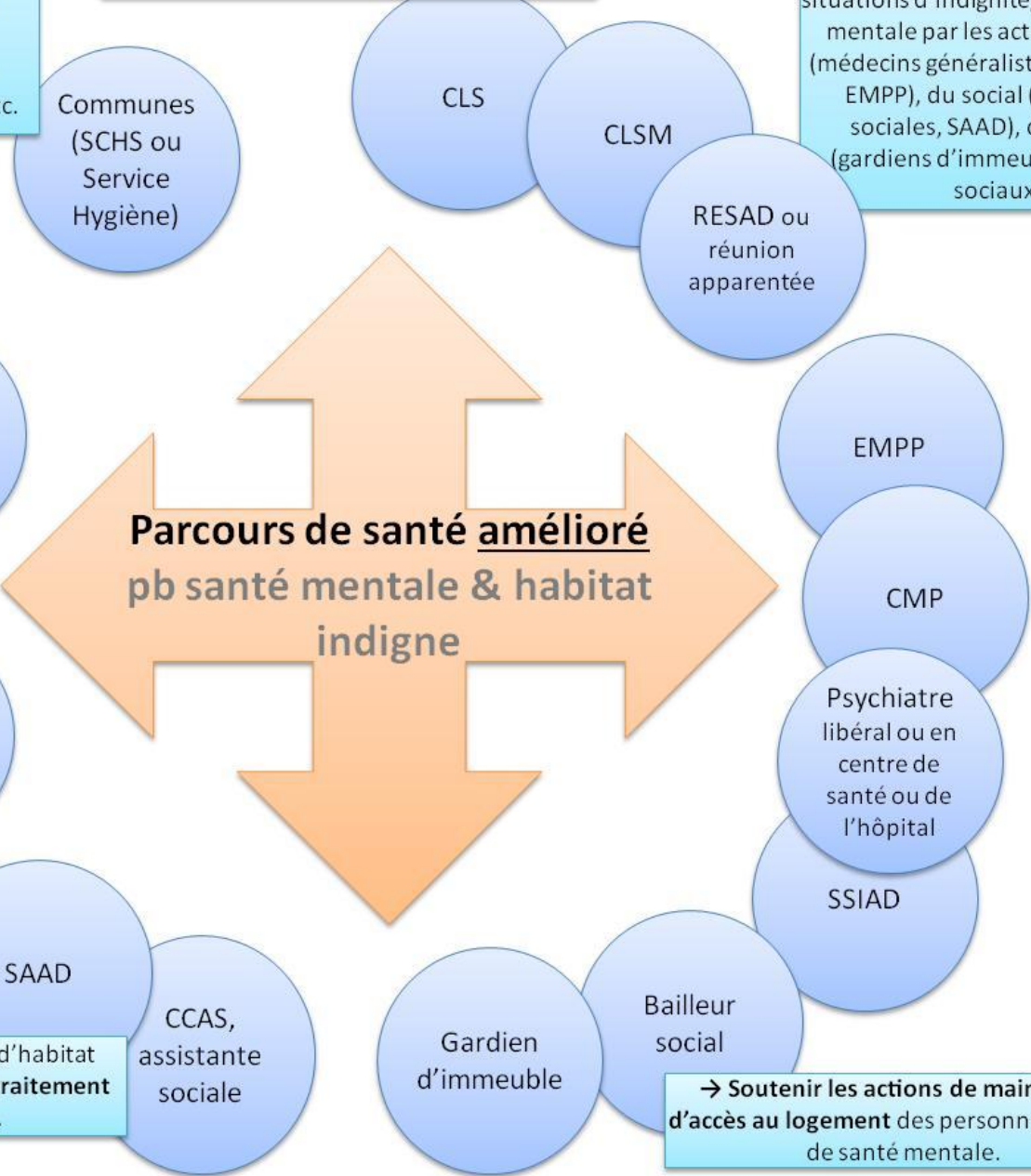
→ Dans les échanges quotidiens des T3S et IES de l'ARS-DD93 avec les SH et SCHS : **prôner un peu plus à chaque fois l'approche pluri-pro pour les cas de Diogène,** appliquée aux cas rencontrés par les services.

→ Pour les saisines des SH et SCHS de l'ARS au titre de l'article 1311-4 du CSP pour les cas de Diogène, T3S et IES **s'assurent qu'une approche pluri pro est en œuvre,** pour éviter les récidives et décompensations (attention particulière pour les communes plus à l'est du dpt et qui n'ont pas de RESAD et CLSM).

→ **Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5.** Dans les suivis sanitaires menés lors de l'expérimentation, **inclure des cas de Diogène** (provenant de communes sans RESAD et CLSM).

→ **Sensibilisation** au repérage des situations d'habitat indigne, des problèmes de santé mentale, **au traitement pluri-pro des situations de Diogène.**

→ **Aller plus loin dans les CLS/CLSM :** fiches santé mentale & logement : à axer beaucoup sur le repérage des situations d'indignité/ de pb de santé mentale par les acteurs de santé (médecins généralistes, SSIAD, CMP, EMPP), du social (assistantes sociales, SAAD), de l'habitat (gardiens d'immeuble, bailleurs sociaux).



→ **Soutenir les actions de maintien et d'accès au logement** des personnes avec pb de santé mentale.



### 2.3 Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et en situation d'habitat indigne

Comme pour les problématiques de santé mentale, les acteurs rencontrés lors du stage constatent une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, parmi les personnes en situation d'habitat indigne. Cette augmentation n'est pas étonnante, compte tenu des prévisions sur l'échelle des âges [16, 17].

Lorsqu'une situation d'insalubrité avec personne âgée en perte d'autonomie est connue de l'ARS-DD93, il est souvent rencontré un cas de Diogène, ou un cas de logement vétuste, sans entretien, parfois sans eau courante. Ces personnes ne souhaitent pas quitter leur logement, ne serait-ce que pour être hébergés le temps de travaux.

Trois MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, dispositif défini en annexe 6, p47) existent en Seine-Saint-Denis. Les MAIA ont un rôle clé dans le parcours de santé des personnes âgées, puisqu'elles ont une mission de coordination des acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées. Les MAIA de Seine-Saint-Denis sont très souvent sollicitées par ces acteurs sur des questions d'hygiène (Diogène, logements avec manque d'entretien, vétusté, absence d'eau courante ou d'électricité, punaises de lit).

Les trois MAIA disposent d'un gestionnaire de cas qui pour les cas complexes met en réseau les acteurs pour traiter les situations au mieux. Le guichet intégré des MAIA est basé sur la fiche de liaison FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation, présent en annexe 12), outil support qui peut être rempli par tout acteur et fait une photographie de la situation de la personne. Par les alertes, l'orientation qu'elle fait émerger, la fiche FAMO peut être le support de sollicitation de tout service du territoire. Dans son encadré « *alerte* », peut être coché « *insalubrité* » ou « *habitat inadapté* ».

A l'horizon 2022, au moment du lancement du PRS 3 de la région Ile-de-France, la MAIA nord va étendre ses compétences à tous les parcours de santé et plus seulement à celui des personnes âgées, en devenant un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)<sup>18</sup>. Les deux autres MAIA du département fusionneront et deviendront DAC également [18].

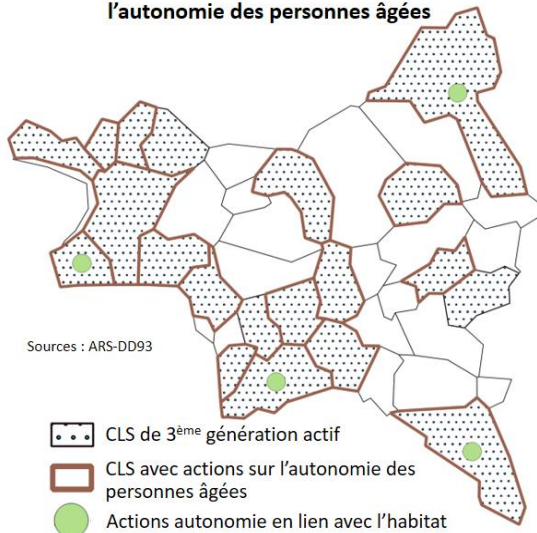
Compte tenu de la part grandissante des personnes de plus de 60 ans dans le département, il est nécessaire d'anticiper les besoins en adaptation, en mise en accessibilité, des logements, particulièrement pour le maintien à domicile des personnes âgées. Le diagnostic de la DRIHL de 2019 identifie particulièrement la Seine-Saint-Denis comme territoire avec ce type de problématiques<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit l'organisation de « **dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes** » intégrant les MAIA, PTA, Paerpa, etc.

<sup>19</sup> Plan de prévention des tissus pavillonnaires franciliens fragiles de novembre 2019 (DRIHL)

**Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup>  
génération comportant des actions sur  
l'autonomie des personnes âgées**



**17 CLS sur les 20 étudiés ont une action qui porte sur l'autonomie des personnes âgées. 4 CLS ont une action sur l'autonomie des personnes âgées qui est en lien avec l'habitat : renforcement du maintien à domicile, projets de résidences adaptées, favoriser les visites à domicile de médecins (voir en annexe 11 une fiche intéressante).**

D'une part un schéma sur le parcours de santé actuel des personnes âgées en perte d'autonomie et en situation d'habitat indigne, faisant apparaître l'ensemble des constats soulevés, ainsi que d'autre part un schéma sur ce même parcours de santé amélioré au moyen de plusieurs actions souhaitables à mettre en œuvre par l'ARS Ile-de-France sont consultables en annexe 7, p73 et 74.

## **2.4 Parcours de santé des enfants atteints du saturnisme**

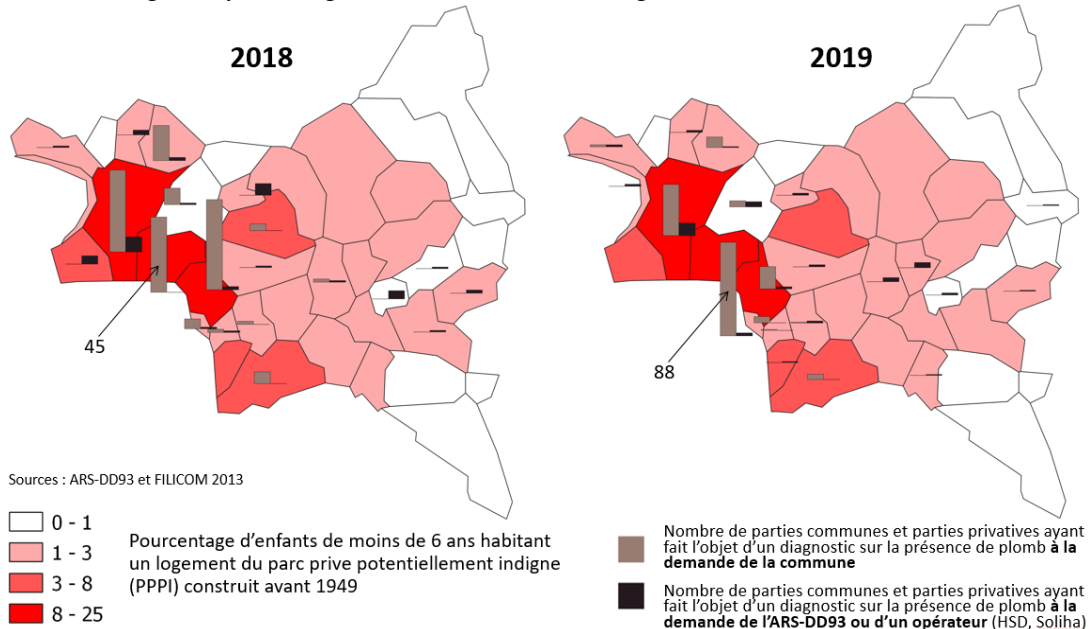
En Ile-de-France, l'activité de **repérage de locaux avec plomb accessible et de dépistage du saturnisme est en baisse depuis plusieurs années** (chiffres en annexe 6, p49), certainement parce que les acteurs se sont démobilisés du sujet, étant submergés par les situations d'habitat indigne et pensant la pathologie éradiquée. La baisse d'activité avait déjà été constatée par l'InVS (entre 2004 et 2012) [19].

Cette baisse est aussi marquée en Seine-Saint-Denis alors qu'avec Paris, ces deux départements rassemblent environ 60% des enfants de moins de six ans habitant dans le PPPI construit avant 1949 (date à laquelle le plomb est retiré des peintures) [19].

Ci-après se trouve une carte construite lors stage qui met en évidence les disparités de risques d'exposition et de mobilisation des communes de Seine-Saint-Denis. Un gradient est-ouest est présent. Les communes à l'ouest, certes plus exposées, sont plus actives sur le repérage (demande à l'ARS que soit fait un diagnostic sur la présence en plomb dans les peintures de logements), que les communes à l'est où un risque est tout de même présent et où presque aucune activité n'est recensée. Précisons que le repérage du plomb accessible doit reposer principalement sur les communes, proches des territoires.

Les Déclarations Obligatoires de saturnisme, faites sur le département suite à des dépistages avec taux de plomb dans le sang supérieur à 50 µg/L, proviennent toutes de PMI, sauf une ou deux chaque année qui proviennent d'hôpitaux ou de l'infirmière de l'association HSD. La prescription de dépistages à l'hôpital est très rare et quasi inexistante en cabinet libéral.

Nombre de diagnostics sur la présence en plomb dans les revêtements de logements et parties communes réalisés, au regard du pourcentage d'enfants habitant dans un logement du PPPI construit avant 1949



D'une part un schéma sur le parcours de santé actuel des enfants atteints de saturnisme, faisant apparaître l'ensemble des constats soulevés, ainsi que d'autre part un schéma sur ce même parcours de santé amélioré au moyen de plusieurs actions souhaitables à mettre en œuvre par l'ARS Ile-de-France sont consultables en annexe 7, p79 et 80. L'amélioration de ce parcours de santé repose sur la multiplication des occasions de dépistage du saturnisme. Plusieurs actions innovantes sur le dépistage sont proposées dans le schéma amélioré et plus détaillées en annexe 6, p53 et 54.

### 3 Proposition d'actions pour structurer le parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne en Seine-Saint-Denis

#### 3.1 Priorisation des actions à mener par l'ARS

Sur la base des parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne dressés (généraliste, personnes avec problèmes de santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, enfants atteints du saturnisme), et notamment à partir des actions souhaitables identifiées pour améliorer chacun de ces parcours, il est fait une proposition d'actions à engager pour le territoire de la Seine-Saint-Denis (voire l'annexe 8). La proposition d'action intègre un calendrier de déroulement des actions, et des indicateurs de suivi et de résultat.

Pour construire cette proposition d'actions, les actions souhaitables identifiées dans les parcours de santé ont été regroupées par type et hiérarchisées entre elles, comme présenté dans le tableau ci après. Le caractère prioritaire d'une action s'est traduit en une planification de cette action avec un délai plus proche dans le temps.

Compte tenu de son rôle et de ses compétences sanitaires, il apparaît que c'est à l'ARS de porter ces actions, même si plusieurs seront à réaliser avec l'aide d'autres acteurs (DRIHL, MAIA, Conseil Départemental, etc.).

Actions souhaitables identifiées pour coordonner, à mener par l'ARS	Justification de la priorisation
1. Multiplier les occasions de dépistage du saturnisme/repérage des locaux avec plomb accessible	Caractère d'urgence, dépistage et repérage en baisse
2. Faire monter en compétence l'ARS-DD93, la DRIHL 93 et les deux associations financées sur le suivi sanitaire et social au relogement	Les animateurs du réseau LHI (ARS et DRIHL) doivent monter en compétence sur les cas complexes
3. Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5 ans	Expérimentation vectrice d'apprentissage pour les acteurs
4. Faire monter en compétence les SH et SCHS ( <u>se focaliser sur les communes de l'est du département et ne bordant pas Paris</u> )	Une fois les animateurs du réseau LHI plus expérimentés (ARS, DRIHL), sensibiliser les communes, qui sont les premiers acteurs à voir les situations et à devoir agir
5. Sensibiliser les acteurs du social et de la santé	Repérages des situations et bonnes pratiques
6. Aller plus loin dans les actions des CLS	Les CLS de 3 <sup>ème</sup> génération s'achèvent en 2022
7. Sensibiliser les professionnels du soin organisés en CPTS à travers les DAC (quand ils seront établis d'ici à 2022)	DAC encore trop jeunes ou inexistant
8. Avoir une démarche de plaidoyer	Action constante à mener plus par le siège

Ordre de priorité

### 3.2 Présentation du travail mené et des actions à engager aux services de l'ARS

Le travail et la proposition d'actions ont été présentés aux agents du service santé environnement de l'ARS-DD93, ainsi qu'à la direction de la santé publique (siège). Tous les agents ont souligné le travail conséquent qui a été mené. Les remarques et commentaires des agents n'ont fait l'objet que de très peu de modifications sur les constats et les actions à engager. Les actions proposées aideront les services du siège et des différentes délégations départementales à mieux répondre à la volonté de l'agence d'avoir une plus grande action sur la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne. Aussi, le siège a assuré que la réflexion menée et ses conclusions lui serviront pour rédiger sa doctrine régionale en matière d'habitat indigne, ayant placé ce sujet parmi ses chantiers stratégiques.

### 3.3 Limites du travail, difficultés rencontrées

Le travail mené a permis, en matière de LHI, de décloisonner les champs de la protection des populations, de la promotion et prévention de la santé, de l'offre de soins et de l'autonomie. Par la création de schémas représentant les parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne, l'importance et la nécessité de la coordination des acteurs est rendu visible et plus facilement compréhensible, par tout agent ou partenaire qui s'en saisirait. Le travail, comportant des documents didactiques sur des dispositifs et politiques de santé, remplit aussi la mission de fournir aux agents LHI des ARS, les contextes et informations qu'il y a besoin de connaître pour prendre en compte



la santé globale des occupants (dispositifs d'accès aux droits en santé, PASS, centre de santé, MSP, CMEI, RESAD, SAAD, SSIAD, CMP, MAIA, DAC, etc.).

Le travail décroïsonne des champs très vastes, mais il ne faut pas oublier, que décroïsonner les interventions des acteurs est un travail quotidien, sera un travail quotidien, que l'ARS a à porter compte tenu de son rôle d'animation territoriale.

Les actions proposées sont dans l'ensemble très concrètes, mais demanderont pour leur mise en œuvre beaucoup de temps de travail, élément qui manque très souvent aux agents de la fonction publique en Seine-Saint-Denis, tant les dossiers sont nombreux et urgents. Ainsi les actions proposées fixent une ligne directrice pour une prise de poste et seront à mettre en œuvre au fur et à mesure au cours des trois prochaines années. Un calendrier à long terme a été retenu par rapport au peu de temps qu'il pourra être consacré en poste à ces sujets de fond.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors du stage et sont à mentionner : les agents de l'ARS étaient difficilement mobilisables car occupés par la gestion de crise Covid, les champs très vastes induits par les parcours de santé ont généré beaucoup d'informations à synthétiser, à mettre en ordre, beaucoup de lectures et d'acteurs à rencontrer.

## **Conclusion**

Mieux prendre en compte la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne dans le traitement de la LHI nécessite que les acteurs du social, de la santé et de la LHI soient plus coordonnés. Le travail a pu dresser quatre schémas de parcours de santé (généraliste, personnes avec problèmes de santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, enfants atteints du saturnisme). Des parcours de santé spécifiques devaient être considérés face à la complexité des situations qu'ils impliquent et à l'augmentation de leur nombre dans un futur proche (santé mentale, perte d'autonomie des personnes âgées) ou face au besoin urgent de multiplier les occasions de dépistages (saturnisme).

L'ARS Ile-de-France a un rôle d'animation territoriale, qui ne doit pas être que technique et juridique sur la LHI, mais doit aussi être sanitaire et toucher les acteurs de la santé et du social, dans une optique de structurer les parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne.

Afin d'améliorer les parcours de santé dépeints, une proposition d'actions est faite, planifiée sur plusieurs années. Les actions proposées ont été pensées en fonction du territoire de la Seine-Saint-Denis, de ses dispositifs déjà en place et de ses besoins. La territorialisation des actions proposées est aussi infra départementale : les communes à l'est du département et ne bordant pas Paris ont plus besoin de conseils et de soutien pour développer des réponses globales contre l'habitat indigne, ayant moins la connaissance du sujet et de moyens dédiés. Il s'agit là aussi de réduire les inégalités territoriales de santé, qui par ailleurs s'aggravent dans le logement durant l'épisode de la Covid.

---

## Bibliographie

---

- [1] Institut d'Aménagement et d'Urbanisme (2018) – L'habitat indigne et dégradé en Île-de-France – Etat des lieux des enjeux et des politiques
- [2] ORS Ile-de-France (2017) – Interventions sur le logement et impacts sanitaires – Evaluation des actions
- [3] Dossier Stratégie nationale de la santé : « mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » – 2018-2022
- [4] Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, Copenhague (2018) – Des environnements plus sains pour des personnes en meilleure santé
- [5] Presses de l'EHESP (2011) – Pour un habitat favorable à la santé, les contributions des villes
- [6] Rapport parlementaire du député Guillaume Vuilletet (2019) – Promouvoir l'habitabilité durable pour tous
- [7] SFP, SFSE, SFSP (2019) – L'action publique contre l'insalubrité de l'habitat, levier majeur pour réduire les écarts de santé, communiqué interassociatif
- [8] OMS, Bureau régional Europe (2007) – la réglementation habitat et santé en Europe
- [9] Fondation Abbé Pierre et FEANTSA (2019) – 4e regard sur le mal-logement en Europe
- [10] InVS (2014) – Impact des conditions de logement dégradée sur la santé des occupants – Présentation réalisée lors du congrès national santé environnement du 26 novembre 2014, Anne-Claire Colleville
- [11] Febvrel (2013) – Dossier collectivités territoriales et santé – ADSP n° 82, page 49
- [12] Ministère de la santé (2018) – Feuille de route santé mentale et psychiatrie – Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie
- [13] Dihal (2013) – Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté
- [14] Arcella-Giroux et Berthon (2015) – Les ARS et le développement des CLSM, l'expérience en Île-de-France – John Libbey Eurotext, « L'information psychiatrique », volume 91, pages 586 à 590
- [15] Rabha Rahmani (2014) – L'incurie dans l'habitat, une problématique communautaire ?, mémoire pour diplôme interuniversitaire.
- [16] Ministère de la santé (2018) – Personnes âgées : les chiffres clés

[17] Insee (2019) – 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050, Insee Première, N°1767

[18] ARS Ile-de-France (2019) – Référentiel de missions et d'organisation des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) d'Île-de-France, guide de déploiement

[19] InVS (2016) – Approche géographique de la surveillance du saturnisme infantile en Île-de-France, BEH



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Cartographie du PPPI en Ile-de-France

Annexe 2 : Définition de différentes notions : l'habitat indigne, indécents, ayant des infractions au RSD

Annexe 3 : Liste des acteurs rencontrés

Annexe 4 : Grille d'entretien utilisée

Annexe 5 : Calendrier de déroulement du travail

**Annexe 6 : Etat des lieux complet**

**Annexe 7 : Document de présentation du travail mené**

**Annexe 8 : Actions à engager par l'ARS, proposées par le travail**

Annexe 9 : Quelques fiches intéressantes de CLS de Seine-Saint-Denis portant sur la qualité de l'air intérieur

Annexe 10 : Deux fiches intéressantes de CLS de Seine-Saint-Denis portant sur la santé mentale et en lien avec l'habitat

Annexe 11 : Une fiche intéressante du CLS de Saint-Ouen portant sur l'autonomie des personnes âgées et en lien avec l'habitat

Annexe 12 : Fiche de liaison FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation d'Ile-de-France) du guichet intégré de la MAIA

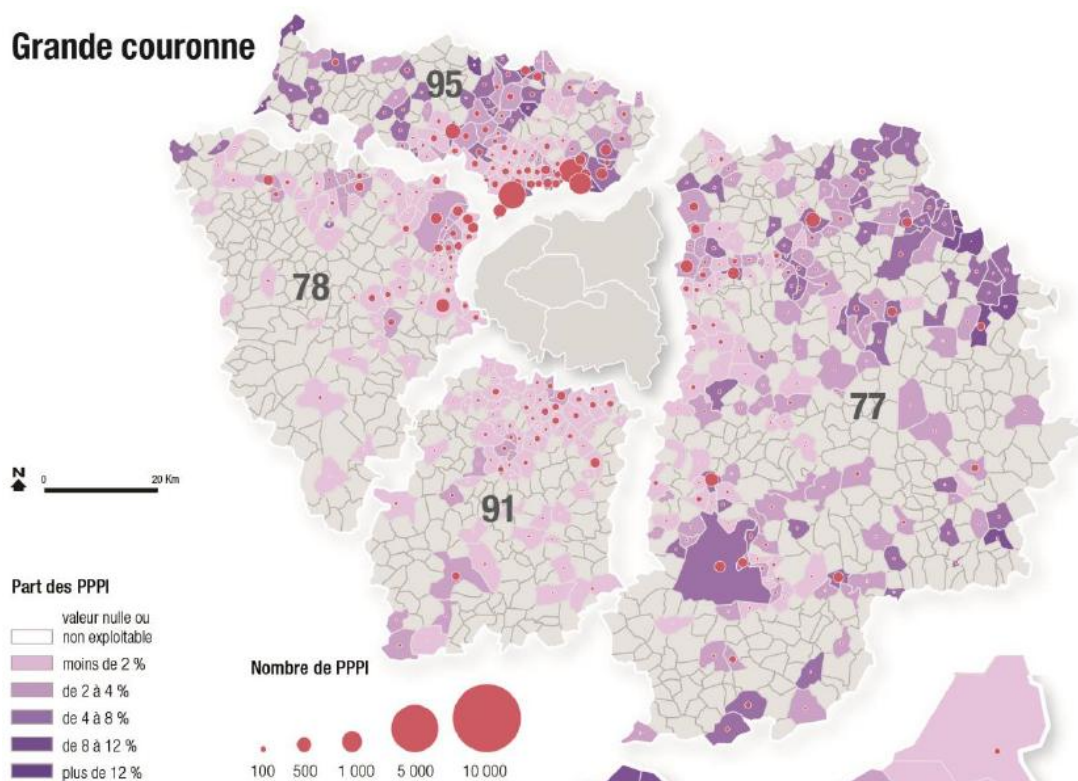
Annexe 13 : Définition du syndrome de Diogène

Annexe 14 : Liste des RESAD ou réunions apparentées en Seine-Saint-Denis

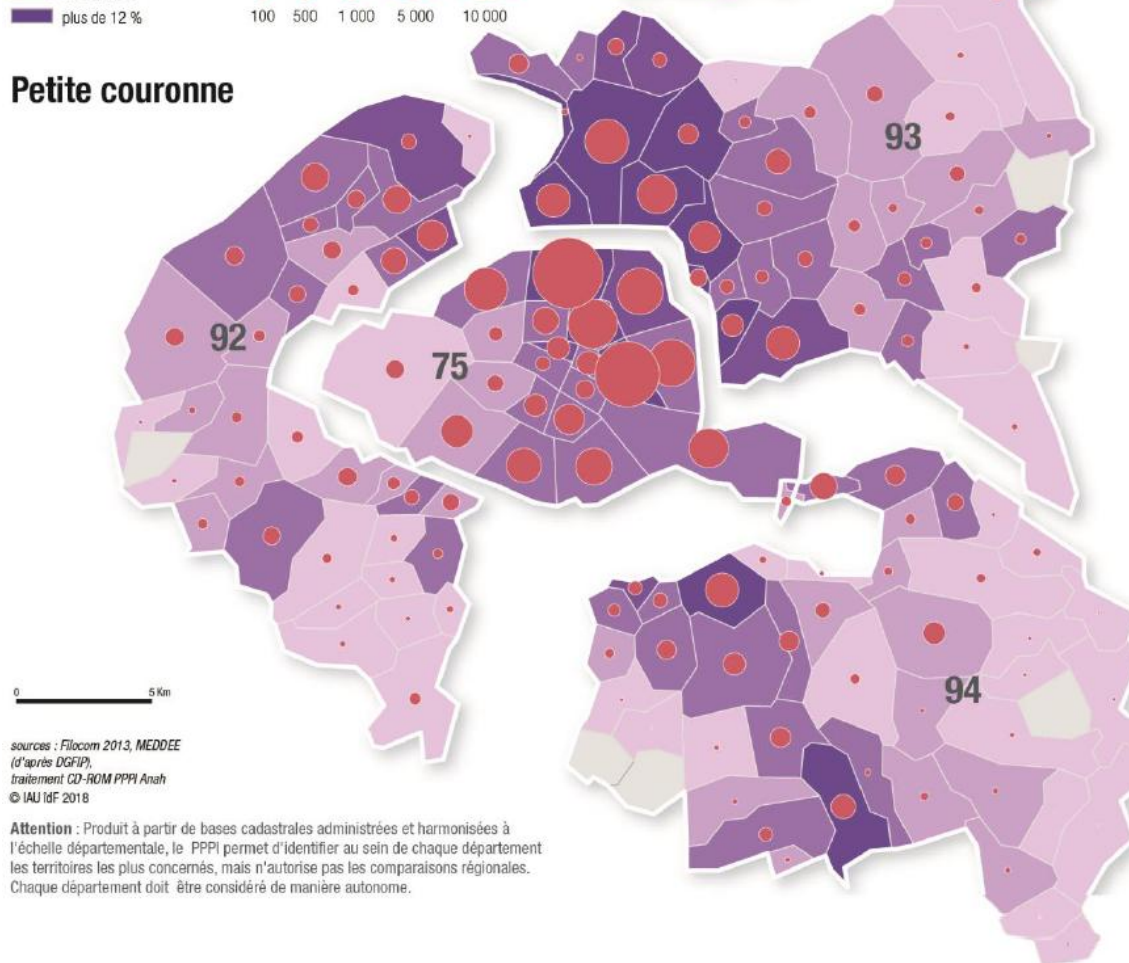
Annexe 15 : Contacts des acteurs de santé à solliciter éventuellement pour le traitement de situations complexes

## Annexe 1 : Cartographie du PPPI en Ile-de-France

### Grande couronne



### Petite couronne

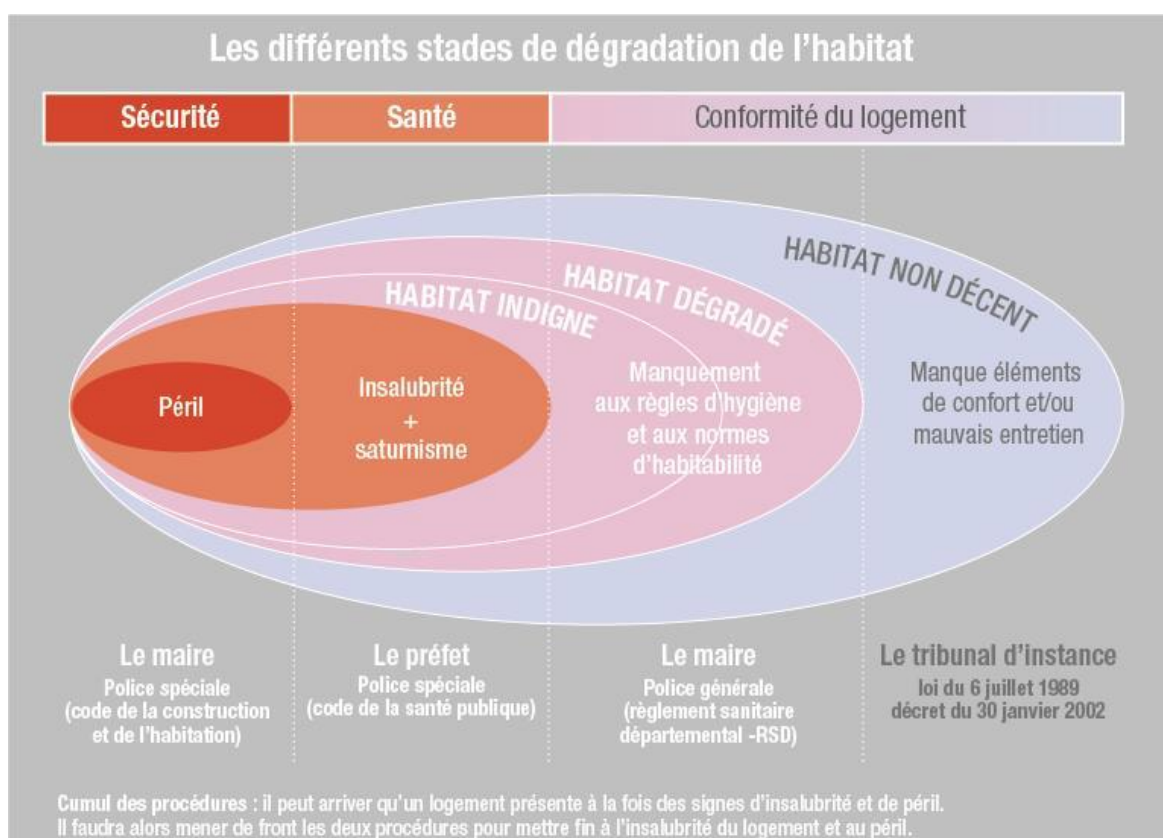


Sources : FILICOM 2013, MEDDEE

Annexe 2 : Définition de différentes notions : l'habitat indigne, indécent, ayant des infractions au RSD

Synthèse des différentes procédures : du logement indécent à l'habitat indigne

Logement présentant un « problème sanitaire ponctuel »	Logement indécent	Habitat indigne				
		Sécurité		Santé		« Impropre à l'habitation »
Le maire	Tribunal d'instance	Le maire		Le préfet		Le préfet
Infractions au règlement sanitaire départemental (problème sanitaire ponctuel)	Indécence du logement	Logement sous arrêté de péril	Équipements communs, immeubles collectifs, hôtels meublés dangereux	Logement sous arrêté d'insalubrité	Saturnisme	Locaux impropres par nature à l'habitation
Règlement sanitaire départemental – Code la santé publique	Décret « Décence »	Code de la construction et de l'habitation		Code de la santé publique		Code de la santé publique



Sources : Presses de l'EHESP (2011) – Pour un habitat favorable à la santé, les contributions des villes

### Annexe 3 : Liste des acteurs rencontrés

- **Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL)**, service de l'habitat et de la rénovation urbaine
- **ARS Ile-de-France** :
  - o DSP, département SE, responsable de la cellule environnement intérieur
  - o DSP, département Précarité – PRAPS, coordinatrice régionale des PASS
  - o Agents de la cellule environnement intérieur de l'ARS-DD93
  - o Agents LHI de l'ARS Ile-de-France lors du Copil régional environnement intérieur
- **Conseil départemental**, direction de la prévention et de l'action sociale
- **SCHS de Bagnolet**, sa direction et ses inspecteurs de salubrité
- La **coordinatrice du CLS de Bagnolet** et de son atelier santé ville
- **SCHS d'Aubervilliers**, un inspecteur de salubrité et une infirmière en charge du saturnisme
- La **coordinatrice du CLSM d'Aubervilliers**
- **SCHS d'Épinay-sur-Seine**, sa direction
- **Association Habitat Santé développement (HSD)**
- **Association des Familles Victimes du Saturnisme**
- **MAIA 93 Nord**
- AP-HM - Hôpital Nord, coordinateur médical de PASS mère-enfant
- **DGS**, Sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, Bureau EA2
- **ARS Hauts-de-France**, Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale, service santé environnementale Nord
- **Fondation Abbé Pierre**
- **Agence Locale de l'Energie et du Climat MVE (ALEC-MVE)**, référent précarité énergétique

### Annexe 4 : Grille d'entretien utilisée

<b>Guide d'entretien à destination des personnes et structures recensées</b>
I- Niveau politique / missions
Présentation du sujet et de son intérêt
Rappel des missions de l'ARS en matière d'habitat indigne
Je sais que les missions de votre organisme portent sur : ..., pouvez-vous me préciser vos fonctions au sein de votre organisme ? Quelle a été votre parcours professionnel ? Quelle est votre ancienneté dans la LHI ?
II- Niveau opérationnel / descriptif
Pouvez-vous décrire les actions qui sont menées par vous ou d'autres acteurs lorsque vous rencontrez une situation d'habitat indigne ?
Pourriez-vous décrire les profils des personnes en situation d'habitat indigne que vous rencontrez ? Votre structure possède-t-elle des données (produites par elle, ou qu'elle utilise)/des indicateurs pour objectiver les différents profils ?



III- Perceptions / santé
Dans les actions contre l'habitat indigne de votre organisme, comment la santé des personnes en situation d'habitat indigne est-elle prise en compte ? Que mettez-vous derrière le terme santé ?
De ce que vous en percevez, comment la santé des personnes en situation d'habitat indigne est prise en compte dans les interventions des acteurs de la lutte contre l'habitat indigne ? Ont-ils une action spécifique pour améliorer la santé de ces personnes ?
IV- Souhaits / nouvelles actions ; dispositifs innovants
D'après votre expérience, quelle(s) seraient la ou les actions à mettre en œuvre/à encourager pour que la santé des personnes en situation d'habitat indigne soit améliorée ? Quelles actions aimeriez-vous mettre en œuvre pour améliorer la santé de ces personnes ? Au besoin, évoquer des thématiques qui apparaissent opportunes : couverture santé, vaccinations, santé respiratoire/allergie, santé mentale, nutrition, ...
Avez-vous connaissance d'approches, de dispositifs innovants, qui aient une action sur la santé des personnes en situation d'habitat indigne ?
Dans des publications, j'ai pu lire que votre organisme avait mis en place tel dispositif qui répond à ce besoin d'actions améliorant la santé des personnes en situation d'habitat indigne. Pourriez-vous décrire l'historique et le fonctionnement de ce dispositif ?
V- Coordination autour de la santé globale des personnes en situation d'HI
Quels sont les partenariats que vous identifiez entre les différents acteurs de la santé, du social et de la LHI ? Quels seraient les partenariats à intensifier ou à développer davantage ? Comment créer ces partenariats ? Quel cadre pour ces partenariats ?  Description d'un parcours-type à l'appui : Citer l'exemple d'un cas de Diogène rencontré à Saint-Denis (coordination et concertation de l'inspecteur de salubrité de la ville, d'un infirmier de la ville, de la Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté (RESAD) de Saint-Denis, de l'EPT Plaine Commune, du cabinet Urbanis).

## Annexe 5 : Calendrier de déroulement du travail

Etapas du travail	Août		Septembre				Octobre			
	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40	S41	S42	S43
Réflexion sur le sujet, identification des enjeux pour l'IDF et l'ARS IDF, recherches bibliographiques		◊								
Recensement des personnes et structures à contacter, réalisation d'une grille d'entretien										
Réalisation et analyse des entretiens, recueil d'informations et d'expériences auprès des collègues LHI de l'ARS IDF en COPIL régional LHI										
Analyse des CLS de troisième génération de Seine-Saint-Denis sous un angle habitat et santé										
Réalisation de cartographies avec le logiciel QGIS 3.10 pour étayer des éléments issus des entretiens et faire émerger d'autres constats										
Construction d'une proposition d'actions pour améliorer le parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne										
Concertation avec l'ARS-DD93 et la direction de la santé publique de l'agence sur cette proposition d'action										

◊ : Echange avec l'enseignant référent

○ : Echange avec le maître de stage (IGS à l'ARS-DD93)

## **Structurer le parcours de santé des franciliens vivants en situation d'habitat indigne**

Proposer des actions pour une intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé, sociaux et de la LHI autour de la santé globale des personnes en situation d'habitat indigne

Constats et propositions d'actions à engager

### **Constats sur le parcours de santé actuel des personnes en situation d'habitat indigne en Seine-Saint-Denis :**

---

**Profils des personnes en situation d'habitat indigne** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

- Majoritairement des femmes et des personnes seules,
- Des familles avec enfants, dont au moins l'un des conjoints a une situation administrative qui n'est pas en règle (absence de titre de séjour, titre de séjour expiré),
- Des femmes seules avec enfants, dont la situation s'est fragilisée suite à une séparation, ou ayant subi des violences conjugales,
- Des personnes qui ont eu un évènement avec un grave retentissement dans leur parcours de vie (séparation, décès d'un proche, perte d'emploi, maladie chronique, etc),
- Des personnes âgées qui vivent dans leur logement depuis des décennies mais n'ont plus les moyens de l'entretenir, et/ou avec une copropriété qui se dégrade, et qui ne se voient pas quitter leur logement.
- Ce sont des personnes précaires, qui vivent avec les minima sociaux et allocations logement, qui préfèrent ne pas manger et payer leur loyer, au risque de perdre leur logement.

Dans la littérature, les données sur les conditions socio-économiques des personnes en situation d'habitat indigne sont parcellaires. Néanmoins, les profils ci-dessus dépeints par plusieurs acteurs de la LHI rencontrés sont semblables avec ceux décrits par l'InVS lors de sa présentation au congrès national santé environnement du 26 novembre 2014 [1]. L'InVS précisait que les familles monoparentales sont trois fois plus représentées que les familles avec deux parents.

**Couverture sociale de ces personnes** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

- Une bonne partie a une couverture sociale (AME, CMU, régime générale pour les salariés), la problématique est plus sur la mutuelle complémentaire.
- Mais certains n'ont aucune couverture sociale. La santé est une problématique qui n'est pas dans leurs priorités. Le travail, le logement passent avant.
- Il faut savoir que pour les demandes de titre de séjour, un facteur favorable pour l'attribution et joint au dossier est l'existence d'un suivi médical des enfants, matérialisé par le carnet de santé.
- De même l'AME est automatiquement attribuée au cours des demandes de titre de séjour.

L'InVS précisait là aussi en 2014 que les personnes en situation d'habitat indigne sont plus fréquemment à la CMU et renoncent plus fréquemment aux soins [1].

**De nombreux dispositifs existent dans le département en matière d'accès aux droits en santé**, qu'ils existent de manière informelle entre les acteurs, ou cadrés dans des actions de CLS :

- Permanences d'accès aux droits en santé dans les Centres Municipaux de santé, CCAS, autres espaces, etc.
- Partenariats/conventions CPAM-acteurs du social pour activer des droits rapidement : *« la CPAM propose aux services sociaux des communes, aux centres de santé et aux établissements sanitaires, ainsi qu'à des associations, un partenariat renforcé, par lequel elle s'engage à former des correspondants, et à traiter les demandes qu'ils lui transmettent par un circuit prioritaire, permettant un accès rapide aux droits. Elle met à disposition des professionnels de santé une ligne urgence précarité. Pour faire face aux situations de renoncement aux soins, elle propose aux assurés identifiés un accompagnement personnalisé par des conseillers dédiés : les conseillers de la Plateforme d'Intervention pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) ».*
- Des CLS ont pour objectif de renforcer l'utilisation de la fiche saisine du PFIDASS : formulaire qui peut être utilisé par tous les acteurs du territoire qui accompagnent les publics vulnérables en renoncement aux soins, à transmettre à la plateforme. Un conseiller mettra en œuvre *« des actions personnalisées relatives aux droits, au parcours de soins, au montage financier, à la coordination d'actions partenariales pour ces assurés et à la sensibilisation aux actions de prévention, par des contacts réguliers avec le renonçant aux soins »*,
- Actions de sensibilisation et d'information auprès de populations vulnérables sur l'accès aux droits en santé,
- Mutuelle complémentaire proposée par la collectivité dans les villes de Clichy-sous-Bois et Montreuil,
- PASS hospitalières, où une prise en charge pour les droits en santé peut être initiée,
- PASS ambulatoires dans les locaux de CMS (d'abord expérimentales dans le PRAPS du PRS 1, elles ont été pérennisées et de nouvelles voient le jour) : Aubervilliers, Pantin, Montreuil, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Stains, La Courneuve, Saint-Ouen, Tremblay-en-France.
- Dispositif d'accueil, d'orientation et d'accès aux soins des publics en errance ou marginalisés au CMS de Bagnolet : propose un accès aux droits et aux soins de médecine générale et dentaire pour les personnes vulnérables, adultes et enfants, sans droits ouverts à l'assurance maladie (équivalent de PASS ambulatoire).

**Accès aux soins des personnes en situation d'habitat indigne** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

- Une bonne partie consulte des médecins, souvent à l'hôpital, et d'autant plus quand il y a des enfants.
- Dans les plaintes écrites adressées aux communes ou au préfet concernant l'état de leur logement, il est souvent joint un certificat médical de médecin préconisant un relogement compte tenu des pathologies respiratoires et allergiques des enfants. Ce certificat médical n'est pas exploitable par les acteurs de la LHI, car il n'est pas un reflet de l'urgence de la situation et que les médecins ne font presque plus de visites à domicile, mais montre bien qu'un suivi médical existe.

**Pathologies touchant les personnes en situation d'habitat insalubre rapportées par les acteurs rencontrés :**

- Problèmes respiratoires et allergiques,
- Problèmes dermatologiques,
- Souffrances psychiques, souvent déjà existantes avant l'entrée dans le logement insalubre, intensifiées par les conditions d'habitat. Des personnes perdent toutes capacités à pouvoir habiter normalement un logement,
- Le syndrome de Diogène, ou plus généralement d'incurie,

- Le saturnisme infantile, qui est souvent couplé avec des problèmes respiratoires et dermatologiques plus conséquents que dans les situations d'insalubrité où il n'y a pas de plomb accessible.
- Troubles cognitifs/troubles du spectre autistique non pris en charge chez des enfants, d'autant plus quand il y a eu saturnisme infantile.

Ces pathologies sont également rapportées dans de nombreux guides OMS, cités et repris par le rapport de 2019 du HCSP sur le sujet [2].

**Investissement des communes disparate sur la LHI** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

- Historiquement les communes de l'ouest du département, qui bordent Paris, sont plus investies sur la LHI et ont plus de moyens. Beaucoup sont des Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS)<sup>20</sup>.
- Les communes à l'est du département ont moins la connaissance du sujet.

Les disparités apparaissent avec des communes où la réponse publique locale se limite à la réglementation de la sécurité et des périls, et d'autres communes où est développé en plus une approche globale de promotion de la santé, articulée avec les PMI, les secteurs psychiatriques, ou les centres de lutte antituberculeuse. D'autres fois encore l'intervention publique peut se résumer à une négation du problème [3].

A leur création, les 208 SCHS de France avaient à leur tête des médecins directeurs. Aujourd'hui c'est devenu très rare, la pénurie de médecins les a fait remplacer par des ingénieurs le plus souvent, et de plus ces médecins ne s'étaient pas forcément investis sur les questions de santé environnement. Devant la complexité de problématiques comme le traitement des syndromes de Diogène, certains SCHS ont développé des compétences et une transversalité (social, santé, habitat, juridique) au sein des services de leurs collectivités. Mais la littérature rapporte aussi que la réalité est très contrastée également entre les SCHS. Plusieurs sont devenus de véritables services de santé publique intégrés (action sur l'habitat insalubre, les pollutions, le bruit, la promotion de la santé, la vaccination), parfois même portant un atelier santé ville. D'autres SCHS ont une intervention de santé publique qui reste confinée à une application de la réglementation stricte, ou ont vu leurs effectifs fondus au sein de services d'urbanisme [3].

**Approche sociale globale des communes** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

Les inspecteurs de salubrité des communes rencontrés rapportent que pour prendre en charge globalement les personnes en situation d'habitat indigne, au-delà de la caractérisation du risque pour la santé et de l'initiation de procédures d'habitat indigne, ils renvoient les occupants vers les interlocuteurs compétents quand il y a besoin : écrivains publics, ADIL (pour les situations de non-décence), CCAS (en cas d'impayés de loyers ou d'électricité, en cas de problème pour régulariser la situation administrative, pour avoir une demande de logement social complète).

Ils précisent que les services publics sont essentiels pour les personnes en situation d'habitat indigne, qu'il faut commencer par améliorer leur santé sociale avant même de pouvoir interroger leur prise en charge médicale. Très rarement les inspecteurs de salubrité ont ressenti le besoin d'orienter une personne en situation d'habitat indigne vers le CMS, ou une autre forme de prise en charge médicale.

**Aborder les questions de santé, de prise en charge médicale, par les acteurs de la LHI des communes semble compliqué pour les personnes rencontrées lors du stage, au regard du secret médical et de leur manque de légitimité sur la question, ne faisant pas partie du personnel soignant.** Cependant, dans le département, plusieurs SCHS ont parmi leurs équipes une infirmière, qui serait plus à même d'aborder ces questions avec les occupants de l'habitat indigne, et qui le font déjà pour une partie,

<sup>20</sup> Services avec des fonctionnaires municipaux dédiés à la santé publique, mais exerçant pour partie des pouvoirs de police de l'État (fonctions d'expertise : rapport et proposition d'arrêtés d'insalubrité) normalement attribués au directeur de l'ARS, et touchant pour cela une dotation ad hoc. La Seine-Saint-Denis en compte 16.

puisque ce sont ces infirmières qui traitent la question du saturnisme au sein de ces SCHS.

**Le besoin de sensibiliser à la bonne occupation du logement, à la qualité de l'air intérieur** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

Au de-là de la couverture santé et de l'accès aux soins, les inspecteurs de salubrité rencontrés font part du besoin de sensibiliser les occupants aux bons gestes et à la bonne occupation du logement, afin de réduire les expositions aux polluants. Des interventions sur la qualité de l'air intérieur, ou l'initiation de visites de Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur seraient très utiles. Plusieurs collectivités ne connaissaient d'ailleurs pas la fonction des CMEI.

**Conseiller Médical en Environnement Intérieur :**

« Professionnel issu du domaine de la santé, du social ou du bâtiment, et formé pour réaliser des audits de l'environnement intérieur. La spécificité de l'intervention d'un CMEI réside dans la visite au domicile du patient, proposée sur prescription médicale. Ces ordonnances sont principalement rédigées par des médecins spécialistes (pneumologues, allergologues). Ces visites s'adressent aux patients ayant des maladies respiratoires chroniques : asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, allergies respiratoires, etc. Une fois la visite effectuée, le CMEI rend un diagnostic permettant ensuite de mettre en œuvre des mesures pour l'éviction des polluants domestiques, et d'adapter son habitat. » (Association APPA)

**La sous action 4 de l'axe 4.3 du PRSE 3 d'Île-de-France, intitulée « structurer un réseau régional des CMEI », vise notamment à :**

- Accompagner l'installation de nouveaux CMEI, prioritairement en zones non pourvues,
- Créer un réseau régional des CMEI à travers une plateforme de coordination des différents acteurs : CMEI, médecins prescripteurs, acteurs de l'habitat,
- Mettre en réseau les CMEI avec les acteurs de l'habitat, de l'énergie, et du social, notamment dans le cadre de la lutte contre la précarité énergétique.

Le bilan à mi-parcours du PRSE 3 montre qu'il y a une grande difficulté à avoir des CMEI sur les territoires. La meilleure façon identifiée pour leur implantation est le portage de CMEI par une collectivité : au sein de ses agents, faire former une personne à cette fonction et dégager du temps sur sa fiche de poste pour que des interventions de CMEI soient faites. L'ARS Ile-de-France ne peut pas porter dans le temps la subvention actuelle d'une association qui réalise le plus gros des interventions de CMEI sur la région. Il faut convaincre les collectivités de s'engager dans ce sens. Plusieurs villes de Seine-Saint-Denis ont formé un agent de leur SCHS, comme Montreuil, Pantin, Saint-Denis. La formation a été financée par l'ARS Ile-de-France et cela faisait partie des actions de leur CLS 3<sup>ème</sup> génération.

**Pour les personnes en situation d'habitat insalubre où la décision préfectorale indique un relogement et où le propriétaire est défaillant à reloger :**

- Deux opérateurs (association HSD et la société ISCP, composés de travailleurs sociaux) sont subventionnés par la DRILH et l'ARS pour réaliser un suivi des familles afin que leur situation devienne compatible avec un relogement,
- Le suivi se nomme « suivi *sanitaire et social au relogement* », mais face au nombre de situations à suivre et à leur complexité, c'est bien souvent un suivi très axé sur le social. Pour améliorer la santé, il faut déjà commencer par avoir accès au logement (principe fondateur du programme un chez soi d'abord) et avoir accès aux droits en santé [4].
- Au cours du diagnostic social initial lorsque l'opérateur rentre pour la première fois en contact avec la famille à reloger, outre l'aspect social, il est demandé si la famille a une couverture santé, si elle a un suivi médical/psychologique, si elle a un médecin traitant.

- Dans les situations les plus préoccupantes d'un point de vue sanitaire, les travailleurs sociaux vont essayer de mettre rapidement en place une couverture sociale et une prise en charge médicale si elle n'existe pas déjà, notamment pour les enfants avec saturnisme.
- Les faibles revenus de ces familles ne permettent pas un relogement dans le parc privé le plus souvent, mais dans le parc social.
- Suite au relogement, le suivi se poursuit encore 3 mois, afin d'accompagner l'appropriation des lieux par la famille.
- Il arrive d'avoir des familles où une violence conjugale ou intrafamiliale est repérée lors du suivi.
- Il arrive d'avoir des familles issues d'immigrations récentes avec des parents séropositifs au VIH.
- **Durant le confinement lié à la Covid :**
  - o Les violences conjugales au sein des familles à reloger ont été exacerbées,
  - o La DRIHL 93 a fait réaliser des travaux sommaires (création de ventilations, dératissage, évacuation des eaux usées) dans les locaux impropres à l'habitation (L1331-22 du CSP) et dangereux pour la santé (L1331-24) où vivaient des familles avec décision préfectorale de relogement, afin d'améliorer leurs situations. La DRIHL 93 a été la seule de France à réaliser cela.
  - o La DRIHL a pu héberger très peu de personnes vivant dans des locaux touchés par une décision préfectorale qui demandait des travaux ou un relogement, car les lieux d'hébergement étaient mobilisés pour les personnes sans-abri.

**D'une manière générale, depuis plusieurs années, parmi les personnes en situation d'insalubrité, on constate** (constat partagé par les différents acteurs rencontrés) :

- **Une augmentation des problématiques de santé mentale,**
- **Une augmentation des personnes âgées en perte d'autonomie et avec des souffrances psychiques.**

Ces deux augmentations ne sont pas étonnantes, et sont également rapportées dans le 25<sup>ème</sup> rapport annuel de 2020 de la Fondation Abbé Pierre sur le mal-logement. Ces augmentations sont d'ailleurs présentes en population générale :

- La demande de soins en santé mentale (pour les troubles anxiodépressifs, psycho-traumatismes, troubles du comportement, addictions) est en augmentation constante [5]. Les troubles mentaux (consommations de psychotropes, maladies psychiatriques) relèvent du premier poste par pathologie de dépenses du régime général de l'assurance maladie, avant les cancers et maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros.
- Aujourd'hui en France, on compte 15 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. On en comptera 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060 [6]. A tendance démographique qui se poursuit et si l'amélioration de l'état de santé continue, la France hors Mayotte aurait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus, contre 15,3 % en 2015 [7].

L'isolement, une perte de capacité à entreprendre, à vivre de manière autonome dans un logement, à garder un emploi, à réaliser les actes de la vie quotidienne, une rupture des liens familiaux et sociaux sont des processus qui affectent très souvent les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants [4]. Habiter dans des locaux insalubres ne peut que les renforcer, et l'on peut dire que l'insalubrité nourrit les problèmes de santé mentale, et que ces derniers nourrissent aussi l'insalubrité, ce qui est très évident pour les cas de Diogène.

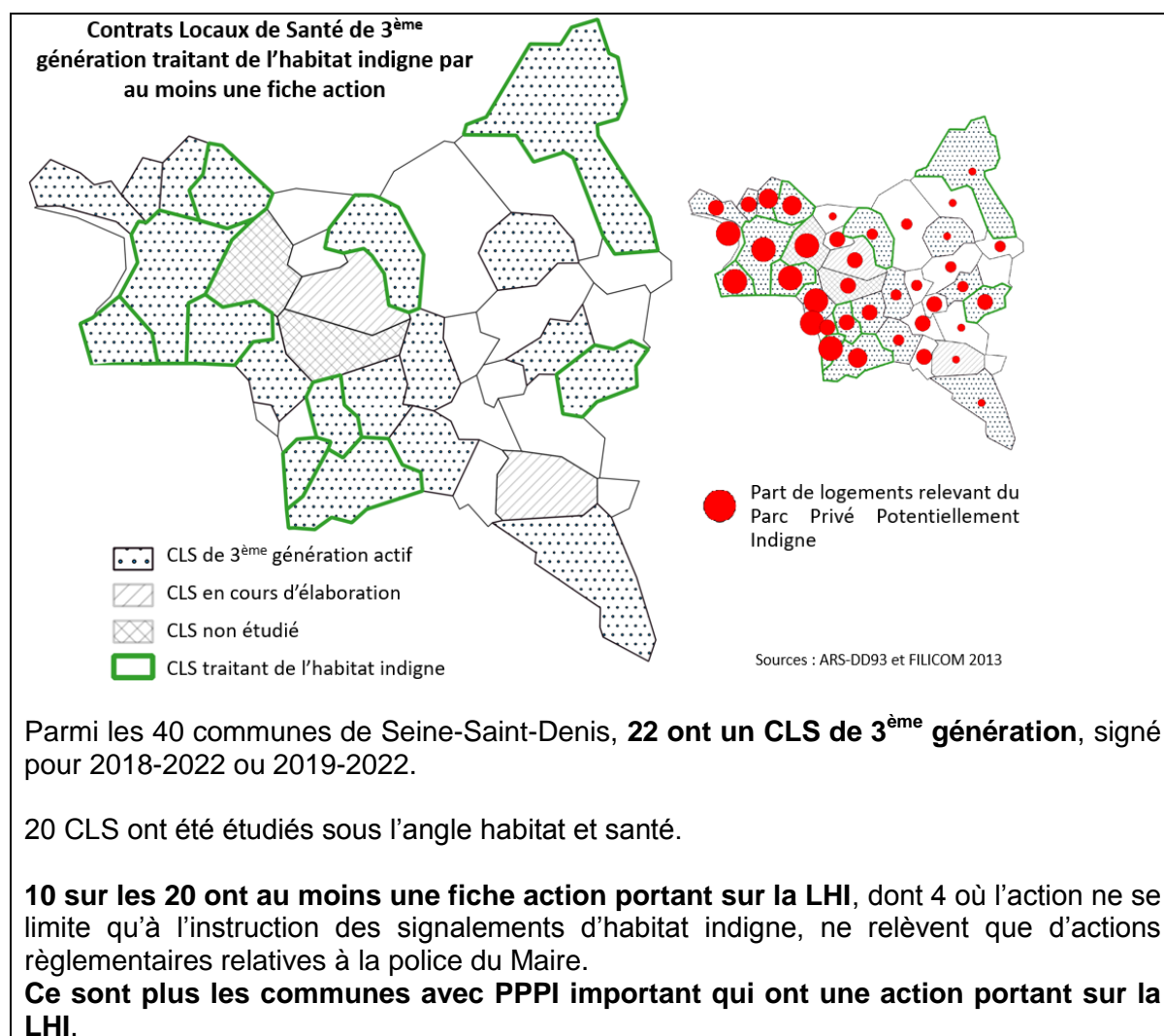
**Les services de l'Etat et leurs opérateurs souhaitent monter en compétence sur les réponses aux cas complexes (santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie) :**

Les deux opérateurs financés pour le suivi sanitaire et social au relogement sont des acteurs engagés, qui cherchent à monter en compétence pour mieux prendre en compte les aspects sanitaires, au travers de réponses adaptées (connaissances d'hébergement ou structures adaptés, mesure de protection juridique, accompagnement des personnes en situation d'incurie, etc). Ils apprennent également l'un de l'autre, notamment au travers des échanges en réunion de suivi relogement.

La réunion de suivi relogement, qui se tient tous les mois, réunit la DRIHL 93, l'ARS-DD93 et les deux opérateurs. La situation de toutes les familles à reloger est passée en revue et une concertation est faite pour que la réponse la plus adaptée soit trouvée à chaque fois. L'ARS-DD93 n'est pas toujours représentée faute de temps. Depuis plus d'un an, la DRIHL 93 laisse plus de place aux aspects sanitaires dans le suivi, quand auparavant seule la complétude de la demande de logement social était investiguée.

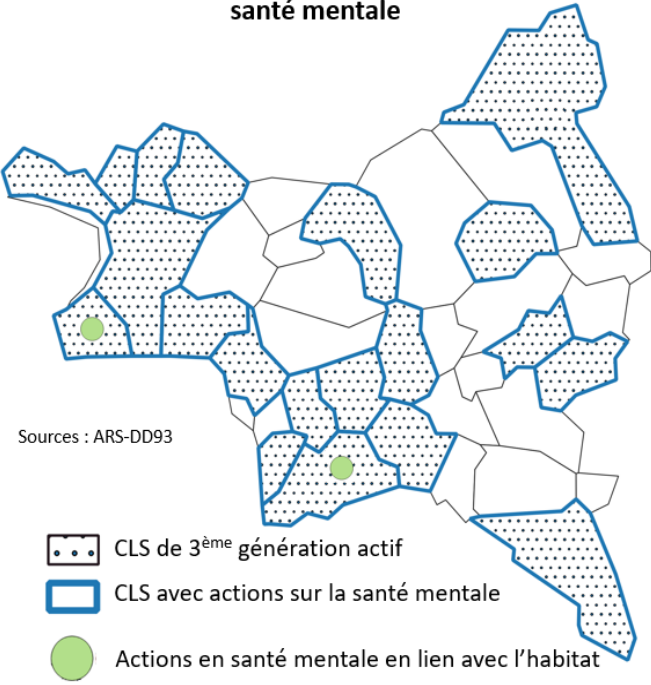
La DRIHL 93 fait part du besoin d'avoir un interlocuteur à l'ARS-DD93 qui ait une connaissance des acteurs et dispositifs sanitaires et médico-sociaux afin que les situations des familles à reloger soient le mieux traitées, notamment en ce qui concerne les problématiques de santé mentale et des personnes âgées en perte d'autonomie et avec souffrances psychiques.

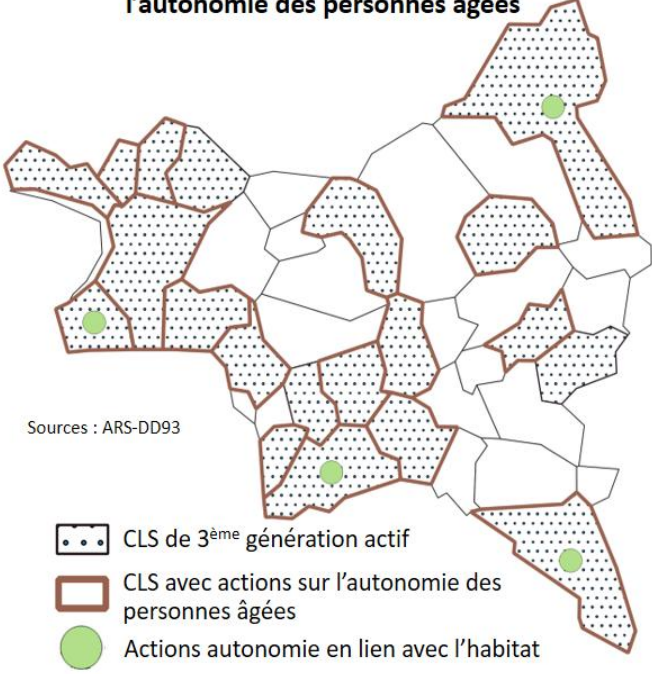
### Analyse des Contrat Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération de Seine-Saint-Denis sous l'angle habitat et santé :





<p align="center"><b>Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération comportant des actions contre le saturnisme</b></p> <p>Sources : ARS-DD93 et FILICOM 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> CLS de 3<sup>ème</sup> génération actif</li> <li> CLS avec actions contre le saturnisme</li> <li> Pourcentage d'enfants de moins de 6 ans habitant un logement du PPPI construit avant 1949</li> </ul>	<p><b>Seulement 4 CLS sur les 20 étudiés ont une action qui porte sur la lutte contre le saturnisme infantile.</b> Ce sont des communes avec un risque conséquent de logements ayant du plomb accessible.</p> <p><b>Les actions contre le saturnisme inscrites sont assez classiques :</b> mobilisation des PMI au repérage d'enfants habitant dans le parc ancien, et sur la prescription de dépistages ; mobilisation des CCAS au repérage également ; ateliers de sensibilisation pour le dépistage du saturnisme ; mobilisation du service hygiène au repérage de locaux ayant du plomb accessible parmi tous les locaux visités suite à une plainte en lien avec l'habitat.</p>
<p align="center"><b>Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération comportant des actions sur la qualité de l'air intérieur</b></p> <p>Sources : ARS-DD93</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> CLS de 3<sup>ème</sup> génération actif</li> <li> CLS avec actions sur la QAI</li> <li> Actions innovantes en QAI</li> </ul>	<p><b>12 CLS sur les 20 étudiés ont une action qui porte sur la qualité de l'air intérieur,</b> la sensibilisation à la bonne occupation d'un logement.</p> <p><b>6 CLS proposent des actions plus novatrices</b> sur le sujet :</p> <p><u>Fiche 12, CLS Bondy :</u> *établir un plan d'action pluriannuel afin de sensibiliser les bondynois sur les problématiques de santé et d'hygiène rencontrées au quotidien (pollution de l'air intérieur, perturbateurs endocriniens, syndrome de Diogène, saturnisme). *etc.</p> <p><u>Fiche 20, CLS Clichy :</u> action de prévention QAI et étude de faisabilité de la présence d'un CMEI dans les services.</p> <p><u>Fiche 27, CLS de Montreuil :</u> formation d'une infirmière du SCHS à la fonction de CMEI et développement de l'activité qu'elle réalisera dans la fiche. Actions semblables à Pantin et Saint-Denis.</p> <p><u>Fiche 30, CLS Pierrefitte :</u></p>

	<p>*QAI dans les ERP, formation des professionnels intervenant au domicile (SSIAD, service social, ...). *etc.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération comportant des actions sur la santé mentale</b></p>  <p>Sources : ARS-DD93</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; border: 1px solid black; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></span> CLS de 3<sup>ème</sup> génération actif</li> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; border: 2px solid blue;"></span> CLS avec actions sur la santé mentale</li> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #90EE90; border-radius: 50%;"></span> Actions en santé mentale en lien avec l'habitat</li> </ul>	<p><b>Tous les CLS s'intéressent à la question de la santé mentale</b>, en rappelant l'objectif de leur CLSM s'il existe, ou en affichant une volonté de créer un CLSM.</p> <p><b>2 CLS ont une action en santé mentale qui est en lien avec l'habitat :</b></p> <p><u>Fiche 18 CLS Saint-Ouen</u> : santé mentale et renouvellement urbain : *mise en place tout au long de la durée du projet ANRU d'un renforcement et d'une analyse des recours au CMP ; *formation sur la santé mentale des gardiens, employés, des bailleurs, pour prévenir et détecter les vulnérabilités et savoir les orienter ; *développer un projet contre l'isolement des personnes âgées des quartiers ANRU ; *repérer et accompagner spécifiquement les personnes à risque psychologique dans le cadre des chartes de relogement des projets ANRU *etc.</p> <p><u>Fiche 18 CLS Montreuil</u> : prévenir précocement les troubles psychiques et favoriser l'habitat inclusif : *mettre en place des entretiens avec des accompagnateurs psycho-sociaux de l'association Bol d'air susceptibles d'établir des ponts entre les personnes en souffrance et les différents dispositifs pouvant les aider (accompagnateurs qui savent travailler en réseau avec le CLSM et la RESAD). *actions de formation et de veille des gardiens d'immeubles relatives à l'isolement et à la souffrance psychique, *actions locales d'accès au logement des personnes avec handicap mental (partenariat avec une association et</p>

	<p>préparation d'un appel à projet pour le dispositif « un chez soi d'abord ») *etc.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération comportant des actions sur l'autonomie des personnes âgées</b></p>  <p>Sources : ARS-DD93</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><span style="border: 1px dotted black; padding: 2px;"> </span> CLS de 3<sup>ème</sup> génération actif</li> <li><span style="border: 2px solid red; padding: 2px;"> </span> CLS avec actions sur l'autonomie des personnes âgées</li> <li><span style="color: green;">●</span> Actions autonomie en lien avec l'habitat</li> </ul>	<p><b>17 CLS sur les 20 étudiés ont une action qui porte sur l'autonomie des personnes âgées.</b></p> <p><b>4 CLS ont une action sur l'autonomie des personnes âgées qui est en lien avec l'habitat :</b></p> <p><u>Fiche 11, CLS Noisy-Le-Grand :</u> *renforcer le maintien à domicile (étude prospective pour développer les services à domicile) et lutter contre l'isolement ; *accompagner l'implantation de nouvelles structures de résidences adaptées aux personnes âgées en fonction de leur autonomie ; *etc.</p> <p><u>Fiche 16, CLS Montreuil :</u> *favoriser les visites à domicile de médecins ; *etc.</p> <p><u>Fiche 6, CLS Saint-Ouen :</u> *favoriser l'adaptation des logements aux contraintes du grand âge ; *mieux connaître les expériences innovantes en matière de parcours résidentiel pour les adapter au territoire ; *renforcer les visites à domicile des médecins des CMS ; *etc.</p>

#### Offre en médecine générale dans le département :

- 1 011 médecins généralistes libéraux (SNIIRAM, janvier 2016), ce qui est faible pour ce territoire,
- Une offre importante en Centres de Santé, notamment municipaux (CMS) : 56 centres de santé avec au moins une offre de médecine générale (11 associatifs et 45 avec statut municipal), sur les 89 que compte le département.
- 12 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) avec professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, autour d'un projet et des actions de santé coordonnées. 6 autres MSP en cours d'étude.
- 3 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en cours de constitution et 7 autres initiatives de CPTS cherchant à se formaliser.

8 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières, dont 2 spécialisées psychiatrie (EPS Ville Evrard Saint-Denis et Neuilly-sur-Marne). Près de 8 PASS ambulatoires, facilitant le lien avec la médecine de ville.

## Focus sur les problématiques de santé mentale chez les personnes en situation d'insalubrité :

La majorité des problématiques de santé mentale avec situation d'insalubrité connues par l'ARS-DD93 correspondent à des situations de Diogène. Ce sont aussi de telles situations qui ont été observées durant le stage.

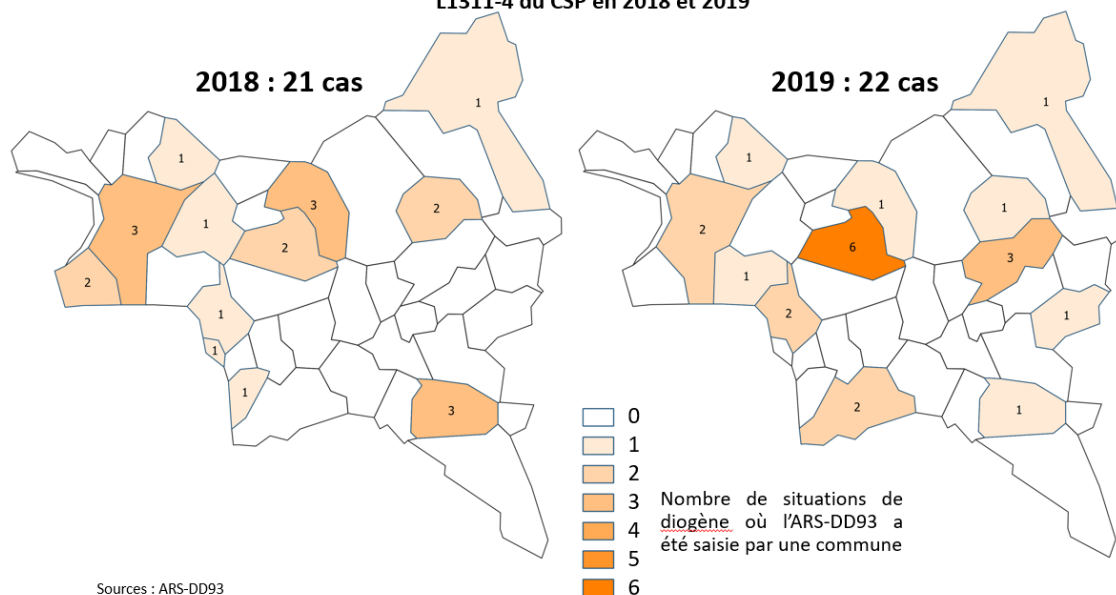
Une analyse sur 10 ans de leur nombre montre leur augmentation : 8 situations en 2008, 5 en 2009, 21 en 2018, 22 en 2019.

Les communes saisissent l'ARS-DD93 lorsqu'elles ont connaissance d'une telle situation afin qu'une décision préfectorale (arrêté d'urgence au titre de l'article L1311-4 du CSP) soit prise pour que la personne à l'origine de l'accumulation y mette fin et procède au nettoyage des lieux, compte tenu du risque imminent pour sa santé et celle du voisinage. Il est illusoire de penser que la personne va du jour au lendemain mettre fin au danger et ne plus souffrir du syndrome avec la notification de l'arrêté d'urgence. Bien souvent la commune finit par réaliser le désencombrement et la désinfection des lieux par des travaux d'office, face à la défaillance de la personne responsable de la situation. Dans de nombreux cas encore, la gestion de ces situations se résume à ces travaux d'office, qui engendrent systématiquement une récurrence de l'encombrement dans les semaines et mois qui suivent.

Les recommandations (notamment du guide *incurie dans le logement* de la Dihal [8], qui fait référence) préconisent la « mobilisation de professionnels de divers métiers et de compétences complémentaires relevant notamment de l'habitat [service hygiène, bailleur social], de la santé [CMP, EMPP, MAIA, SSIAD] et du social [CCAS, SAAD]. La fragilité des personnes ayant ce mode de vie implique qu'elles soient au centre de l'action à conduire et participent autant que possible aux mesures à prendre (accompagnement social, juridique ou médical) ».

Le traitement des situations de Diogène prend donc du temps et de l'énergie pour avoir une approche pluri-professionnelle. Les communes sachant traiter ces situations de la meilleure façon possible sont souvent celles qui disposent d'une RESAD (et parfois d'un CLSM) qui s'est saisie de la question.

Nombre de situations de diogène où l'ARS-DD93 a été saisie par une commune pour une décision préfectorale L1311-4 du CSP en 2018 et 2019



## La Seine-Saint-Denis compte 16 CLSM actifs :

Le centre national de ressources et d'appui aux CLSM définit un CLSM comme : « un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels ».

L'ARS Ile-de-France, au-delà du soutien financier qu'elle apporte en cofinçant les postes de coordination des CLSM sur le territoire, est un soutien institutionnel pour ces dispositifs. Parmi les actions prioritaires du cahier des charges de l'agence proposées pour les CLSM, deux actions sont très déployées en Ile-de-France : les actions interpartenariales pour l'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion d'une part (dont l'accès et le maintien dans le logement) et les actions visant l'aide à la résolution des situations psychosociales complexes d'autre part [9].

Les questions liées au logement sont traitées dans presque tous les CLSM d'Ile-de-France, avec la mise en place, ou le renforcement des accompagnements, de logements adaptés (maisons relais, résidences accueil. . .), le renforcement des liens avec les gardiens d'immeubles, la création d'outils pour partager l'information et les expériences sur le mieux vivre ensemble dans le logement ordinaire.

Les cellules de concertation interpartenariale pour la recherche de solutions dans des situations psychosociales complexes, souvent appelée **RESAD (Réseau ou réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté)**, sont à différencier des CLSM. Il s'agit d'un espace de coopérations techniques entre différents acteurs locaux pour faire émerger la meilleure réponse possible à la situation d'une personne avec problèmes de santé mentale, et non d'un travail sur les politiques de santé mentale.

**C'est la Seine-Saint-Denis qui dispose de l'expérience la plus conséquente en matière de RESAD ou réunion apparentées en Ile-de-France. Actuellement 30 communes sont couvertes par une RESAD en Seine-Saint-Denis.**

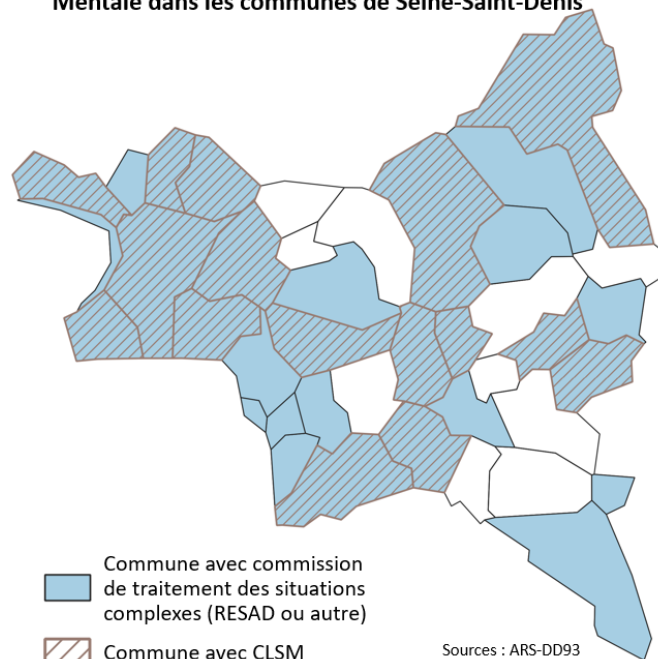
Ces RESAD ont le plus souvent vu le jour autour d'un partenariat entre l'atelier santé ville, le CCAS, la circonscription de service social, le/les CMS et le secteur de psychiatrie adulte. Elles sont basées sur un comité de membres permanents qui cherche une réponse collective à une situation mêlant difficultés sociales, médicales, économiques, juridiques [9].

**Ces RESAD sont généralement l'élément central autour duquel les CLSM du département se sont construits.**

Aussi il existe dans le département **8 réunions de concertation formalisées (équivalentes à des RESAD spécialisées sur le sujet âgées) dédiées personnes âgées** : à Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains, Le Pré-Saint-Gervais, Les Lilas, Romainville, Montreuil, Rosny-Sous-Bois.

Malgré les nuisances provoquées sur le voisinage, les situations de Diogène sont très peu rapportées aux services municipaux. Très souvent une situation est connue quand le syndrome est bien installé. La ville d'Aubervilliers, très

Répartition des commissions de traitement des situations complexes (RESAD ou autre) et Conseils Locaux de Santé Mentale dans les communes de Seine-Saint-Denis



expérimentée sur le sujet et ayant une approche multi-acteurs poussée et une formation spécialisée incurie à la RESAD de la ville, cherche à prévenir ces situations en formant les gardiens d'immeuble à les repérer. Concernant le traitement des situations, une fois l'adhésion de la personne obtenue, les travaux d'office sont réalisés sur demande et supervision du SCHS d'Aubervilliers. Pour éviter toute récurrence, un lien est entretenu avec la personne : mise en place d'une aide à domicile qui veille au maintien de l'hygiène dans le temps (prestation mise en place par le CCAS pour les personnes reconnues handicapées par la MDPH et bénéficiant d'une Prestation de Compensation du Handicap, et pour les personnes de plus de 60 ans via Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie). Pour les personnes sans handicap et de moins de 60 ans, il n'y a pas de ressources pour mettre en place une aide à domicile, les personnes restent isolées et récidivent beaucoup plus [10].

Il est à noter, encore une fois, que les communes à l'ouest du département, historiquement plus investies sur l'habitat indigne, proposent des réponses globales plus pertinentes pour les cas de Diogène.

**Le bailleur social Plaine Commune Habitat a mis en place un projet pour permettre le maintien et l'accès au logement des personnes avec problématiques de santé mentale.** Les troubles psychiques non pris en charge peuvent conduire les personnes à rompre les liens avec leur voisinage. L'isolement est susceptible de les fragiliser, les menant parfois jusqu'à l'expulsion de leur logement, lorsque les règles du vivre ensemble ne sont plus respectées par des incivilités répétées.

#### **Initiatives de territoires :**

- La Direction Départementale des Territoires des Yvelines (équivalente en terme de compétence LHI aux DRIHL de la petite couronne) a mis en place un suivi sanitaire et social au relogement spécifique pour les personnes avec des problématiques de santé mentale. Les DRILH 75 et 93 se posent la question de faire de même.
- L'ARS-DD95 a une convention avec un opérateur de l'habitat pour l'accompagnement des situations de Diogène. Une infirmière crée un contact avec la personne ayant le syndrome de Diogène et se déplace régulièrement à l'adresse pour amener au changement et éviter les récurrences. Le nettoyage, s'il n'est pas effectué par la personne ayant le syndrome, est réalisé par la DDT en travaux d'office.
- La cellule habitat indigne de l'ARS-DD95 a entrepris de créer des liens avec les acteurs de la santé mentale du territoire en ce qui concerne la problématique Diogène depuis 3 ans. C'est un travail au long cours.

#### **L'offre en psychiatrie en Seine-Saint-Denis :**

L'offre en psychiatrie adulte publique est organisée en **18 secteurs** couvrant chacun plusieurs communes et rattachés à deux établissements hospitaliers : l'Établissement Public de Santé Ville Evrard et le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger.

Dans chaque secteur se trouve au moins un **Centre Médico Psychologique (CMP)**, qui a l'obligation d'accueillir toute personne habitant sur le territoire. L'adresse de résidence d'une personne lui attribue un unique secteur. Il y a 24 CMP en Seine-Saint-Denis.

11 centres de santé (souvent des CMS) proposent des consultations de psychiatre.

12 communes sont sans aucun psychiatre libéral.

67 psychiatres libéraux exercent sur le département (Améli, 2017).

Il est également possible en Seine-Saint-Denis de faire appel à des **équipes mobiles au domicile**, axées sur le sujet âgé (3 équipes mobiles géronto-psychiatriques [EMGP]) ou sur la précarité (5 équipes/unités mobiles psychiatrie précarité [EMPP]).

## Focus sur les problématiques personnes âgées en perte d'autonomie et en situation d'insalubrité :

---

**Lorsqu'une situation d'insalubrité avec personne âgée en perte d'autonomie est connue de l'ARS-DD93, il est souvent rencontré :**

- Un cas d'incurie avec isolement de la personne, des droits non ouverts (retraite, Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie qui permet à la personne de financer de l'aide à domicile, etc).
- Un cas de logement vétuste avec manque d'entretien, parfois même sans eau courante. La personne est alors le plus souvent locataire. Les cas de propriétaires occupants vieillissants ne sont pas vus à l'ARS-DD93 mais existent bien.
- Ces personnes ne souhaitent pas quitter leur logement le plus souvent, même ne serait-ce que pour être hébergés ailleurs le temps de travaux.
- L'adhésion à tout changement de la personne âgée est très compliquée.

**La CNSA décrit la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) comme :**

*« une méthode d'action qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, pour tendre à la lisibilité du système d'aide et de soins et à la simplification du parcours des personnes âgées.*

*Cela passe notamment par la création d'un guichet intégré : il s'agit de fédérer tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des interventions sur le territoire, autour de **pratiques, d'outils partagés et de processus articulés pour une harmonisation des réponses et des orientations**, à tout endroit du territoire.*

*L'action MAIA s'appuie également sur des **instances de concertation**, les tables tactiques par territoire MAIA et les tables stratégiques départementales, espaces de dialogue formalisés où s'élaborent outils et organisation.*

*Ce travail en direction des professionnels est complété par la **gestion de cas** qui permet de répondre aux besoins de personnes âgées en situations particulièrement complexes, de soutenir les aidants et d'accompagner les professionnels en place ».*

**Trois MAIA existent en Seine-Saint-Denis et recouvrent tout le département.** La rencontre avec la pilote de la MAIA nord 93 a permis de parler de son activité ainsi que de celle des deux autres MAIA.

Les MAIA de Seine-Saint-Denis sont très souvent sollicitées par des acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées sur des questions d'hygiène :

- Les cas de Diogène : où la MAIA essaye de créer une réponse globale avec le service hygiène de la commune, le CMP, le CCAS, le Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), etc. Souvent la MAIA invite le service hygiène à présenter la situation en RESAD si la commune en dispose d'une. Le but n'est pas que de régler la situation, mais de rendre autonome les acteurs du territoire pour prendre en charge ce type de situation. La MAIA Nord siège dans plusieurs RESAD du département.
- Les cas de logements avec manque d'entretien, vétusté, absence d'eau courante ou électricité. Les services d'aide à domicile font remonter des situations où les personnes âgées n'ont jamais changé leurs draps, où les torchons n'ont jamais été propres.
- Les cas d'infestation de punaises de lit : des services d'aide à domicile ne veulent plus se rendre à l'adresse de peur d'être infestés à leur tour. La MAIA travaille à créer un groupe projet sur le sujet pour développer là encore une réponse locale basée sur les différents acteurs et créer des fiches pratiques/protocoles pour traiter la situation et prévenir le transport de punaises de lit par l'activité des personnes intervenant au domicile.

La MAIA travaille aussi souvent avec les bailleurs sociaux quand la personne âgée est leur locataire. Plaine commune habitat a par exemple un protocole en place en cas d'infestation de punaises de lit.

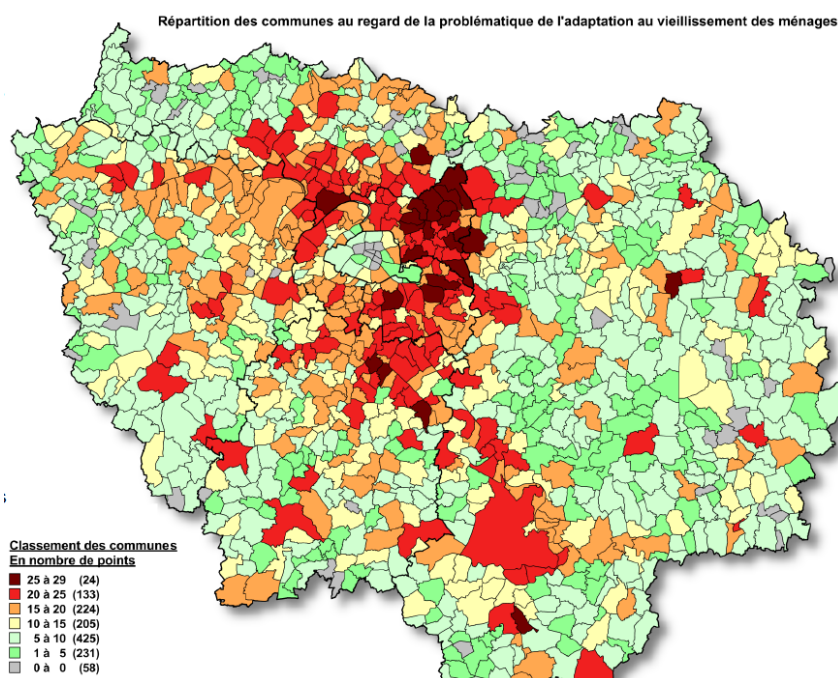
La MAIA nord 93 voit aussi des disparités dans la capacité de traitement des situations par les communes. L'ouest du département est plus autonome et a plus de dispositifs en place.

Le site internet des MAIA 93 est riche en ressources et cartographies des acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées. Les trois MAIA disposent d'un gestionnaire de cas qui pour les cas les plus complexes met en réseau les acteurs pour traiter la situation du mieux possible. Le guichet intégré est basé sur la fiche de liaison FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation d'Ile-de-France), outil support qui peut être rempli par tout acteur et fait une photographie de la situation. Par les alertes, l'orientation qu'elle fait émerger, la fiche FAMO peut être le support de sollicitation de tout service du territoire. Le plus souvent la fiche FAMO est renvoyée au gestionnaire de cas de la MAIA, mais il est voulu que les acteurs puissent aussi directement se transmettre ce formulaire pour se faire passer de l'information et gagner en autonomie pour gérer les situations. Dans l'encadré « alerte » de la fiche, sous l'item « environnement matériel », peut être coché « insalubrité » ou encore « habitat inadapté ».

A l'horizon 2022, au moment du lancement du PRS 3 de la région Ile-de-France, la MAIA nord 93 va étendre ses compétences à tous les parcours et plus seulement à celui des personnes âgées, en devenant un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)<sup>21</sup>. Les deux autres MAIA du sud du département fusionneront et deviendront DAC également.

### Adaptation des logements au vieillissement :

Compte tenu de la part grandissante des personnes de plus de 60 ans dans le département, il est nécessaire d'anticiper les besoins en adaptation, en mise en accessibilité, des logements, particulièrement en ce qui concerne le maintien à domicile des personnes âgées. C'est pour cela que l'axe 4 du plan de prévention des tissus pavillonnaires franciliens fragiles de novembre 2019, piloté par la DRIHL, cible les territoires avec des concentrations de publics vieillissants ou en perte d'autonomie pour y valoriser les aides à l'adaptation existantes (Anah, Habiter Facile, caisses des retraites, dispositif mis en place par Action Logement pour les travaux d'adaptation et de mise en accessibilité des logements). La communication sur les aides existantes doit se faire vers les personnes âgées, mais aussi vers



<sup>21</sup> La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 23) prévoit l'organisation de « **Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes** » intégrant les réseaux de santé, les MAIA, les PTA et CTA Paerpa expérimentales.



tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées, qui ont connaissance des situations.

Le diagnostic de la DRIHL identifie particulièrement la Seine-Saint-Denis comme territoire avec ce type de problématique (Cf carte ci-avant).

Notons qu'outre pour l'adaptation du logement à la perte d'autonomie, les aides de l'Anah peuvent être mobilisées pour les propriétaires occupants vieillissants sur la sortie d'insalubrité de leur logement.

## Focus sur la lutte contre le saturnisme

Sur le territoire francilien, lorsqu'un acteur de la LHI a une suspicion sur la présence de plomb accessible dans un logement ou dans les parties communes d'un immeuble, il fait part de sa suspicion à la délégation départementale de l'ARS, qui saisit la DRIHL (ou la DDT en grande couronne) pour que soit réalisé un Diagnostic de Risque d'Intoxication au Plomb (DRIP) qui révélera ou pas la présence de plomb accessible. Il y a suspicion si sont réunis 3 facteurs : présence d'un enfant en bas âge, présence de peinture écaillée et immeuble datant d'avant 1949.

Aussi, lorsqu'une Déclaration Obligatoire de saturnisme (plombémie supérieure à 50 µg/L) est recensée par la veille sanitaire de l'ARS Ile-de-France, un DRIP est réalisé concernant le lieu de vie de l'enfant.

**En Ile-de-France, cette activité de repérage de locaux avec plomb accessible et de dépistage du saturnisme est en baisse depuis plusieurs années**, certainement parce que les acteurs se sont démobilisés du sujet, étant submergés par le nombre de situations d'habitat indigne à traiter et pensant la pathologie éradiquée. La baisse d'activité avait déjà été constatée dans une publication de l'InVS pour la période entre 2004-2005 et 2011-2012 [11].

Le tableau ci-après marque la baisse d'activité autour du repérage du plomb accessible et du dépistage du saturnisme :

	Ile-de-France	Seine-Saint-Denis
Nombre de signalements de risque d'accessibilité au plomb reçus par l'ARS visant des logements et des parties communes (et nécessitant la réalisation d'un DRIP)	927 en 2014 460 en 2018	291 en 2014 145 en 2018
Nombre de déclarations obligatoires reçues par l'ARS	147 en 2018 99 en 2019	49 en 2018 26 en 2019
Nombre de logements et de parties communes ayant fait l'objet d'une notification de travaux aux propriétaires en raison d'un risque d'exposition au plomb	681 en 2014 549 en 2018	284 en 2014 220 en 2018

Données ARS Ile-de-France

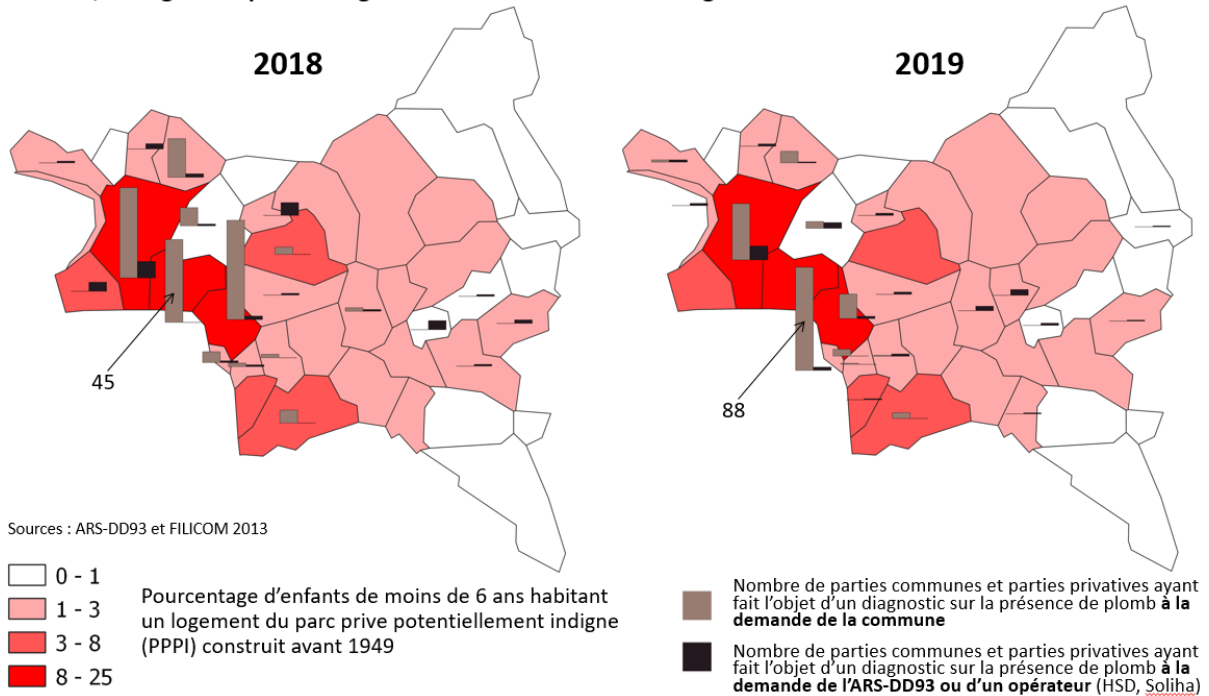
Ces baisses sont aussi marquées en Seine-Saint-Denis. De même, la DRIHL 93 constate un moindre nombre de demandes de travaux d'office concernant les locaux ayant du plomb accessible et où les propriétaires sont défailants pour mettre fin à cette accessibilité. Pourtant, avec Paris, la Seine-Saint-Denis est un département très concerné par le risque de saturnisme. Ces deux départements rassemblent à eux seuls environ 60% des enfants de moins de six ans habitant dans le Parc Privé Potentiellement Indigne construit avant 1949 (date à partir de laquelle le plomb a été interdit dans les peintures) [11].

Ci-après se trouvent deux cartes construites lors stage qui mettent en évidence les disparités de risques d'exposition et de mobilisation des communes sur le territoire de Seine-Saint-Denis en matière de saturnisme. Un gradient est-ouest est présent. Encore

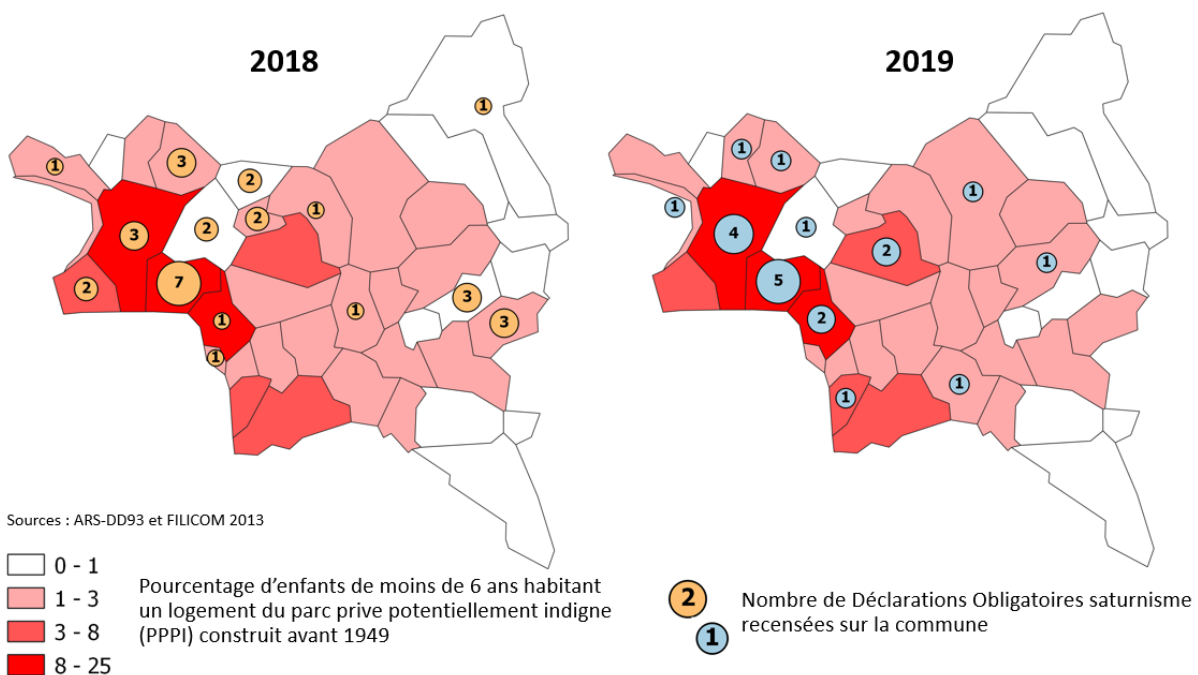
une fois, les communes à l'ouest, certes plus exposées, sont plus actives sur les demandes de DRIP et les réalisations de dépistages que les communes à l'est où un risque est tout de même présent et où presque aucune activité n'est recensée.

Précisons que le repérage du plomb accessible repose principalement sur les communes qui ont plus de proximité et de visibilité sur leur territoire. L'ARS-DD93 demande des DRIP de sa propre initiative pour les locaux avec suspicion de plomb accessible lors de ses inspections réalisées sur saisine de la commune pour raison d'insalubrité. Les opérateurs de l'habitat (HSD, Soliha) demandent aussi des DRIP à l'ARS quand ils ont une suspicion. Les DRIP à l'est du département sont réalisés presque que sur demande de l'ARS ou d'opérateurs de l'habitat.

**Nombre de diagnostics sur la présence en plomb dans les revêtements de logements et parties communes réalisés, au regard du pourcentage d'enfants habitant dans un logement du PPPI construit avant 1949**



**Nombre de découvertes de cas de saturnisme, au regard du pourcentage d'enfants habitant dans un logement du PPPI construit avant 1949**



Les Déclarations Obligatoires sur le département proviennent toutes de PMI, sauf une ou deux chaque année qui proviennent d'hôpitaux ou de l'infirmière de HSD. La prescription de dépistage à l'hôpital est très rare et quasi inexistante en cabinet libéral.

Pour chaque DO, l'ARS Ile-de-France réalise une enquête environnementale pour déterminer la cause de l'exposition et y mettre fin. En plus de cette enquête environnementale, l'agence finance un opérateur (l'infirmière de HSD) pour réaliser dans le temps un suivi du cas de saturnisme et l'évolution des plombémies réalisées par la suite. L'accès aux droits en santé est parfois réalisé lors de ce suivi.

Il est à garder en tête que l'exposition au plomb ne se fait pas seulement par les peintures. Environ 30% des cas de saturnisme investigués par l'ARS-DD93 ont pour cause du plomb dans des remèdes ancestraux, dans du phare à paupière, dans des plats à tajine, etc.

#### **Problématiques autour du dépistage du saturnisme :**

- Beaucoup de médecins généralistes considèrent que la problématique du saturnisme n'existe plus (constat partagé par les différents acteurs rencontrés).
- Les hôpitaux du département ne dépistent pas.
- Les PMI du département se sont quelque peu désinvesties de la problématique, tant elles ont une charge de travail importante, dans un département très socialement impacté (constat partagé par les différents acteurs rencontrés).
- Les visites à domicile des médecins et PMI n'existent presque plus : il n'y a plus de repérage de cette façon.

#### **Initiatives de territoires :**

- ARS-DD95 et CD95 : il y a quelques années, croisement du fichier cadastral des bâtiments construits avant 1949 (une peinture contenant du plomb a pu y être employée) avec le fichier des naissances, ce qui permet l'identification de foyers à risque et la proposition à ces foyers de dépister les enfants. Quelques cas de saturnisme avaient été identifiés ainsi.
- ARS-DD95 et services des urgences de l'hôpital d'Argenteuil : sur une période donnée, pour chaque enfant passant aux urgences et nécessitant une prise de sang, il est ajouté le dépistage du saturnisme en plus des autres biologies investiguées lors de la prise de sang.
- ARS-DD94 : réunion d'informations réalisée par l'ARS auprès de professionnels de santé et de la PMI.
- Ville de Villeneuve-Saint-Georges : camion itinérant pour promouvoir le dépistage du saturnisme.
- PMI de Bagnolet : à chaque ouverture de dossier, il y a des questions sur le logement et son ancienneté. S'il a des signes, la PMI vérifie si l'immeuble est listé dans le fichier des immeubles construits avant 1949.
- SCHS d'Aubervilliers : forte action de dépistage du saturnisme maintenue dans le temps malgré le turn-over des médecins et agents au sein de la PMI du territoire. Le SCHS est constamment proactif sur le sujet auprès de la PMI et du CMS afin que l'action de dépistage perdure.
- Le permis de louer a fait émerger des CREP avec risque d'accessibilité au plomb.

## **Autres constats/informations :**

---

#### **GT d'il y a 5 ans cherchant à renforcer le diagnostic et le suivi sanitaire :**

En 2015, un groupe de travail spécifique avait été mis en place, réunissant l'association HSD, les représentants des collectivités concernées par le périmètre du projet sur la communauté d'agglomération « Est Ensemble » ainsi que la ville de Rosny-sous-Bois (élus, inspecteurs de salubrité, coordinateurs CLS, etc.) et l'ARS-DD93. L'objectif était

que soient réalisés par l'association HSD, sur financement de l'ARS Ile-de-France, des diagnostics sanitaires suite au signalement des inspecteurs de salubrité et un suivi sanitaire si nécessaire afin d'orienter, faire le lien avec les professionnels médicaux/sociaux pertinents, accompagner les familles et réaliser le suivi jusqu'à ce que la prise en charge médicale soit stabilisée. Les inspecteurs de salubrité des communes devaient être formés en amont à bien repérer les situations sanitaires des occupants de l'habitat indigne pour qui ce type de diagnostic et suivi sanitaire était nécessaire.

Le projet devait aboutir à une expérimentation de diagnostics et suivis sanitaires réalisés par HSD, mais l'expérimentation n'a pas vu le jour, faute de budget.

### **Hospitalisation à Domicile, retour à domicile et habitat indigne :**

Comment intégrer les contraintes du logement dans le virage ambulatoire ? Le HCSP mène une réflexion actuellement sur ce sujet en auto saisine.

Comment aborder l'Hospitalisation à Domicile (HAD), les programmes de retour à domicile, ou les sorties précoces de maternité, alors que le patient est en situation d'habitat indigne ?

Peu de ressources existent dans le département et en Ile-de-France sur ce sujet.

Bien souvent, les services hospitaliers qui prescrivent l'HAD n'ont pas connaissance de la situation d'habitat indigne et il n'est pas dans les habitudes des structures d'HAD, et même de SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile), de rapporter aux médecins ou aux acteurs sociaux les conditions d'habitat du patient. La fiche FAMO, pour le cas des personnes âgées, a à ce sujet des items qui le permettent.

**Les missions LAMPES :** le PRS 1 les décrivait ainsi : « *Le programme de missions de Liaison et d'Accueil Médico Psycho Educatif et Social, dit LAMPES, a été mis en place fin 2013. Il s'adresse aux personnes démunies atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) hospitalisées, en situation complexe. Les missions LAMPES sont portées par des structures hospitalières, en lien étroit avec les PASS de ces établissements.*

*Elles prévoient une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne et débouche sur des interventions intra et extra hospitalières, un suivi, et une réévaluation à la sortie.*

*Les LAMPES représentent avant tout un mode d'organisation ayant vocation à inscrire les personnes dans un parcours de sante intégré et collaboratif ville-hôpital.*

**Sur le plan stratégique,** les objectifs sont triples, il est question de :

- Renforcer la coordination des acteurs impliqués dans la gestion de situations complexes ;
- Faciliter le retour à domicile (accompagnement social, structure médico-sociale, hébergement adapté ...)
- Eviter les ré-hospitalisations itératives.

**Sur le plan opérationnel,** l'installation d'une LAMPES implique :

1. D'organiser le repérage et l'évaluation des situations complexes dès l'entrée en hospitalisation ;
2. De mettre en place un projet de soins partagé et un dispositif de suivi et d'accompagnement intra

hospitalier des acteurs de la prise en charge impliquant tous les domaines concernés (social, éducatif,

psychologique, somatique) : mise en place d'outils, supports, procès, fiches de liaison, réunions type

« RCP »... ;

3. De renforcer la coordination d'amont et d'aval dans le lien ville-hôpital, avec l'installation d'instances de concertation et de mobilisation (mise en place d'un COPIL, élaboration d'un annuaire des partenaires extérieurs, conventionnements ...)

4. De mettre en place des actions de formation-sensibilisation à destination des acteurs internes sur le repérage et sur les problématiques liées à la précarité ».

Les missions LAMPES s'adressant « aux personnes en situation complexe, cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant d'aucune prise en charge médicale ambulatoire (avec des passages itératifs par les urgences, etc.) », sont toujours en cours d'expérimentation sur 6 sites en Ile-de-France (dont Saint-Denis et Montfermeil). Depuis le PRS 1, une boîte à outils (protocoles, procédures, fiches de liaison, grille de repérage, etc.) a été formalisée. Dans la grille de repérage, le critère hébergement qui a été retenu : « hébergement : absence de lieu de vie stable, **notion d'insalubrité, d'indignité, d'inadaptation des conditions d'hébergement** ».

### **Initiative autour de PASS mère-enfant en région PACA, consultation enfant-environnement :**

L'entretien avec le Dr Rémi Laporte à l'origine de la consultation enfant-environnement de la PASS du CHU Lenval de Nice, hôpital pédiatrique, soutenue par l'ARS PACA, a permis de découvrir une approche multidisciplinaire au bénéfice des enfants vivant en précarité. L'objectif du dispositif désormais présent également dans d'autres PASS de la région PACA est de « favoriser l'accès et la continuité des soins des enfants susceptibles d'être exposés à des risques environnementaux liés à leurs lieux de vie ».

La population visée correspond aux enfants en précarité avec ou sans droit ouvert à la sécurité sociale, aux enfants sans suivi médical, aux enfants vivant dans des conditions précaires (lieux de vie dégradés : anciennes peintures écaillées, moisissures...).

Outre une prise en charge sociale, avec ouverture de droits, il y a une prise en charge médicale et des visites à domicile sont déclenchées lorsqu'une pathologie en lien avec l'environnement est décelée (saturnisme, asthme sévère, crise d'asthme avec passage aux urgences) et qu'une pollution de l'habitat est suspectée (écaillés de peinture, moisissures, ...). Lors des visites à domicile, une infirmière également conseillère habitat santé (équivalent CMEI) est présente pour réaliser une prévention et donner des conseils auprès de la famille afin de réduire les expositions. Des contre-visites dans le temps sont faites pour constater l'amélioration de la situation et de nouveau conseiller.

La consultation environnement santé a une entrée très axée dépistage du saturnisme, mais d'autres diagnostics en lien avec l'environnement sont faits par la suite. La PASS du CHU Lenval de Nice prescrit 80% des dépistages de saturnisme des Bouches-du-Rhône. Cette consultation de référence a permis de remobiliser les PMI et les médecins de ville sur la problématique du saturnisme.

30% de la file active de la consultation enfant-environnement correspond à des enfants dont le lieu de vie relève de l'habitat indigne (un cas sur trois avec hébergement chez un tiers), et dont la famille est arrivée en France par migration il y a quelques années. Le reste de la file active correspond à des enfants vivants en squats/bidonvilles.

Les familles vues en visite à domicile ont presque toutes une couverture sociale. Sur une file active de 429 patients, 267 n'avaient aucun droit ouvert initialement.

Le document pratique pour le transfert de la consultation enfant-environnement à plusieurs Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires en PACA dispose de 5 fiches actions :

1. Améliorer l'accès aux soins
  - Fiche Action n°1 : Favoriser l'accessibilité aux soins
  - Fiche Action n°2 : Dispenser des soins
  - Fiche Action n°3 : Favoriser le retour au droit commun
2. Développer l'action en santé environnementale
  - Fiche Action n°4 : Proposer un dépistage et des soins pour les pathologies environnementales.
  - Fiche Action n°5 : Mener et promouvoir une activité de référence locale en santé environnementale

### **Promotion du dépistage du saturnisme en Seine-Saint-Denis via les PASS :**

A l'image de la PASS mère-enfant en région PACA, j'ai pu échanger avec la coordinatrice régionale des PASS d'Ile-de-France (DSP, département Précarité – PRAPS de l'ARS Ile-de-France) de l'opportunité de créer une telle consultation en Seine-Saint-Denis.

Nos discussions ont montré qu'il y avait un intérêt certain à aller vers ce type de dispositif, mais qu'il fallait l'adapter à l'Ile-de-France, d'autant plus que par définition, une PASS hospitalière ne reçoit que des adultes, car la couverture médicale de tout enfant est garantie presque immédiatement.

Il est apparu que :

- Les équipes mobiles précarité, qui sont dans une action d'aller vers les populations qui ne vont pas en PASS et qui n'ont pas accès aux soins, seraient à missionner sur la promotion du dépistage du saturnisme, avec l'information centrale que ce dépistage est disponible en PASS,
- Les PASS ambulatoires du département, seraient peut-être plus pertinentes que les PASS hospitalières, en terme de proximité, comme acteurs pour réaliser des dépistages du saturnisme. Elles seraient à mobiliser sur la question.

### **Liens avec les agents du conseil départemental**

L'échange avec la direction de la prévention et de l'action sociale du Conseil Départemental a permis de mettre en évidence que les liens de l'ARS-DD93 et plus largement des acteurs de la LHI pouvaient être renforcés avec les agents du Conseil Départemental (assistantes sociales du service départemental, agents des CeGIDD et des CLAT, agents des PMI).

Il a été évoqué de :

- Sensibiliser les **assistantes sociales du service départemental** à travers des rencontres sur l'habitat indigne, le saturnisme, l'adaptation des logements, les aides existantes, le traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène, les problèmes de santé mentale, de perte d'autonomie, dans le logement.  
Il pourra être fait de même pour les services d'aide à domicile dépendant du département.
- Présenter aux **agents des CeGIDD (santé sexuelle, dépistage VIH & hépatites) et des CLAT (centres de lutte antituberculeuse)** les missions de l'ARS sur l'habitat indigne et travailler en commun :
  - o Sur les locaux insalubres, inspectés par l'ARS, où vivent en communauté de nombreuses personnes dans la précarité et promiscuité (plus de 25 personnes), l'ARS peut en informer le bureau des maladies infectieuses du Conseil Départemental, pour que soit déclenché des dépistages actifs de tuberculose, des bilans de santé globale, des dépistages VIH & hépatites proposés.
  - o Dans les CLAT, lors du passage d'un enfant venu parce qu'il est cas contact d'une personne avec tuberculose, proposer un dépistage du saturnisme (enfant souvent primo-arrivant sans couverture santé).
- Travailler avec **la référente du dossier saturnisme de la PMI** sur les freins et leviers en matière de dépistage du saturnisme au sein de ces structures

### **PDLHI 2018-2021 de Seine-Saint-Denis :**

Depuis le changement de Préfet il y a un peu plus d'un an, le PDLHI n'a pas été très actif. L'animation territoriale de la LHI a été mis en priorité sur des sujets très précis (réduction du stock d'arrêtés d'insalubrité non suivis, circuit de signalement des situations d'insalubrité, logement rénovés avec subventions de l'Anah, conditions d'habitat des foyers de travailleurs migrants).

Les échanges au sein du PDLHI ne doivent pas porter que sur le technique et le juridique, mais aussi sur l'aspect sanitaire.

### **Liens PPS-SE au sein de l'ARS :**

D'une manière générale les échanges entre les départements prévention et promotion de la santé et santé environnement des délégations départementales de l'ARS Ile-de-France sont peu fournis et pourraient totalement s'étoffer avec un sujet qui s'y prête comme l'habitat indigne. Il serait possible de créer des ateliers, réunir les agents sur ce sujet. Travailler sur le contenu des CLS en matière d'habitat indigne serait une bonne manière d'initier un travail en commun.

### **Liens avec la Fondation Abbé Pierre :**

La Fondation Abbé Pierre, avec qui j'ai pu échanger, constate aussi le nombre important de personnes avec des troubles psychiques, des handicaps multiples, des problèmes de perte d'autonomie liés à l'âge, en situation d'habitat indigne.

La Fondation Abbé Pierre trouverait opportun de créer du lien avec l'ARS :

- Cofinancer les associations avec qui la Fondation Abbé Pierre et l'ARS travaillent au niveau local, comme l'association HSD,
- Réaliser des conférences et écrits en commun,
- Avoir une action commune pour amener les services des villes au changement.

### **La lutte contre la précarité énergétique et lien avec les ALEC :**

Lors du stage, j'ai rencontré l'Agence Locale de l'Energie et du Climat de l'EPT Est Ensemble (ALEC-MVE), l'une des trois ALEC du département. Ses actions sont nécessairement en lien avec la santé.

La fédération métropolitaine des ALEC définit une ALEC comme : « *un organisme d'animation territoriale ayant pour mission de favoriser la mise en œuvre de la transition énergétique et la réduction des émissions de gaz à effet de serre. Elles accompagnent les particuliers qui souhaitent diminuer la consommation énergétique de leur logement et complètent le dispositif national FAIRE (Faciliter Accompagner Informer sur la Rénovation Energétique - ex-PRIS) ».*

### **Dispositif Ensemble pour l'énergie :**

*« Pour faire face à l'augmentation du prix de l'énergie et aux difficultés croissantes rencontrées par les ménages les plus fragiles, Est Ensemble a lancé en 2018 le dispositif Ensemble pour l'énergie sur l'ensemble des 9 villes de son territoire.*

*Pour animer ce dispositif et répondre à vos questions et vos besoins, Est Ensemble s'appuie sur l'expérience de l'Agence Locale de l'énergie et du Climat de l'Est parisien – Maîtrisez Votre Energie (ALEC-MVE), membre du réseau FAIRE, qui accompagne depuis près de 20 ans les particuliers et professionnels du territoire sur la maîtrise de l'énergie dans l'habitat.*

*Ainsi, un conseiller de l'équipe s'assurera de votre prise en charge et vous proposera un rendez-vous personnalisé. Selon votre situation vous pourrez bénéficier d'une visite à domicile réalisée par Croix Rouge Insertion – Logiscité.*

*Ensemble pour l'énergie, comment ça fonctionne ?*

*Sous la forme d'un guichet unique, ce service vous permet de bénéficier d'un premier diagnostic téléphonique pour clarifier votre situation et vous orienter vers les solutions les plus adaptées à vos besoins.*

*En fonction de votre situation, vous bénéficierez d'un rendez-vous avec un conseiller en énergie*

*Dans quel cas contacter un conseiller ? Si vous rencontrez une des situations suivantes :*

- Difficultés à payer ses factures d'énergie ou d'eau
- Factures élevées d'énergie ou d'eau
- Difficultés à se chauffer
- Problèmes d'humidité

- *Projet de travaux de rénovation énergétique du logement*

*Le conseiller est à votre disposition pour :*

- *Vous aider à comprendre vos factures d'énergie*
- *Vous informer sur les bons gestes du quotidien pour diminuer vos consommations d'eau et d'énergie*
- *Vous fournir des équipements économes (éco-mousseur, réducteur de débit pour la douche, thermomètre, etc.)*
- *Vous accompagner sur les solutions techniques et les aides financières pour réaliser des travaux de rénovation énergétique si nécessaire » (EPT Est Ensemble) ».*

Avec son guichet unique et son rôle d'animation territoriale, outre le repérage des situations de précarité énergétique<sup>22</sup>, l'ALEC-MVE coordonne les actions des acteurs de la précarité énergétique : l'ALEC-MVE adresse les personnes en situation de précarité énergétique vers :

- Un CCAS, pour mettre en place des aides lors de situations d'impayés,
- Un SH ou SCHS lorsqu'il y a des infractions au RSD, de l'insalubrité,
- Vers l'ADIL lorsque qu'il y a de l'indécence, pour des conseils juridiques,
- Vers un médecin pour prescription d'intervention de CMEI, quand des pathologies respiratoires ou des allergies qui semblent de source environnementales sont détectées, afin qu'une intervention de CMEI soit faite. A ce sujet, l'ALEC-MVE a fait partie du groupe de travail sur la qualité de l'air intérieur et la précarité énergétique à l'origine de la sous action 4 de l'axe 4.3 du PRSE 3 d'Île-de-France, intitulée « *structurer un réseau régional des CMEI* ».

Parmi les personnes sollicitant l'ALEC-MVE pour des questions en lien avec la précarité énergétique, 22% sont des locataires du parc privé, 7% des propriétaires occupants et 60% des locataires du parc social.

Parmi les leviers identifiés lors de l'échange avec l'ALEC-MVE pour une meilleure coordination entre la LHI et les acteurs de la lutte contre la précarité énergétique, il y a :

- Informer les propriétaires bailleurs que des aides existent désormais pour entreprendre des travaux de rénovation énergétique dans leur situation de propriétaires bailleurs, avec l'argument pour les convaincre, que d'ici 2028, la réglementation va devenir contraignante concernant les passoires énergétiques mises à la location (loi énergie de 2019, dite loi sur l'éradication des passoires thermiques).
- Dans les arrêtés préfectoraux déclarant des logements insalubres, essayer de prescrire des travaux qui incluent de la rénovation énergétique lorsque cela paraît opportun (cela pourrait s'inscrire dans la sous-action 1 de l'action 4.5 du PRSE 3 d'Île-de-France, intitulée « *faire évoluer les critères d'insalubrité* »).
- Dans les Plans Climat Air Energie Territorial (PCAET), développer une dimension santé avec les problématiques de qualité de l'air intérieur et de précarité énergétique.

---

<sup>22</sup> D'après la loi Grenelle II du 12 juillet 2010, est en situation de précarité énergétique « toute personne qui éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat ».

Ainsi, la précarité énergétique est un phénomène complexe, qui engendre des effets cumulatifs - comme par exemple un état de santé dégradé, une détérioration de la qualité de l'air intérieur, de l'humidité, des moisissures, des difficultés à payer les factures, des logements qui se dégradent, des impacts sur la santé mentale, le recours à des chauffages d'appoint et le risque d'intoxication au monoxyde de carbone, de l'absentéisme scolaire et au travail, etc. - et a de multiples conséquences sur les déterminants de la santé des ménages exposés (santé physique, santé mentale, habitat, cadre de vie, cohésion sociale, ressources, qualité de l'air intérieur, etc.). La précarité énergétique impacte donc la santé des ménages au sens global.



- Voir avec l'APPA pour que l'ALEC-MVE puisse directement lui adresser les occupants pour lesquels une intervention de CMEI serait souhaitable, sans avoir à ce que ces occupants aient une prescription médicale à ce sujet.
- Faire intervenir l'ALEC-MVE lors d'une réunion du PDLHI, pour que les services hygiène et SCHS soient sensibilisés à la lutte contre la précarité énergétique.

### Perspectives sur l'offre en logement :

- La rénovation urbaine produit du logement social qui n'est pas accessible pour les plus précaires.
- La division pavillonnaire va se poursuivre et nourrir les futures situations d'insalubrité (plan de prévention des tissus pavillonnaires franciliens fragiles, 2019).
- L'offre en transports en commun en Seine-Saint-Denis va se développer au cours des prochaines années, et va renforcer l'attractivité de la proximité avec Paris et la volonté des personnes de s'y établir, même dans les conditions d'habitation mauvaises.

### Initiative d'autres ARS :

- L'échange avec l'ARS Hauts-de-France a permis de mettre en évidence que pour mieux prendre en compte la santé des occupants de l'habitat indigne, il est choisi de ne pas hésiter à engager une procédure d'insalubrité lorsque les désordres dans le logement ne sont pas si nombreux, mais que les occupants sont vulnérables (enfants, femmes enceinte).

Quelques fiches actions de CLS portent sur l'habitat indigne et correspondent à un objectif de mieux repérer les situations et mieux coordonner les acteurs de la LHI. Un réseau de CMEI assez développé existe en Hauts-de-France, où certains postes de CMEI sont portés par des hôpitaux. Les actions avec les acteurs de la santé mentale sont très difficiles à initier et le dépistage du saturnisme est faible, faute de temps disponible par l'ARS pour développer des actions en ce sens.

- ARS Pays-de-le-Loire, délégation du Maine et Loire :
  - o Un groupe de travail, piloté par l'ARS Pays de la Loire, le Conseil départemental du Maine et Loire et la Direction départementale de la cohésion sociale, a élaboré une **convention de partenariat pour résoudre les problématiques d'habitat rencontrées par les personnes en souffrance psychique** (accès à un logement, un hébergement ou un logement adapté, notamment en sortie d'hospitalisation; maintien dans le logement compte tenu des manifestations de leur souffrance). 47 signataires : bailleurs sociaux, associations porteuses d'une offre d'hébergement et d'accompagnement social logement, service intégré d'accueil et d'orientation du Maine et Loire (SIAO 49), établissements de santé autorisés en psychiatrie, communes ou communautés de communes ayant signé un CLS, services d'aide à domicile, organismes gestionnaires de SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) et SSIAD-PH (services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées), etc.
  - o Action 4.6 du CLS du Grand Saumurois : « *poursuivre le repérage des logements inadaptés, mieux coordonner l'intervention des acteurs* » : repérage des situations par les travailleurs sociaux et services d'aide à domicile, après les avoir sensibilisé au sujet.
  - o Fiche 24 du CLS de la communauté de communes du canton de Baugé : « *créer des carnets de santé logement, mieux coordonner l'intervention des acteurs et poursuivre le repérage de l'habitat indigne* ». « *Réaliser pour les personnes vulnérables (personnes de plus de 75 ans, personnes souffrant de troubles psychiques, ...) un diagnostic de leur logement pour connaître l'adéquation de leur logement à leur état de santé, inscrit dans un carnet à disposition des professionnels (libéraux, hospitaliers) permettant*

*de juger de l'adéquation du logement d'une personne à son état de santé, de prévoir les travaux éventuels à réaliser et prévenir ainsi des situations d'inadaptation en cas de problèmes de santé aigus ».*

- [1] InVS (2014) – Impact des conditions de logement dégradée sur la santé des occupants – Présentation réalisée lors du congrès national santé environnement du 26 novembre 2014, Anne-Claire Colleville
- [2] HCSP (2019) – Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé, État des lieux des connaissances et recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain
- [3] Febvrel (2013) – Dossier collectivités territoriales et santé – ADSP n° 82, page 49
- [4] Fondation Abbé Pierre (2016) – 21<sup>ème</sup> rapport annuel – Le logement est une question de santé publique
- [5] Ministère de la santé (2018) – Feuille de route santé mentale et psychiatrie – Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie
- [6] Ministère de la santé (2018) – Personnes âgées : les chiffres clés
- [7] Insee (2019) – 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050, Insee Première, N°1767
- [8] Dihal (2013) – Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté
- [9] Arcella-Giroux et Berthon (2015) – Les ARS et le développement des CLSM, l'expérience en Île-de-France – John Libbey Eurotext, « L'information psychiatrique », volume 91, pages 586 à 590
- [10] Rabha Rahmani (2014) – L'incurie dans l'habitat, une problématique communautaire ?, mémoire pour diplôme interuniversitaire.
- [11] InVS (2016) – Approche géographique de la surveillance du saturnisme infantile en Île-de-France, BEH

# **Structurer le parcours de santé des franciliens vivants en situation d'habitat indigne**

## **Constats et actions à engager**

Stage élève IES – Rémy Hamai – ARS-DD93

## Ressources mobilisées

- Rapports d'autorités sanitaires, publications diverses,
- Analyse des CLS de 3ème génération de Seine-Saint-Denis sous un angle habitat et santé,
- Cartographies réalisées lors du stage avec le logiciel QGIS 3.10,
- Nombreux entretiens avec des acteurs LHI.

## Plan

1. **Parcours de santé des personnes en situation d'HI**
2. Focus sur le **parcours de santé des personnes avec problématiques de santé mentale & en situation d'HI**
3. Focus sur le **parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie & en situation d'HI**
4. **Parcours de santé des enfants atteints du saturnisme**
5. **Actions à engager**

# 1. Parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne

## Sigles utilisés :

CMS : Centre Municipal de Santé

CMEI : Conseillé Médical en Environnement Intérieur

PFIDASS : Plateforme d'Intervention pour l'Accès aux Soins et à la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé (si elle est ambulatoire, elle se trouve souvent en CMS)

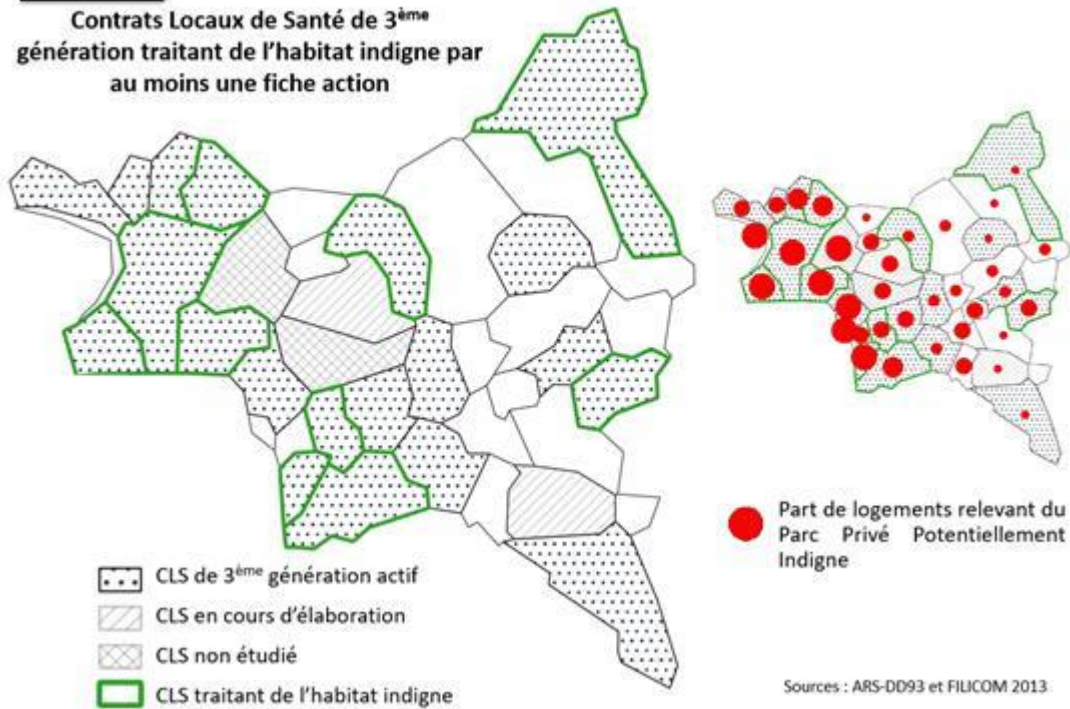
HAD : Hospitalisation A Domicile

CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse

ADIL : Agence Départementale d'Information sur le Logement

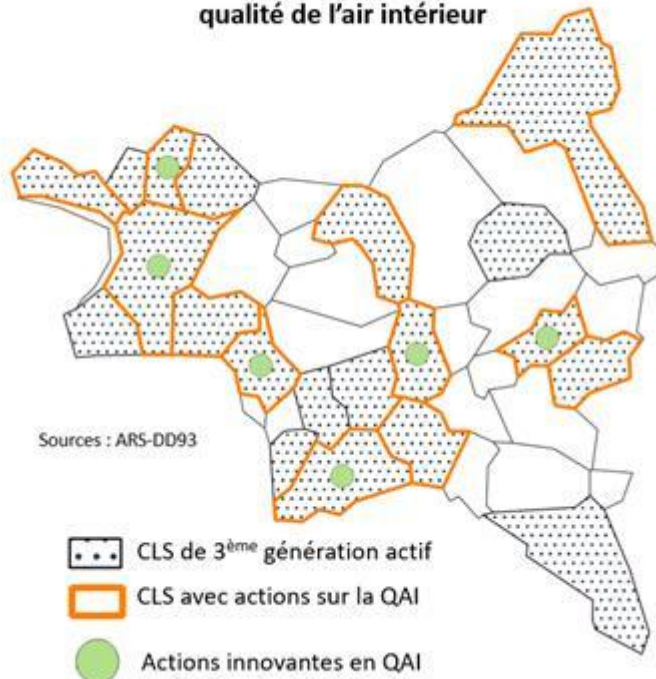
CONSTATS

Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération traitant de l'habitat indigne par au moins une fiche action



CONSTATS

Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération comportant des actions sur la qualité de l'air intérieur



# CONSTATS

Investissement des communes disparate, Gradient est-ouest historique dans le département sur la capacité des communes à faire face à une situation d'habitat indigne

Renvoient les occupants vers les interlocuteurs compétents sur les droits sociaux (CCAS, ADIL, écrivain public), très rarement vers des médecins

Aborder les questions de santé avec les occupants leur semble compliqué, au regard du secret médical et de leur manque de légitimité sur la question (pas pro. de santé), mais certains SCHS ont des infirmières dans leurs équipes.

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

- Sur 20 CLS du département étudiés sous l'angle habitat et santé, 10 ont au moins une fiche action portant sur la LHI, dont 4 où l'action ne se limite qu'à l'instruction des signalements d'habitat indigne, ne relèvent que d'actions règlementaires relatives à la police du Maire.
- 12 CLS ont une action qui porte sur la qualité de l'air intérieur, dont 6 qui proposent des actions novatrices, notamment avec la dotation d'un CMEI.
- Liens faibles entre PPS et SE au sein des DD ARS

- Animation du réseau d'acteurs LHI à renforcer sur l'approche santé (ne pas parler que de technique ou de juridique).
- ARS et DRIHL copilotent le PDLHI 2018-2019.

ARS-DD93

Le suivi sanitaire et social au relogement des familles en insalubrité est très axé social et pour les situations complexes nécessiterait d'être plus sanitaire.

DRIHL 93

Expérimentation pensée il y a 5, mais non réalisée : que soient réalisés des diagnostics et suivis sanitaires pour des familles identifiées avec des problématiques sanitaires, par une des associations financées.

2 assos financées pour le suivi au relogement

## Parcours de santé actuel des personnes en situation d'habitat indigne

- Certaines n'ont pas de couverture sociale, mais ce n'est pas la majorité,
- Une bonne partie consulte des médecins, souvent à l'hôpital.
- Besoin de les sensibiliser aux bons gestes et à la bonne occupation du logement.

Hôpital

PASS hospitalière, PASS ambulatoire

CMS

Médecin généraliste, centre de santé

CCAS

CMEI

Assos :  
-ADIL  
-Fondation Abbé Pierre  
-AFVS

Information, accompagnement

CPAM : Ligne urgence précarité, PFDASS

De nombreux dispositifs existent en matière d'accès aux droits en santé

Action 4 de l'axe 4.3 du PRSE 3 d'Île-de-France, intitulée « structurer un réseau régional des CMEI », mais grande difficulté à avoir des CMEI sur le territoire

## ACTIONS SOUHAITABLES, à mener par l'ARS

A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS :  
→ sensibiliser les inspecteurs de salubrité à l'importance du travail en réseau (santé, social, LHI), à prendre en compte la santé globale des personnes en commençant par questionner la couverture santé (renvoyer les occupants vers les dispositifs existants d'accès aux droits en santé si besoin)  
→ sensibiliser à l'opportunité d'avoir une personne formée CMEI au sein de leurs équipes

→ Aller plus loin dans les actions des CLS, lors des phases d'écriture des CLS, convaincre les collectivités signataires d'inscrire dans les fiches actions des réponses locales globales au traitement de l'habitat indigne

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

Hôpital

PASS hospitalière, PASS ambulatoire

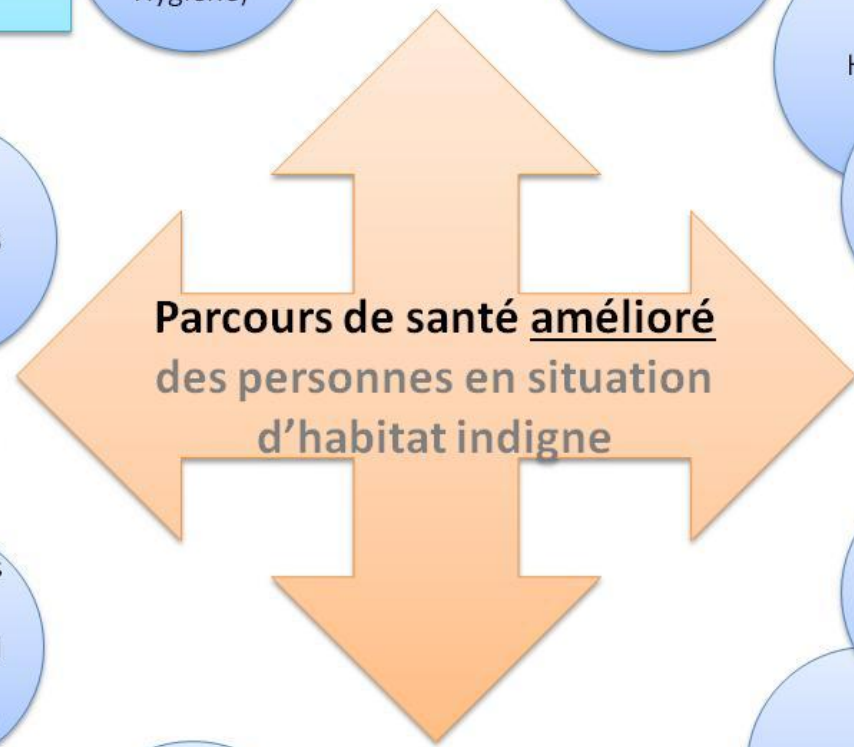
CMS

Médecin généraliste, centre de santé

CCAS

→ Continuer à soutenir les nombreux dispositifs existants en matière d'accès aux droits en santé (ex: fait dans les CLS)

CPAM : Ligne urgence précarité, PFIDASS



→ Avoir à l'ARS-DD93 un agent LHI référent sur ce parcours de santé, pour faire monter en compétence le collectif (DRIHL 93, ARS-DD93 et les deux opérateurs sociaux financés). Il participerait aux réunions relogement réunissant ce collectif.

ARS-DD93

→ Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5. Pour cela, augmenter le financement du suivi au relogement de l'association. Des diagnostics et suivis sanitaires auront alors lieu pour des familles avec problématiques sanitaires (i.e. orienter, faire le lien avec les professionnels médicaux/ sociaux pertinents, accompagner les familles, trouver un médecin traitant, etc).

DRIHL 93

Associations financées pour le suivi au relogement

CMEI

Associations -ADIL -Fondation Abbé Pierre -AFVS

→ Continuer à financer des formations CMEI d'agents de commune  
→ Continuer à financer l'association qui porte le réseau régional CMEI et réalise aussi des interventions CMEI

→ Travailler conjointement avec d'autres grands acteurs régionaux. Cela peut être engagé avec la FAB (productions, colloques, études à faire en commun, cofinancements d'associations).

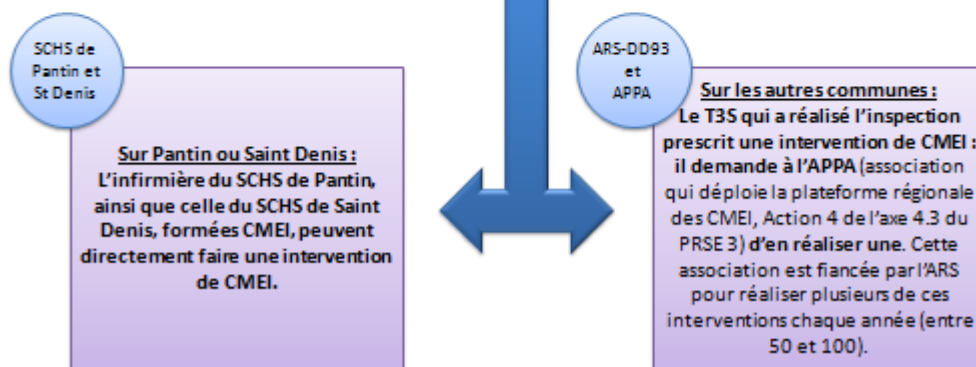


## Pathologies respiratoires, allergies dues à l'environnement : parcours schématisé

Lors de l'inspection d'un logement par un SH, SCHS ou par l'ARS-DD93, identification d'une pathologie respiratoire ou d'une allergie conséquente chez un occupant

→ Mobilisation d'un Conseiller Médical en Environnement Intérieur :

« professionnel issu du domaine de la santé, du social ou du bâtiment, et formé pour réaliser des audits de l'environnement intérieur. La spécificité de l'intervention d'un CMEI réside dans la visite au domicile du patient, proposée sur prescription médicale. Ces ordonnances sont principalement rédigées par des médecins spécialistes (pneumologues, allergologues). Ces visites s'adressent aux patients ayant des maladies respiratoires chroniques : asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, allergies respiratoires, etc. Une fois la visite effectuée, le CMEI rend un diagnostic permettant ensuite de mettre en œuvre des mesures pour l'éviction des polluants domestiques, et d'adapter son habitat. » (Association APPA)



## 2. Focus sur le **parcours de santé des personnes avec problématiques de santé mentale & en situation d'habitat indigne**

Sigles utilisés :

RESAD : Réseau ou Réunion d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

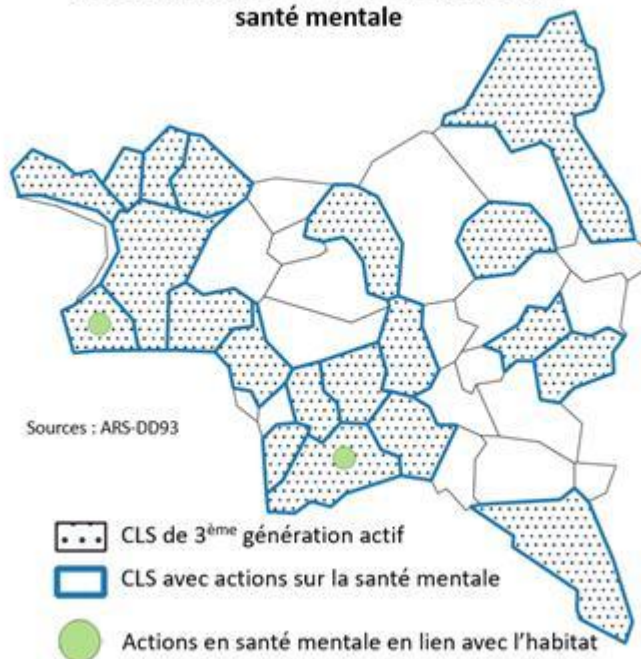
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

CMP : Centre Médico Psychologique

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

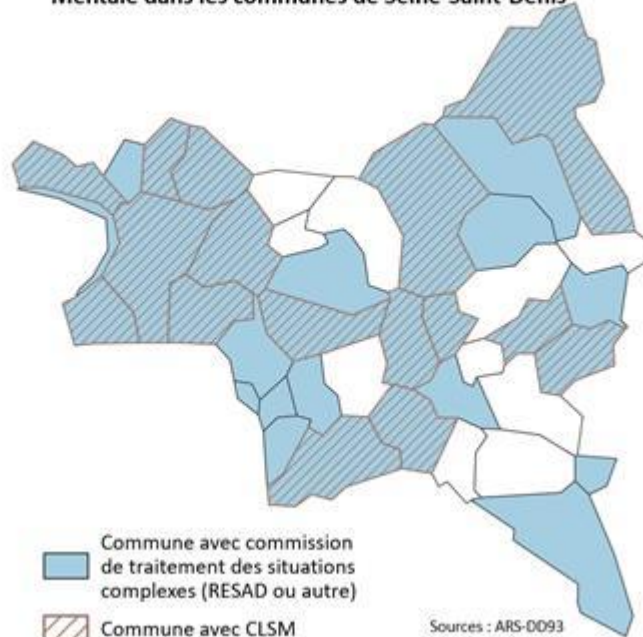
CONSTATS

**Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup>  
génération comportant des actions sur la  
santé mentale**



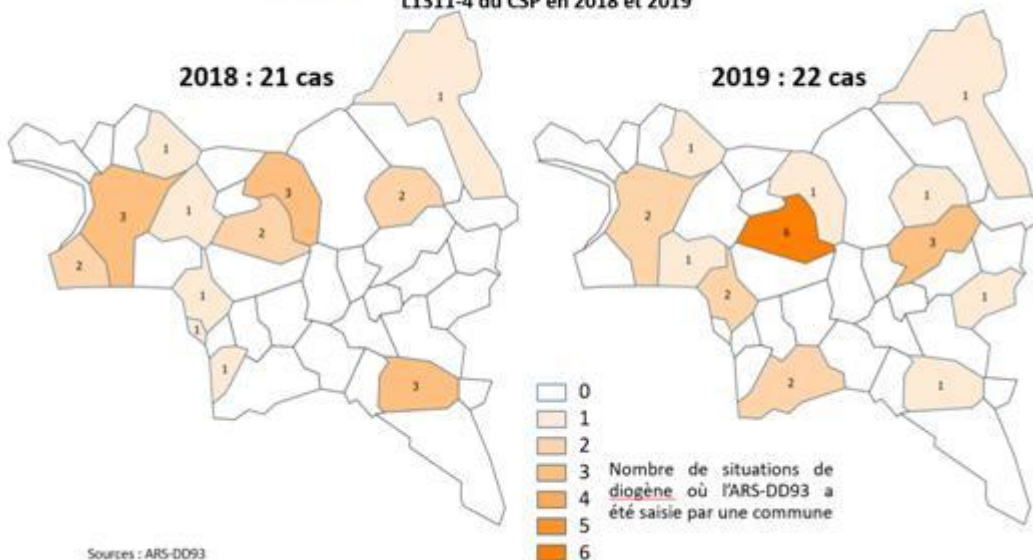
CONSTATS

Répartition des commissions de traitement des situations complexes (RESAD ou autre) et Conseils Locaux de Santé Mentale dans les communes de Seine-Saint-Denis



CONSTATS

Nombre de situations de diogène où l'ARS-DD93 a été saisie par une commune pour une décision préfectorale L1311-4 du CSP en 2018 et 2019



Une analyse sur 10 ans montre l'augmentation des situations de diogène : 8 en 2008, 5 en 2009





# ACTIONS SOUHAITABLES, à mener par l'ARS

A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS :  
→ **sensibiliser les inspecteurs de salubrité au traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène (recours aux RESAD, CLSM, CMP),** à l'opportunité de saisir le juge des tutelles quand une mesure de protection des majeurs semble nécessaire, etc.

→ **Dans les échanges quotidiens des T3S et IES de l'ARS-DD93 avec les SH et SCHS : prôner un peu plus à chaque fois l'approche pluri-pro pour les cas de Diogène,** appliquée aux cas rencontrés par les services.

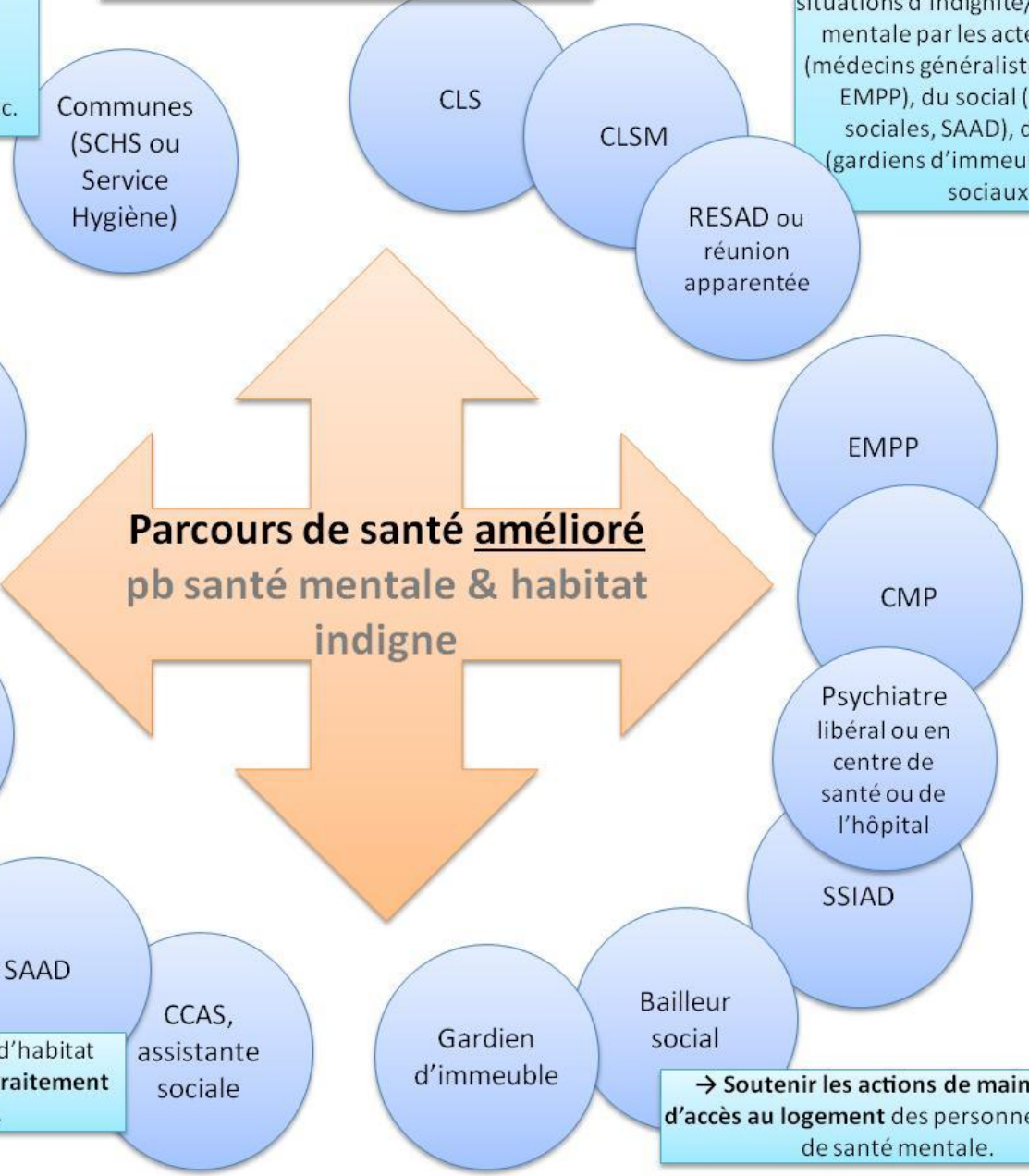
→ **Pour les saisines des SH et SCHS de l'ARS au titre de l'article 1311-4 du CSP pour les cas de Diogène, T3S et IES s'assurent qu'une approche pluri pro est en œuvre,** pour éviter les récives et décompensations (attention particulière pour les communes plus à l'est du dpt et qui n'ont pas de RESAD et CLSM).

→ **Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5.** Dans les suivis sanitaires menés lors de l'expérimentation, **inclure des cas de Diogène** (provenant de communes sans RESAD et CLSM).

→ **Sensibilisation** au repérage des situations d'habitat indigne, des problèmes de santé mentale, **au traitement pluri-pro des situations de Diogène.**

→ **Aller plus loin dans les CLS/CLSM :** fiches santé mentale & logement : à axer beaucoup sur le repérage des situations d'indignité/ de pb de santé mentale par les acteurs de santé (médecins généralistes, SSIAD, CMP, EMPP), du social (assistantes sociales, SAAD), de l'habitat (gardiens d'immeuble, bailleurs sociaux).

→ **Soutenir les actions de maintien et d'accès au logement** des personnes avec pb de santé mentale.



# Diogène : parcours souhaitable schématisé

**Situation de Diogène repérée** (plainte du voisinage auprès de la commune, repérage d'un gardien d'immeuble, d'une assistante sociale, d'un SAAD, d'un SSIAD, etc.)

Commune  
(SH ou  
SCHS)

**Information transmise au SH ou SCHS.** Ce dernier s'y rend, essaie de ne pas brusquer la personne, de la faire revenir à la réalité par rapport à ses conditions de vie, recueille un maximum d'informations sur la situation sociale, de santé, sur un éventuel suivi médical qu'elle aurait, le nom de ses médecins, de l'éventuel travailleur social qui la suit, sur ses liens avec ses proches ou sa famille ...

RESAD ou  
réunion  
apparentée

Le SH ou SCHS initie l'**approche pluri professionnelle** :

- Si la commune dispose d'une RESAD ou réunion apparentée, le SH ou SCHS soumet à l'ordre du jour de cette formation la situation de Diogène,
- Si la commune n'a pas de RESAD, la commune essaie de mettre en lien le médecin traitant, un professionnel du CMP, un travailleur social, un psychiatre, etc. Possibilité de faire intervenir l'association missionnée sur l'expérimentation de diagnostics sanitaires.

CCAS,  
assistante  
sociale

Commune  
SH ou  
SCHS

SAAD

**Mise en œuvre des actions préconisée par le groupe pluri professionnel :**

- **Sur le plan social** : ouverture des droits (couverture sante, minima sociaux (RSA, minimum vieillesse), reconnaissance de l'éventuel handicap (demande d'Allocation Adulte Handicapé, de la Prestation de Compensation du Handicap), mise en œuvre de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie pour les personnes de plus de 60 ans, dossier pour la retraite, etc.
- **Sur le désencombrement** : le SH ou SCHS propose à la personne de faire du tri avec elle, la personne comprend alors qu'elle ne pourra pas nettoyer par elle-même. Demande de l'arrêté préfectoral L1311-4 à l'ARS-DD93. Une fois notifié et le délai accordé de quelques jours à la personne pour nettoyer écoulé, réalisation des travaux d'office supervisés par le SH, le SCHS, ou la DRIHL 93.
- **Pour la vie quotidienne et éviter la récurrence** : liens gardés avec les passages réguliers du SH ou SCHS après les travaux d'office, mise en place d'un Service d'Aide A Domicile pour les personnes reconnue handicapée ou âgées de plus de 60 ans, qui garde une attention particulière à la propreté du logement.





### 3. Focus sur le **parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie & en situation d'habitat indigne**

Sigles utilisés :

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (avec guichet intégré et un gestionnaire de cas complexes)

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination (à l'horizon 2022, deux DAC dans le 93 intégrant les réseaux de santé, les MAIA, etc.)

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé (coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé)

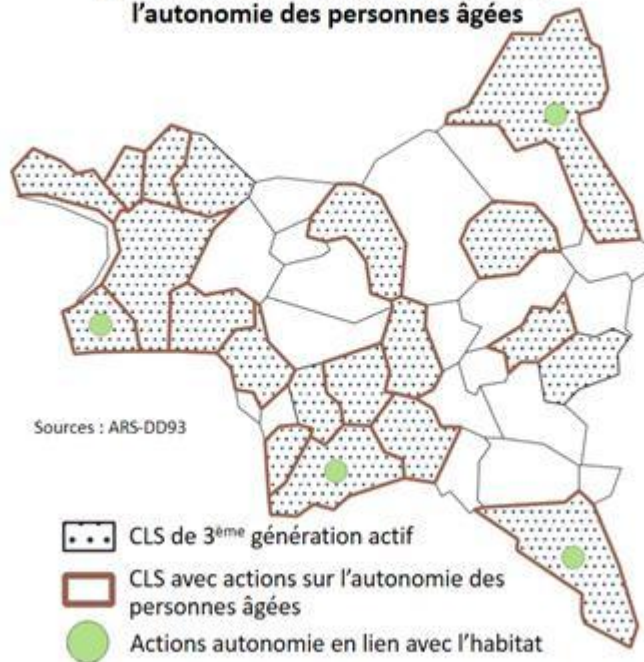
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

ADPA : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie

EMPG : Equipe Mobile Géro-nto-Psychiatrique

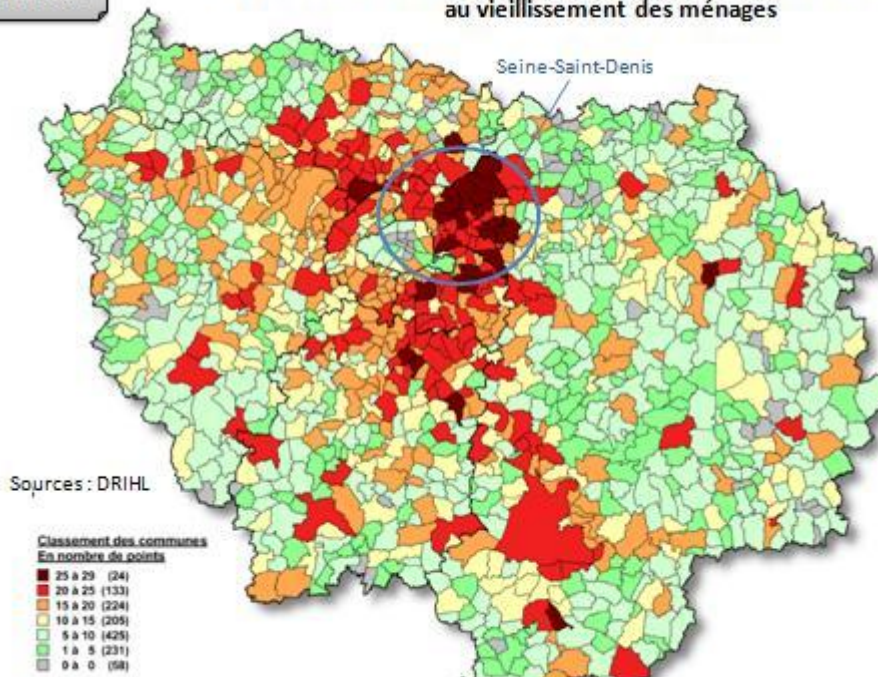
CONSTATS

### Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup> génération comportant des actions sur l'autonomie des personnes âgées



CONSTATS

### Répartition des communes au regard de la problématique de l'adaptation au vieillissement des ménages



L'axe 4 du plan de prévention des tissus pavillonnaires franciliens fragiles de novembre 2019, piloté par la DRIHL, cible les territoires avec des concentrations de publics vieillissants ou en perte d'autonomie.

## CONSTATS

4 CLS ont une action sur l'autonomie des personnes âgées qui est en lien avec l'habitat (adaptation des logements, maintien à domicile, résidence autonomie).

- 30 communes couvertes par une RESAD.  
- 8 réunions de concertation formalisées dédiées PA (équivalentes à des RESAD spécialisées sur le sujet âgé).

Les 3 MAIA sont très souvent sollicitées par des acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées (SSIAD, SAAD) sur des questions d'hygiène (Diogène, logements avec manque d'entretien, vétusté, absence d'eau courante ou d'électricité, punaises de lit).

Les 3 MAIA disposent d'un gestionnaire de cas qui pour les cas les plus complexes met en réseau les acteurs. Le guichet intégré est basé sur la fiche de liaison FAMO. Par les alertes, l'orientation qu'elle fait émerger, la fiche FAMO peut être le support de sollicitation de tout service du territoire. Dans l'encadré « alerte » de la fiche, peut être coché « insalubrité » ou « habitat inadapté ».

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

RESAD ou réunion apparentée

CLIC & réseau gérontologique

MAIA, gestionnaire de cas (future DAC)

Médecin généraliste

SSIAD

EMPG

Hébergement alternatif, Résidence autonomie

CCAS, assistante sociale

SAAD

2 assos financées pour le suivi au relogement

DRIHL 93

ARS-DD93

### Parcours de santé actuel des personnes âgées en habitat indigne

- Parmi les personnes en situation d'habitat indigne, augmentation des PA.
- Nombreux cas de Diogène/incurie chez la PA.
- PA qui veulent rester dans leur logement, parfois sans droits ouverts (retraite, ADPA).
- Compte tenu de la part grandissante des PA, anticiper les besoins en adaptation, en mise en accessibilité, des logements, particulièrement en ce qui concerne le maintien à domicile.

3 équipes mobiles géronto-psychiatriques

Les services de l'Etat et leurs opérateurs souhaitent monter en compétence sur les réponses aux cas complexes liés aux PA en perte d'autonomie et en habitat indigne.

Le suivi sanitaire et social au relogement des familles en insalubrité est très axé social et pour les situations complexes des PA nécessiterait d'être plus sanitaire, plus porté sur la recherche de structures et hébergements adaptés.

# ACTIONS SOUHAITABLES, à mener par l'ARS

A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS :  
→ **Sensibiliser les inspecteurs de salubrité à avoir recours à l'expertise des MAIA (futurs DAC) pour les cas complexes des personnes âgées, à l'opportunité de saisir le juge des tutelles quand une mesure de protection des majeurs semble nécessaire, etc.**

→ **Dans les échanges quotidiens des T3S et IES de l'ARS-DD93 avec les SH et SCHS : prôner le travail en réseau avec les acteurs engagés dans l'accompagnement des PA, prôner des réponses adaptées aux PA.**

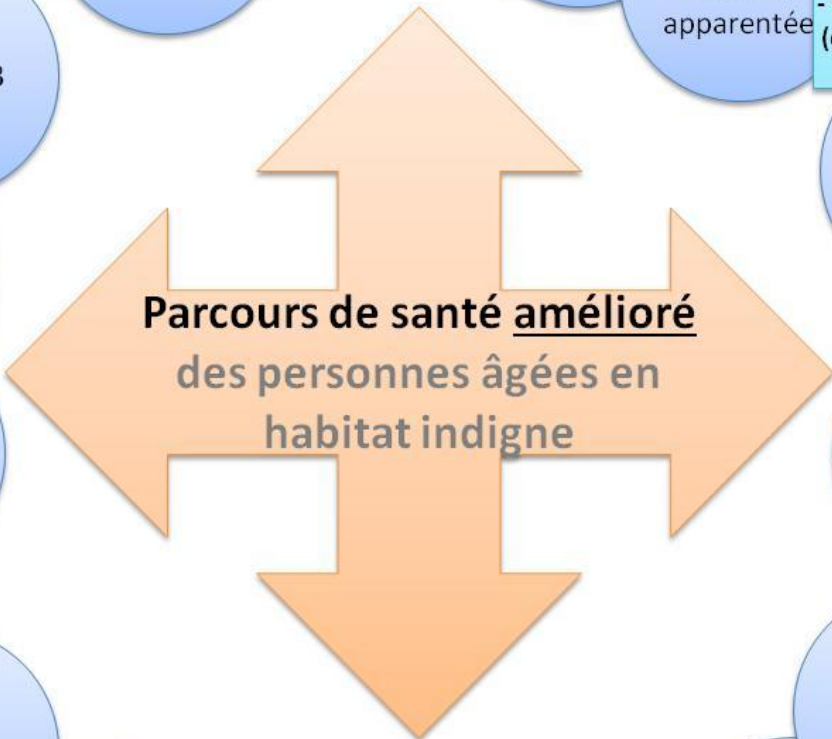
→ **Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5. Dans les suivis sanitaires menés lors de l'expérimentation, inclure des PA en situation d'habitat indigne.**

→ **Sensibilisation au repérage des situations d'habitat indigne, aux aides disponibles pour adapter un logement ou le faire sortir de l'insalubrité (Anah, caisses des retraites, etc.).**

→ **Aller plus loin dans les CLS : fiches PA en perte d'autonomie & logement :**  
- A axer beaucoup sur le repérage des situations d'indignité/ d'adaptation du logement, par les acteurs de santé (médecins généralistes, SSIAD), du social (assistantes sociales, SAAD), de l'habitat (gardiens d'immeuble, bailleurs sociaux).  
- A axer aussi sur l'adaptation des logements (aides existantes : Anah, caisses des retraites, etc.) et au développement d'hébergement alternatifs.  
- **Pousser à ce que les médecins des centres de santé (dont CMS) réalisent plus de visites à domicile : cela peut permettre de repérer les situations.**

→ **Sensibiliser les acteurs engagés dans l'accompagnement des PA (SSIAS, SAAD, CCAS, etc.) à travers les rencontres périodiques organisées par les MAIA : proposer d'intervenir sur l'habitat indigne, l'adaptation des logements, les aides existantes, le traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène.**  
→ **Participer au groupe de travail départemental des MAIA nord et sud sur les «logements infestés [punaises de lit], logement encombrés» qui produit des réflexions et outils.**

→ **Dans un second temps (après 2022), quand les DAC seront installés, il sera possible de sensibiliser les professionnels du soin organisés en CPTS.**



Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

RESAD ou réunion apparentée

CLIC & réseau gérontologique

MAIA, gestionnaire de cas (future DAC)

Médecin généraliste

EMPG

Hébergement alternatif, Résidence autonomie

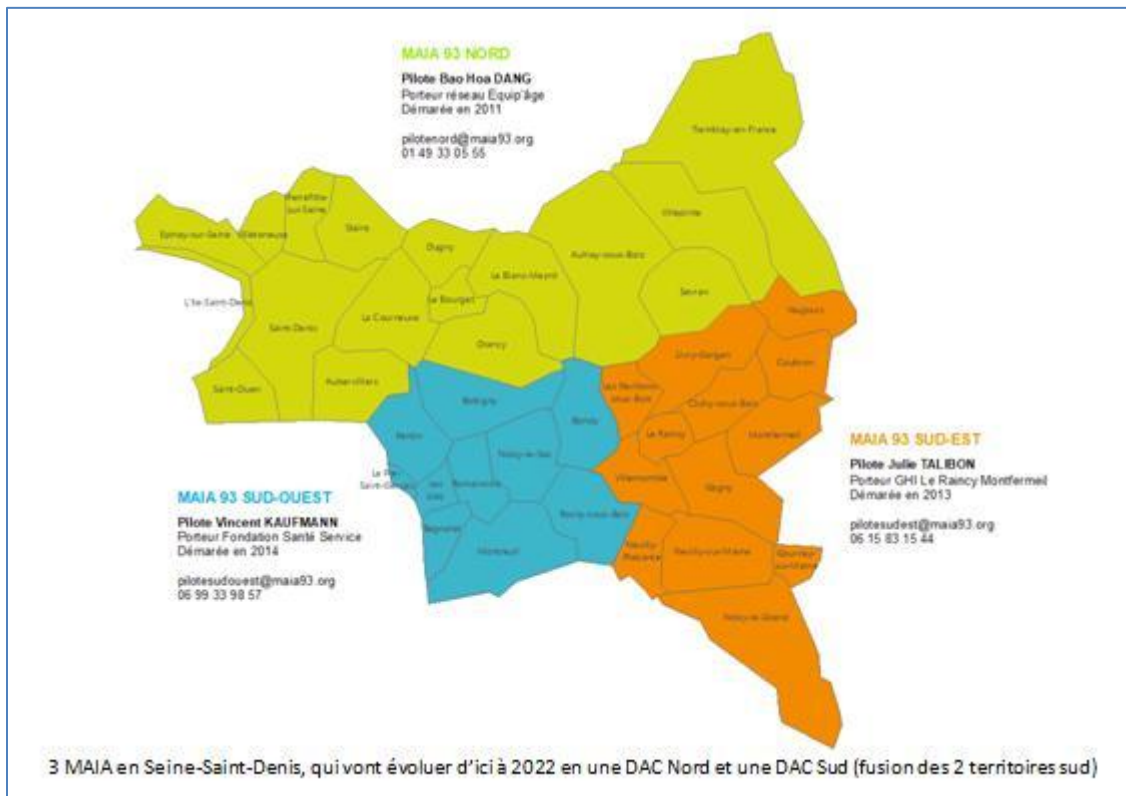
SAAD

CCAS, assistante sociale

ARS-DD93

DRIHL 93

2 assos financées pour le suivi au logement



## Hospitalisation à Domicile, retour à domicile et habitat indigne

**Comment aborder l'HAD, les programmes de retour à domicile, ou les sorties précoces de maternité, alors que le patient est en situation d'habitat indigne ?**

- Peu de ressources existent dans le département et en Ile-de-France sur ce sujet.
- Bien souvent, les services hospitaliers qui prescrivent l'HAD n'ont pas connaissance de la situation d'habitat indigne.
- Il n'est pas dans les habitudes des structures d'HAD, et même de SSIAD, de rapporter aux médecins ou aux acteurs sociaux les conditions d'habitat du patient. La fiche FAMO, pour le cas des personnes âgées, a à ce sujet des items qui le permettent.

Les **missions LAMPES** (outil expérimental issu du PRS1) s'adressant « aux personnes en situation complexe, cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant d'aucune prise en charge médicale ambulatoire (avec des passages itératifs par les urgences, etc.) », sont toujours en cours d'expérimentation sur 6 sites en Ile-de-France (dont Saint-Denis et Montfermeil).

Depuis le PRS 1, une boîte à outils (protocoles, procédures, fiches de liaison, grille de repérage, etc.) a été formalisée. Dans la grille de repérage, le critère hébergement a été retenu : « **hébergement : absence de lieu de vie stable, notion d'insalubrité, d'indignité, d'inadaptation des conditions d'hébergement** ».

## **4. Parcours de santé des enfants atteints du saturnisme**

Sigles utilisés :

DO : Déclaration Obligatoire

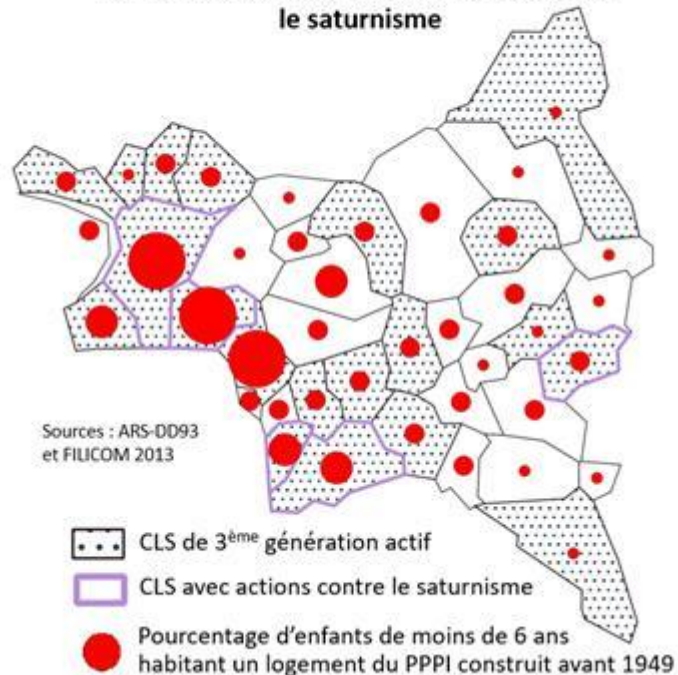
PMI : Protection Maternelle Infantile

DRIP : Diagnostic de Risque d'Intoxication au Plomb, diagnostic sur la présence en plomb dans les revêtements

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

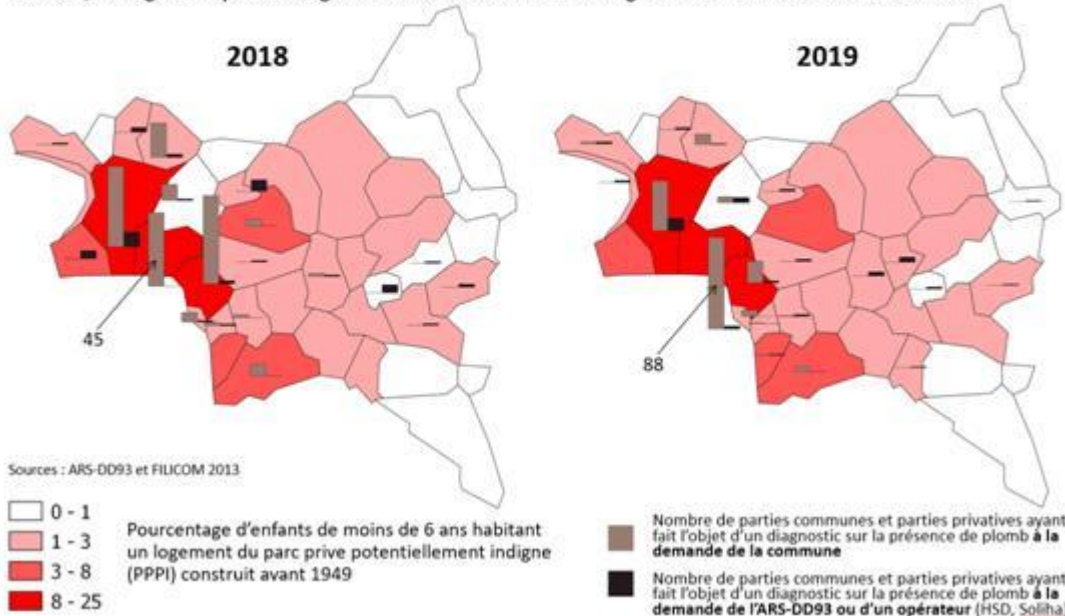
CONSTATS

**Contrats Locaux de Santé de 3<sup>ème</sup>  
génération comportant des actions contre  
le saturnisme**



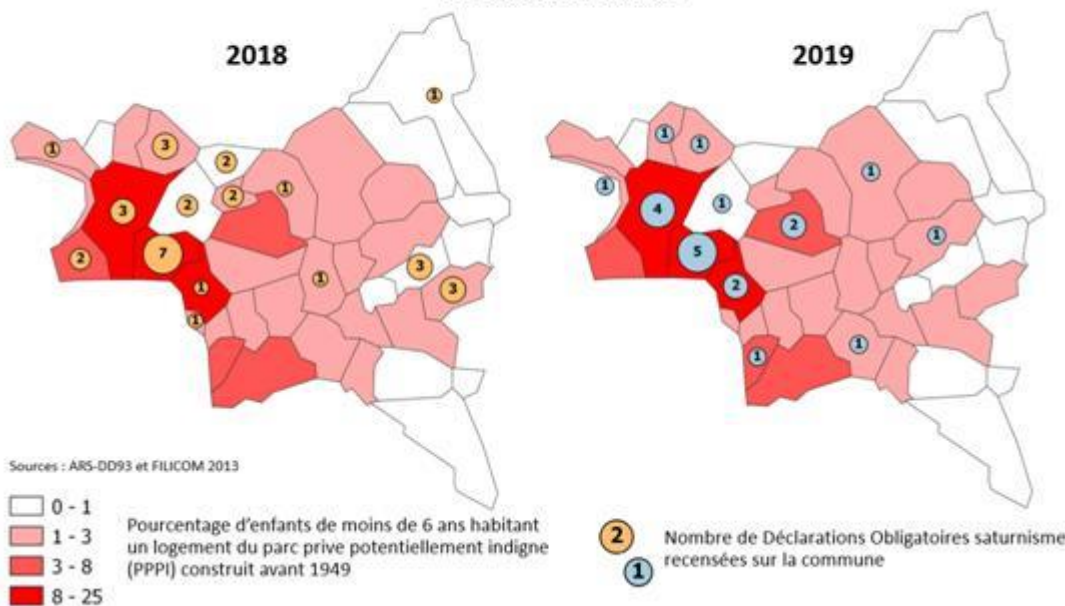
## CONSTATS

Nombre de diagnostics sur la présence en plomb dans les revêtements de logements et parties communes réalisés, au regard du pourcentage d'enfants habitant dans un logement du PPPI construit avant 1949



## CONSTATS

Nombre de découvertes de cas de saturnisme, au regard du pourcentage d'enfants habitant dans un logement du PPPI construit avant 1949





## CONSTATS

Lorsqu'un acteur a une suspicion sur la présence de plomb accessible dans un logement ou dans les parties communes d'un immeuble, il fait part de sa suspicion à l'ARS-DD93, qui saisit la DRIHL 93 pour que soit réalisé un Diagnostic de Risque d'Intoxication au Plomb (DRIP) qui révélera ou pas la présence de plomb accessible dans les revêtements. Aussi, lorsqu'une DO de saturnisme (plombémie >50 µg/L) est recensée par la veille sanitaire de l'ARS, un DRIP est réalisé concernant le lieu de vie de l'enfant.

Communes (SCHS ou Service Hygiène)

Seulement 4 CLS ont une action qui porte sur la lutte contre le saturnisme infantile. Ce sont des communes avec un risque conséquent de logements ayant du plomb accessible. Les actions contre le saturnisme inscrites sont assez classiques.

CLS

PASS hospitalière, PASS ambulatoire

Le repérage du plomb accessible repose principalement sur les communes (proches du territoire). L'ARS-DD93 demande des DRIP de sa propre initiative pour les locaux avec suspicion de plomb accessible rencontrés lors de ses inspections d'insalubrité. Les opérateurs de l'habitat (HSD, Soliha) demandent aussi des DRIP quand ils ont une suspicion.

Gradient est-ouest : communes à l'ouest, certes plus exposées, sont plus actives sur les demandes de DRIP et les réalisations de dépistages que les communes à l'est où un risque est tout de même présent et où presque aucune activité n'est recensée.

DRIHL 93

## Parcours de santé actuel des enfants atteints du saturnisme

Hôpital

Les DO sur le département proviennent toutes de PMI, sauf une ou deux chaque année qui proviennent d'hôpitaux ou de l'infirmière de HSD. La prescription de dépistage à l'hôpital est très rare et quasi inexistante en cabinet libéral, centre de santé (dont CMS).

ARS-DD93

CMS

Pour chaque DO, l'ARS-DD93 réalise une enquête environnementale pour déterminer la cause de l'exposition et y mettre fin. En plus de cette enquête environnementale, l'agence finance un opérateur (HSD) pour réaliser dans le temps un suivi de l'enfant sur son saturnisme. L'accès aux droits en santé est parfois réalisé lors de ce suivi. Il est à garder en tête que l'exposition au plomb ne se fait pas seulement par les peintures. Environ 30% des cas de saturnisme investigués par l'ARS-DD93 ont pour cause du plomb dans des remèdes ancestraux, dans du phare à paupière, dans des plats à tajine, etc.

Association financée par l'ARS pour réaliser un suivi des enfants

- Faible dépistage du saturnisme. Les pro. du soins ne s'attachent pas à cette problématique, alors que le risque en Seine-Saint-Denis est grand. Seulement les PMI continuent une activité de dépistage, même si certaines se sont démobilisées.
- Une fois diagnostiqué, l'enfant est suivi jusqu'à ce qu'il y ait une baisse importante du plomb dans le sang.
- Disparités de risques d'exposition et de mobilisation des communes sur le dpt.

Médecin généraliste, centre de santé

CCAS

Associations  
Fondation Abbé Pierre  
Association des familles victimes du saturnisme

Information, accompagnement

PMI

Les visites à domicile des médecins et PMI n'existent presque plus : il n'y a plus de repérage de cette façon. Repérage fait par des questions sur le logement à l'ouverture d'un nouveau dossier d'enfant en PMI.

→ Faire une information aux SH et SCHS sur le besoin en repérage de locaux avec plomb accessible (rappeler l'existence de la fiche pour saisir l'ARS afin qu'un DRIP (diagnostic des revêtements) soit réalisé). Leur rappeler leur rôle pour mobiliser les acteurs sociaux, les soignants des centres de santé (dont CMS), les PMI du territoire sur le repérage et la prescription de dépistages du saturnisme.

### ACTIONS SOUHAITABLES, à mener par l'ARS

→ Aller plus loin dans les CLS : Fiche innovante sur le repérage de locaux avec plomb accessible et la promotion du dépistage du saturnisme (nécessité d'une mobilisation constante du SH ou SCHS pour sensibiliser les acteurs sociaux, les soignants des centres de santé (dont CMS), les PMI du territoire au repérage et à la prescription de dépistages du saturnisme).

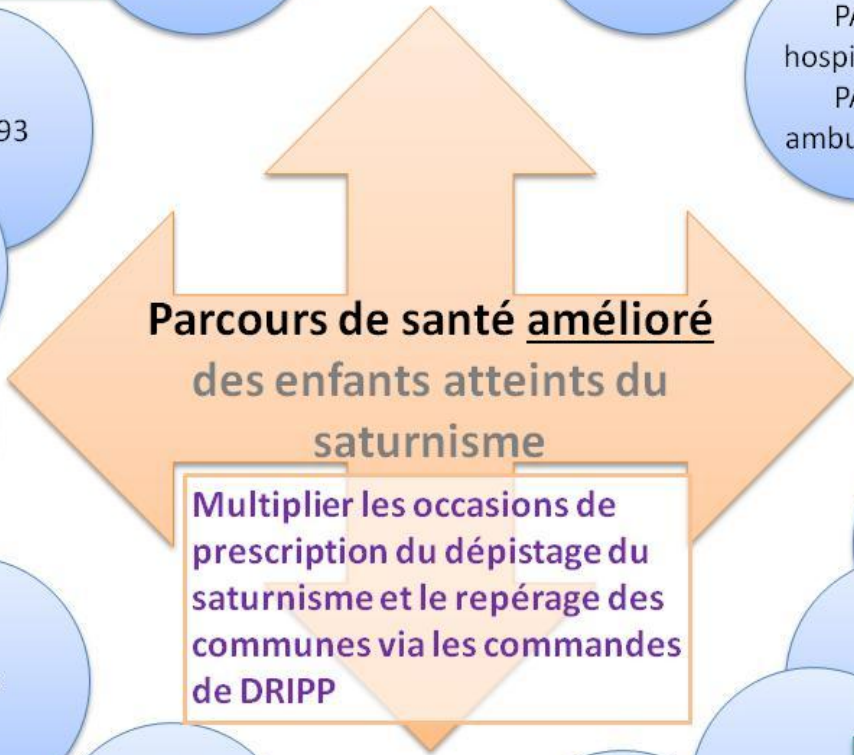
Communes (SCHS ou Service Hygiène)

CLS

PASS hospitalière, PASS ambulatoire

→ Réflexion avec la coordination régionale des PASS de l'ARS à continuer sur des équipes mobiles précarité à missionner sur la promotion du dépistage du saturnisme, sur la prescription de dépistages en PASS hospitalières et PASS ambulatoires.  
Exemple de la PASS mère-enfant en région PACA : cette consultation de référence a permis de remobiliser les PMI et les médecins de ville sur le saturnisme.

DRIHL 93  
ARS-DD93  
Association financée par l'ARS pour réaliser un suivi des enfants



DAC, CPTS

→ Sensibiliser les pro. du soins sur la prescription du dépistage du saturnisme à travers les DAC et CPTS.  
→ Convaincre les CPTS d'inscrire dans leur projet de santé le dépistage du saturnisme, à faire figurer dans leurs contrats d'objectifs.

Hôpital

CMS

→ Sensibilisation au repérage des locaux avec plomb accessible, des enfants pour qui un dépistage serait nécessaire.

CCAS

Associations  
Fondation Abbé Pierre  
Association des familles victimes du saturnisme

PMI

Médecin généraliste, centre de santé

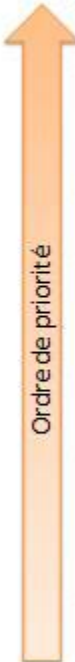
→ Inscrire la prescription de dépistage du saturnisme dans les objectifs opérationnels du projet médical des MSP qui se créent (l'ARS appuie beaucoup les professionnels de santé qui veulent créer une MSP dans la conception de leurs projets).

MSP

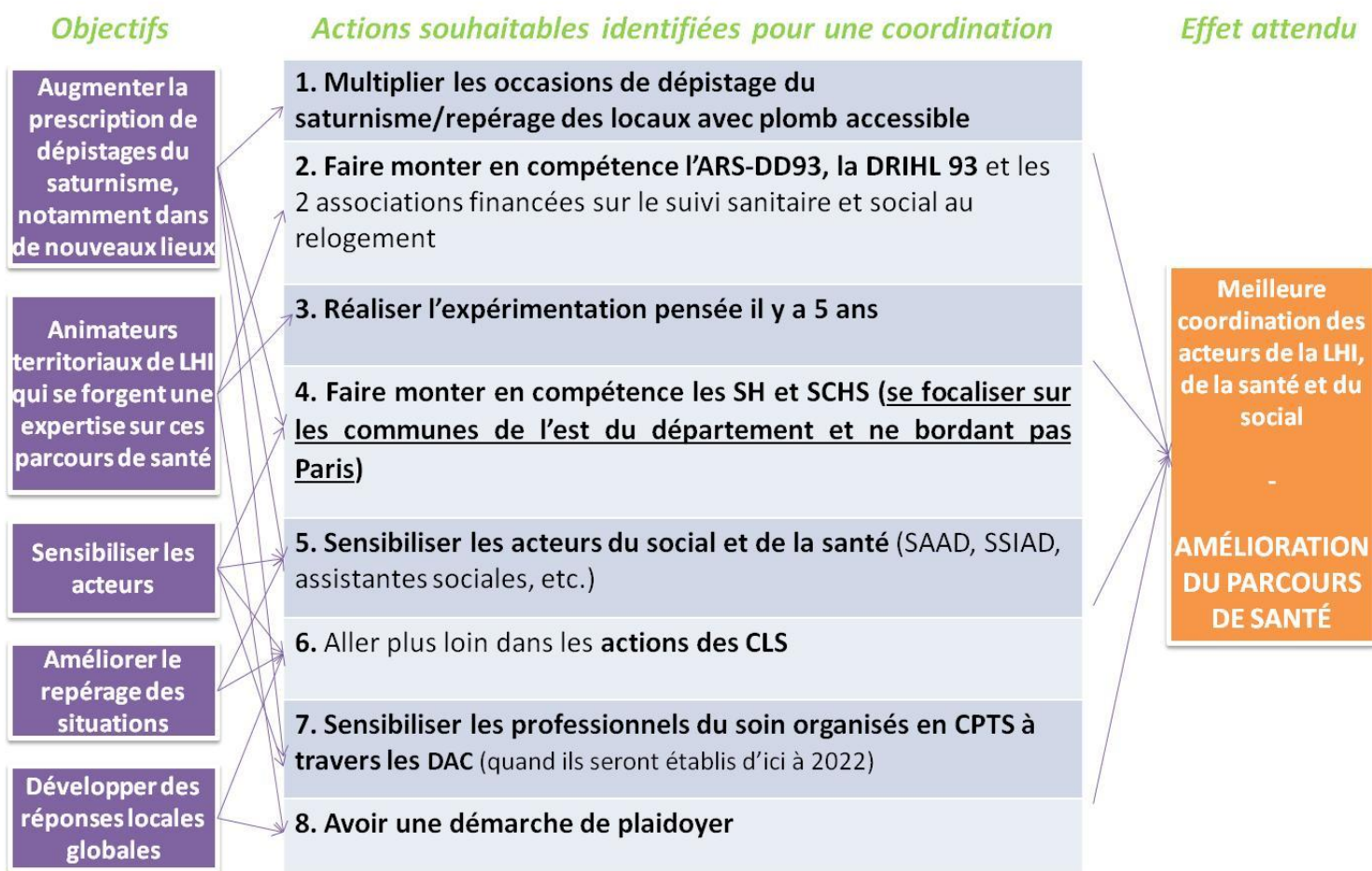
→ Travailler avec la référente du dossier saturnisme de la PMI (Conseil Départemental) sur les freins et leviers en matière de dépistage du saturnisme au sein de ces structures.

## 5. Actions à engager

### Priorisation des actions souhaitables à mener par l'ARS

	Actions souhaitables identifiées pour une coordination	Justification de la priorisation
 Ordre de priorité	1. Multiplier les occasions de dépistage du saturnisme/repérage des locaux avec plomb accessible	Caractère d'urgence, dépistage et repérage en baisse
	2. Faire monter en compétence l'ARS-DD93, la DRIHL 93 et les 2 associations financées sur le suivi sanitaire et social au relogement	Les animateurs du réseau LHI (ARS et DRIHL) doivent monter en compétence sur les cas complexes
	3. Réaliser l'expérimentation pensée il y a 5 ans	Expérimentation vectrice d'apprentissage pour les acteurs
	4. Faire monter en compétence les SH et SCHS ( <u>se focaliser sur les communes de l'est du département et ne bordant pas Paris</u> )	Une fois les animateurs du réseau LHI plus expérimentés sensibiliser les communes, qui sont les 1ers acteurs à voir les situations et à devoir agir
	5. Sensibiliser les acteurs du social et de la santé	Repérages des situations et bonnes pratiques
	6. Aller plus loin dans les actions des CLS	Les CLS de 3 <sup>ème</sup> génération s'achèvent en 2022
	7. Sensibiliser les professionnels du soin organisés en CPTS à travers les DAC (quand ils seront établis d'ici à 2022)	DAC encore trop jeunes ou inexistants
	8. Avoir une démarche de plaidoyer	Action constante à mener plus par le siège de l'ARS

## Modèle logique - actions souhaitables à mener par l'ARS



1 <sup>er</sup> semestre 2021	2 <sup>nd</sup> S 2021	1 <sup>er</sup> S 2022	2 <sup>nd</sup> S 2022	2023	Indicateurs de suivi et de résultats
<p><b>1. Multiplier les occasions de dépistage du saturnisme/repérage des locaux avec plomb accessible:</b></p> <p>→ <b>Inscrire la prescription de dépistages du saturnisme dans les objectifs opérationnels du projet médical des MSP</b> qui se créent dans le département (<u>LIEN AVEC service OFFRE DE SOINS</u>).</p> <p>→ <b>Convaincre les CPTS qui se créent d'inscrire dans leurs projets de santé le dépistage du saturnisme</b>, à faire figurer dans leurs contrats d'objectifs (<u>LIEN AVEC service OFFRE DE SOINS</u>).</p> <p>→ <b>Faire une information aux SH et SCHS sur le besoin en repérage de locaux avec plomb accessible</b> (rappeler l'existence de la fiche pour saisir l'ARS afin qu'un DRIP (diagnostic des revêtements) soit réalisé). Leur rappeler leur rôle pour mobiliser les acteurs sociaux, les soignants des centres de santé (dont CMS), les PMI du territoire sur le repérage et la</p>					<p>Nb de MSP avec objectifs opérationnels sur le saturnisme, Nb de DO saturnisme émanant de MSP</p> <p>Nb de CPTS ayant inscrit le dépistage du saturnisme dans leurs projets de santé</p> <p>Nb de demandes de DRIP émanant des SH et SCHS</p>

<p>prescription de dépistages du saturnisme.</p> <p>→ <b>Continuer la réflexion</b> initiée durant le stage <b>avec la coordination régionale des PASS de l'ARS</b> sur des équipes mobiles précarité missionnées sur la promotion du dépistage du saturnisme, sur la prescription de <b>dépistages en PASS hospitalières et PASS ambulatoires</b>.</p> <p>→ Travailler avec <b>la référente au Conseil Départemental du dossier saturnisme de la PMI</b> sur les freins et leviers en matière de dépistage du saturnisme au sein de ces structures.</p> <p>→ Echanger avec le bureau des maladies infectieuses du Conseil départemental pour rendre effective leur proposition : <b>dans les CLAT, lors du passage d'un enfant venu parce qu'il est cas contact d'une personne avec tuberculose, qu'il soit proposé un dépistage du saturnisme</b> (enfant souvent primo-arrivant sans couverture santé).</p>	<p>Nb de DO saturnisme émanant de PMI</p>
--	---

1 <sup>er</sup> semestre 2021	2 <sup>nd</sup> S 2021	1 <sup>er</sup> S 2022	2 <sup>nd</sup> S 2022	2023	Indicateurs de suivi et de résultats
<p><b>2. Faire monter en compétence l'ARS-DD93, la DRIHL 93 et les 2 associations financées sur le suivi sanitaire et social au relogement :</b></p> <p>→ <b>Avoir à l'ARS-DD93 un agent LHI référent sur les parcours de santé complexes des personnes en situation d'habitat indigne</b> (problématiques de santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie et avec souffrances psychiques). <b>Cet agent participerait aux réunions relogement réunissant la DRIHL 93, l'ARS-DD93 et les deux opérateurs sociaux financés</b>, pour faire monter en compétence le collectif et se forger une expertise.</p> <p>→ <b>Sensibiliser les T3S et IES de l'ARS-DD93</b> à l'importance du travail en réseau (santé, social, LHI), à prendre en compte la santé globale des personnes en commençant par <b>questionner la couverture santé des occupants en situation d'habitat indigne</b> (les renvoyer vers les dispositifs existants d'accès aux droits en santé si besoin), <b>au traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène</b> (recours au RESAD, CLSM), <b>à avoir recours à l'expertise des MAIA (futures DAC) pour les cas complexes des personnes âgées</b>, à l'opportunité de saisir le juge des tutelles quand une mesure de protection des majeurs semble nécessaire, etc.</p>					<p>Agent LHI référent sur les parcours de santé désigné</p>
<p><b>3. Débuter l'expérimentation pensée il y a 5 ans :</b></p> <p>→ <b>Augmenter le financement du suivi sanitaire et social au relogement de l'ARS auprès d'HSD pour que cette association mène en plus des actions actuelles l'expérimentation déjà pensée il y a 5</b> : que soient réalisés des diagnostics et suivis sanitaires pour des familles en situation d'habitat indigne identifiées avec des problématiques sanitaires et d'accès aux droits et aux soins (possiblement aussi sur des cas de Diogène avec communes sans RESAD et CLSM).</p>					<p>Expérimentation qui débute</p> <p>Nb de diagnostics et suivis sanitaires réalisés</p>

1 <sup>er</sup> semestre 2021	2 <sup>nd</sup> S 2021	1 <sup>er</sup> S 2022	2 <sup>nd</sup> S 2022	2023	Indicateurs de suivi et de résultats
<p><b>4. Faire monter en compétence les SH et SCHS (principalement les communes de l'est du département et ne bordant pas Paris) :</b></p> <p>→ <b>A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS : sensibiliser les communes (inspecteurs de salubrité, mais aussi convier les coordinateurs de CLS) à l'importance du travail en réseau (santé, social, LHI), à prendre en compte la santé globale des personnes en commençant par questionner la couverture santé des occupants (les renvoyer vers les dispositifs existants d'accès aux droits en santé si besoin), à l'opportunité d'avoir une personne formée CMEI au sein de leurs équipes, au traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène (recours au RESAD, CLSM), à avoir recours à l'expertise des MAIA pour les cas complexes des personnes âgées, à l'opportunité de saisir le juge des tutelles quand une mesure de protection des majeurs semble nécessaire, etc.</b></p> <p>→ <b>Dans les échanges quotidiens des T3S et IES de l'ARS-DD93 avec les SH et SCHS : prôner un peu plus à chaque fois les bonnes pratiques énumérées ci-avant appliquées aux cas concrets rencontrés par les services.</b></p> <p>→ <b>Dans les saisines des SH et SCHS de l'ARS au titre de l'article 1311-4 du CSP pour les cas de Diogène, T3S et IES s'assurent qu'une approche pluri professionnelle est en œuvre, pour éviter les récives et décompensations (principalement les communes plus à l'est du département et qui n'ont pas de RESAD et CLSM).</b></p>					<p>Nb d'agents de SH et SCHS sensibilisés,</p> <p>Nb d'agents de SH et SCHS formés CMEI,</p> <p>Nb d'agents CMEI en commune</p>

1 <sup>er</sup> semestre 2021	2 <sup>nd</sup> S 2021	1 <sup>er</sup> S 2022	2 <sup>nd</sup> S 2022	2023	Indicateurs de suivi et de résultats
<p><b>5. Sensibiliser les acteurs du social et de la santé :</b></p> <p><u>Avec les MAIA (futurs DAC) :</u></p> <p>→ <b>Sensibiliser et mettre dans une posture de repérage les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées à travers les rencontres périodiques organisées par les MAIA (SAAD, SSIAD, CLIC, etc.) : proposer d'intervenir sur l'habitat indigne, l'adaptation des logements, les aides existantes, le traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène.</b></p> <p>→ Participer au groupe de travail départemental des MAIA nord et sud sur les « Logements infestés [punaises de lit], logement encombrés » qui produit des réflexions et outils.</p> <p><u>Avec les assistantes sociales, dépendant du Conseil départemental (direction de la prévention et de l'action sociale) :</u></p> <p>→ Sensibiliser et mettre dans une posture de repérage des assistantes sociales du service départemental à travers une rencontre sur l'habitat indigne, le saturnisme, l'adaptation des</p>					<p>Nb de sensibilisations réalisées lors de rencontres organisées par les MAIA,</p> <p>Nb de signalements de situations d'habitat indigne provenant d'acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées</p> <p>Nb de sensibilisations réalisées auprès d'assistantes sociales, Nb de signalements de</p>

logements, les aides existantes, le traitement adapté pluri professionnel des situations de Diogène, les problèmes de santé mentale, de perte d'autonomie, dans le logement.	situations d'habitat indigne provenant d'assistantes sociales
--	---

1 <sup>er</sup> semestre 2021	2 <sup>nd</sup> S 2021	1 <sup>er</sup> S 2022	2 <sup>nd</sup> S 2022	2023	Indicateurs de suivi et de résultats
<p><b>6. Aller plus loin dans les actions des CLS (LIEN AVEC service PPS) :</b></p> <p>→ <b>Lors des phases d'écriture des CLS renouvelés, convaincre les collectivités signataires d'inscrire dans les fiches actions des réponses locales globales au traitement de l'habitat indigne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fiche innovante sur le repérage de locaux avec plomb accessible et la promotion du dépistage du saturnisme.</b></li> <li>• <b>Fiche innovante sur la qualité de l'air intérieur :</b> convaincre la commune de former une personne du SH ou SCHS à la fonction de CMEI et de dégager du temps sur sa fiche de poste pour que des interventions de CMEI soient faites.</li> <li>• <b>Fiches sur la santé mentale et les personnes âgées en perte d'autonomie qui doivent plus inclure l'aspect logement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A axer beaucoup sur le repérage des situations d'indignité/ de problématiques de santé mentale/ de Diogène/ de besoin d'adaptation à la perte d'autonomie du logement, par les acteurs de santé (médecins généralistes, SSIAD, CMP, EMPP), du social (assistantes sociales, SAAD), de l'habitat (gardiens d'immeuble, bailleurs sociaux).</li> <li>- Mettant en place une organisation pluri professionnelle pour le traitement pluri professionnel des situations de troubles psychiques liées au logement (en lien avec une RESAD s'il en existe).</li> </ul> </li> </ul> <p>→ D'une manière générale, pousser à ce que les médecins des centres de santé (dont CMS), les PMI, réalisent plus de visites à domicile : cela peut permettre de repérer les situations de plomb accessible, d'habitat indigne, de logement non adaptés, de Diogène.</p>					<p>Nb de coordinateurs de CLS sensibilisés à l'enjeu de coordination des acteurs de santé, du social et de LHI,</p> <p>Nb de CLS dans le département ayant une fiche innovante sur la lutte contre le saturnisme, sur la qualité de l'air intérieur,</p> <p>Nb d'agents de SH et SCHS formés CMEI,</p> <p>Nb d'agents CMEI en commune,</p> <p>Nb de CLS dans le département ayant une fiche innovante sur la santé mentale en lien avec l'habitat,</p> <p>Nb de CLS dans le département ayant une fiche innovante sur la perte d'autonomie en lien avec l'habitat</p> <p>Nb de CLS dans le département incitant des médecins à faire des visites à domicile</p>

1 <sup>er</sup> semestre 2021	2 <sup>nd</sup> S 2021	1 <sup>er</sup> S 2022	2 <sup>nd</sup> S 2022	2023	Indicateurs de suivi et de résultats
<p>→ <b>Sensibiliser à nouveau les SH et SCHS</b> (se concentrer sur les communes de l'est du département et ne bordant pas Paris)</p>					Nb d'agents de SH et SCHS sensibilisés
<p>→ <b>Faire à nouveau une information aux SH et SCHS sur le besoin en repérage de locaux avec plomb accessible.</b> Leur rappeler leur rôle pour mobiliser les acteurs sociaux, les soignants des centres de santé (dont CMS), les PMI du territoire sur le repérage et la prescription de dépistages du saturnisme.</p>					Nb de demandes de DRIP émanant des SH et SCHS
<p>→ <b>Sensibiliser à nouveau des assistantes sociales du service départemental.</b></p>					Nb de sensibilisations réalisées auprès

	d'assistantes sociales, Nb de signalements de situations d'habitat indigne provenant d'assistantes sociales
→ <b>Faire le bilan de l'expérimentation menée par l'association HSD.</b>	Expérimentation achevée, Nb de diagnostics et suivis sanitaires réalisés, Nb d'occupants ayant eu un bénéfice sanitaire
→ <b>7. Réfléchir avec les deux DAC du département à comment sensibiliser les professionnels du soin organisés en CPTS (ex : les sensibiliser à prescrire des dépistages du saturnisme).</b>	

<b>Actions à mener de façon constante</b>	Indicateurs de suivi et de résultats
→ <b>Inscrire la prescription de dépistage du saturnisme dans les objectifs opérationnels du projet médical des MSP</b> qui se créent dans le département ( <u>LIEN AVEC service OFFRE DE SOINS</u> ). <b>De même pour les projets de CPTS.</b>	Nb de MSP avec objectifs opérationnels sur le saturnisme, Nb de DO saturnisme émanant de MSP, Nb de CPTS ayant inscrit le dépistage du saturnisme dans leurs projets de santé
→ <b>Pour les locaux insalubres, inspectés par l'ARS, où vivent en communauté de nombreuses personnes dans la précarité et promiscuité</b> (plus de 25 personnes), <b>l'ARS peut en informer le bureau des maladies infectieuses du Conseil Départemental, pour que soit déclenché des dépistages actifs de tuberculose</b> , des bilans de santé globale, des dépistages VIH & hépatites proposés.	Nb de dépistages actifs de tuberculose réalisés sur un site avec promiscuité et habitat indigne
→ A travers les rencontres du PDLHI ou les réunions d'information ARS-SH et ARS-SCHS : <b>sensibiliser les communes.</b> → <b>Dans les échanges quotidiens des T3S et IES de l'ARS-DD93 avec les SH et SCHS : prôner un peu plus à chaque fois les bonnes pratiques</b>	Nb d'agents de SH et SCHS sensibilisés
<b>8. Avoir une démarche de plaidoyer (action à engager plus par le siège de l'ARS) :</b> → Faire participer l'agence à des recherches interventionnelles en santé publique, liens santé et habitat (ex : bénéfiques sanitaires de l'intervention d'un réseau d'acteurs en précarité énergétique, dont CMEI), → Réaliser des colloques sur habitat et santé → Au niveau régional, rappeler les besoins en hébergements et logements pour les familles en situation d'insalubrité. → De même favoriser l'accès au logement des personnes avec problématiques de santé mentale. → Travailler conjointement avec d'autres grands acteurs régionaux susceptibles de porter la parole des occupants. Cela peut être engagé avec la Fondation Abbé Pierre (productions, colloques, études à faire en commun, cofinancements d'associations).	Nb de recherches interventionnelles avec participation de l'ARS Ile-de-France,  Nb de colloques organisés par l'ARS Ile-de-France, Nb de colloques ou l'ARS Ile-de-France a participé



Annexe 9 : Quelques fiches intéressantes de CLS de Seine-Saint-Denis portant sur la qualité de l'air intérieur

FICHE ACTION 12		BONDY	
Axe Stratégique	Habitat-santé et environnement		
Intitulé de l'action	<b>La santé dans le logement</b>		
Porteur de l'action	Gestion Urbaine de Proximité / ASV	Début : janv-18	Fin : déc-21
JUSTIFICATION			
Habiter n'est pas une activité sans conséquence. Le logement présente de nombreuses sources de nuisances susceptibles d'influencer directement notre santé (prolifération des punaises de lit, cafards...) et d'impacter l'environnement,			
De ce fait, la ville de Bondy en lien étroit avec les bailleurs sociaux, Est-Ensemble, le service logement, la GUSP, le SCHS met en place un plan d'action permettant de sensibiliser la population.			
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?			Oui
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?			Oui
DESCRIPTION			
Obj stratégique	Apporter les outils nécessaires aux habitants pour vivre mieux dans son logement		
Obj opérationnel 1	Mener des actions de sensibilisation auprès des habitants sur le lien entre logement		
Obj opérationnel 2	Coordonner et accompagner les acteurs sur le long terme		
Dans un premier temps, une mobilisation progressive des professionnels de santé sera conduite, afin d'élargir le nombre des intervenants autour du champ habitat/santé (professionnels de PMI, professionnels de santé mentale, personnels infirmiers, CCAS, les bailleurs, Est-Ensemble, Services municipaux...)			
Dans le prolongement des travaux menés lors des dernières Assises de la santé 2ème édition sur la thématique « Santé et environnement urbain », l'objectif étant d'établir un plan d'action pluriannuel afin de sensibiliser les bondynois sur les problématiques de santé et d'hygiène rencontrées au quotidien.			
Les thématiques abordées porteront sur :			
- le saturnisme (présence de plomb dans les logements),			
- la pollution de l'air intérieur,			
- les perturbateurs endocriniens			
- le tri des déchets			
- le syndrome de Diogène			
Public cible	Ensemble de la population bondynoise		
Lieu de l'action	Ville de Bondy	Territoire :	Tout le territoire du CLS
L'action est-elle déjà mise en œuvre (préexistante à la dynamique du CLS) ?			Oui

FICHE ACTION 20		Clichy-sous-Bois	
Axe Stratégique	6. Santé et environnement		
Intitulé de l'action	Santé et Habitat		
Porteur de l'action	Service santé / ASV Clichy-sous-Bois	Début	Fin
		janv-19	déc-19
JUSTIFICATION			
Important parc de logements privés très dégradés et bénéficiant de plusieurs plan de sauvegarde et d'une ORCODE IN (quartier du Chêne Pointu). Forte proportion d'habitants en grande précarité socio-économique.			
Méconnaissance par les habitants de ce qui peut être fait dans son logement pour prévenir des problèmes de santé (ex : problèmes respiratoires. Mauvaise connaissance de l'impact des conditions d'habitat sur la santé.			
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?			Oui
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?			Oui
DESCRIPTION			
Obj stratégique	Renforcer la prévention auprès des habitants sur les questions de santé liées au logement		
Obj opérationnel 1	Mettre en place une dynamique transversale associant les acteurs de l'habitat et du champ médico-social		
Obj opérationnel 2	Développer des actions de sensibilisation au logement et sur l'impact sur la santé auprès des habitants		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place les actions de prévention privilégiant une meilleur qualité de l'air intérieur : lutte contre les nuisibles, prévention des maladies infectieuses...</li> <li>• Valoriser le travail des associations type « Compagnons Bâisseurs » (accompagnement dans le temps des habitants) ; diffuser l'information sur ces associations auprès des habitants, des syndicots notamment dans le cadre de la politique de la ville et de l'ORCODE IN.</li> </ul> <p>Il s'agira également de développer une étude de faisabilité sur la mise en place de conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) permettant de réaliser à domicile des diagnostics précis, en lien avec les professionnels de santé prescripteur. Ceci afin de permettre une meilleure prise en charge des maladies infectieuses liées notamment au logement et aux facteurs environnementaux (asthme...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider les actions de sensibilisation au logement sur le bas Clichy (« Comment bien vivre dans son logement ») en partenariat avec le Pôle Hygiène et Salubrité, la maison du projet et le Maison de l'Habitat.</li> <li>• Renforcer la coordination des acteurs médico-sociaux intervenant à domicile</li> </ul>			
Public cible	Ensemble des habitants (locataires, bailleurs, propriétaires) principalement en situation de vulnérabilité		
Lieu de l'action	Ville de CSB	Territoire :	Tout le territoire du CLS
L'action est-elle déjà mise en œuvre (préexistante à la dynamique du CLS) ?			Oui

FICHE ACTION 27		MONTREUIL	
Axe Stratégique	Santé environnement		
Intitulé de l'action	Améliorer la qualité de l'air intérieur (CMEI)		
Porteur de l'action	SCHS	Début: janv-18	Fin: déc-22
JUSTIFICATION			
Développement d'une coopérative d'acteurs "Santé respiratoire - habitat", sous l'impulsion de l'ARS DD 93. Le Décret 2011-1728 du 2-12-2011 traduit la prise en compte politique de la QAI en établissements scolaires.			
Recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'éducation et le suivi des asthmatiques, intégration dans le Plan National Santé Environnement au titre du plan Asthme			
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?			Non
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?			Oui
DESCRIPTION			
Obj stratégique	Améliorer la santé respiratoire des Montreuillois		
Obj opérationnel 1	Sensibiliser les acteurs de la santé et du social à la QAI et au CMEI		
Obj opérationnel 2	Diagnostiquer les éléments perturbateurs au sein des logements et ERP		
<p>La Ville de Montreuil, via son SCHS, a une bonne connaissance des conditions de logement indigne d'administrés. La dégradation, l'insalubrité de logements, voire d'immeubles, leur sur-occupation sont causes de pathologies ou d'aggravation de pathologies pré-existantes liées à l'environnement extérieur. Ces critères font l'objet de procédures à l'initiative du SCHS. Toutefois, le tabac et le vapotage, certaines plantes et animaux, l'utilisation de certains produits ménagers et autres habitudes de vie sont des facteurs multiples supplémentaires à la dégradation de l'état de santé respiratoire des plus fragiles et notamment des plus jeunes, qu'il convient de prendre davantage en compte par une expertise adaptée. Ainsi, la Ville de Montreuil se dote d'une spécialisation en Conseil Médical en Environnement Intérieur (CMEI), et souhaite sensibiliser les acteurs de santé à une nouvelle démarche de visite à domicile pour améliorer le quotidien des personnes en insuffisance respiratoire par une expertise adaptée en terme de Qualité de l'Air Intérieur. L'action se décline donc notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse intérieure du logement et des habitudes de vie par le CMEI (température, humidité, ventilation, chauffage...) et recherche des polluants biologiques (prélèvements de moisissures dans le but d'affiner le diagnostic QAI) et chimiques.</li> <li>- Recherche des moyens de parvenir à une éviction optimale des allergènes et polluants, en association avec les occupants.</li> <li>- Sensibilisation des professionnels de santé et des acteurs du réseau (associations, infirmières scolaires, ...) à la QAI par le CMEI afin d'augmenter les prescriptions médicales et orientations pour une visite à domicile du CMEI.</li> <li>- Diagnostic des éléments perturbateurs au sein de l'habitat, ainsi que des ERP, notamment écoles.</li> <li>- Orientations / conseils pour améliorer la QAI.</li> </ul> <p>L'infirmière de santé publique du SCHS est formée au CMEI en 2019.</p>			
Public cible	Montreuillois		
Lieu de l'action	Logements, ERP	Territoire :	Tout le territoire du CLS
L'action est-elle déjà mise en œuvre (préexistante à la dynamique du CLS) ?			Non

FICHE ACTION N°30	Pierrefitte-sur-Seine				
Axe stratégique	Développer l'approche en santé environnementale				
Intitulé de l'action	Promouvoir la qualité de l'air intérieur et la santé respiratoire				
Porteur de l'action	Pôle développement durable et Direction de la santé	Début	Janv.-19	Fin	Déc.-22
<b>JUSTIFICATION</b>					
<p>L'air intérieur dans les bâtiments publics : La mauvaise qualité de l'air intérieur peut provoquer des troubles de la santé : pathologies, du système respiratoire, maux de tête, fatigue, irritation des yeux, nausées... L'ensemble des maladies allergiques concerne 25 à 30 % de la population dans les pays industrialisés. A l'inverse, une bonne qualité de l'air intérieur d'un bâtiment a un effet positif démontré sur la diminution du taux d'absentéisme, le bien-être des occupants et l'apprentissage des enfants. Dans les bâtiments, les sources d'émissions de substances polluantes sont nombreuses : matériaux de construction, peinture, meubles, appareils de chauffage, produits d'entretien etc...</p> <p>Au niveau national, la loi portant engagement national pour l'environnement a acté de rendre progressivement obligatoire la surveillance régulière de la qualité de l'air intérieur dans les bâtiments recevant du public et de mettre en place un étiquetage des matériaux de construction et de décoration.</p> <p>En France l'asthme frappe 3.5 millions de personnes et les insuffisances respiratoires graves en touchent 50 000.</p> <p>Au niveau local, le plan d'actions de l'Agenda 21 de Pierrefitte adopté en décembre 2013 vise à rendre le fonctionnement des services municipaux éco-responsables. Promouvoir le cadre de vie est un des enjeux stratégiques du Contrat Local de Santé. En effet, la qualité de l'air intérieur permet des bénéfices pour la santé de chacun : prévention des pathologies du système respiratoires (rhinite ou bronchite), maux de tête, fatigue, irritation des yeux, nausées... Les maladies allergiques concernent 25 à 30 % de la population dans les pays industrialisés.</p>					
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?				Oui	
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?				Oui	
<b>DESCRIPTION</b>					
Obj. stratégique	Améliorer la qualité de l'air, en travaillant sur : - l'utilisation et/ou la présence de polluants volatils dans les bâtiments publics (produits d'entretien, mobilier...) - une bonne aération et d'une bonne ventilation des bâtiments				
Obj. opérationnel 1	Constitution d'un groupe de travail de professionnels et d'habitants				
Obj. opérationnel 2	Réaliser un diagnostic des modalités d'entretien, d'usage du bâtiment et des moyens techniques permettant une aération et une ventilation satisfaisante.				
Objectif spécifique : Développer les compétences des professionnels et des publics en matière de pollution intérieure					
<p>A Pierrefitte, le service hygiène et le service entretien souhaitent traiter la question des produits d'entretien en promouvant l'achat de produits respectueux des fabricants, des utilisateurs et de l'environnement. Il s'agit d'utiliser des produits de nettoyage écologiques dans les bâtiments entretenus par le personnel municipal : hôtel de ville, Centre Municipal de santé, écoles, Espace Salvador Allende, crèches... Ces bâtiments accueillent du public, des enfants et le personnel municipal qui y travaille.</p> <p>Parallèlement, la qualité de l'air intérieur sera évaluée dans les bâtiments accueillant des enfants : accueils de loisirs, écoles du premier degré, crèches, halte-garderie, jardins d'enfants. Cette évaluation s'appuie sur les recommandations du Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et Ministère des Affaires sociales et de la santé.</p> <p>Sensibilisation des professionnels et de la population : Pour sensibiliser à la préservation d'un air sain dans les logements individuels, deux modalités d'action ont été développées, en lien étroit avec l'agenda 21 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La formation des professionnels intervenant au domicile (SSIAD, PMI, service social, service hygiène, professionnels de santé, service logement...) sur le thème général de la qualité de l'air intérieur, par l'Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA) : humidité, moisissures, tabagisme, composés organiques volatils (COV)...</li> <li>- Une semaine de sensibilisation santé environnementale « Pierrefitte équité »</li> </ul> <p>Dans la continuité de la semaine sur les économies d'énergies et les éco-gestes organisée depuis plusieurs années par le service social, le groupe de travail en charge de l'organisation a décidé d'élargir les questions de précarité énergétique aux enjeux de qualité de l'air intérieur et santé environnementale. Sur une semaine, plusieurs ateliers sont proposés à la population dans les centres sociaux, en PMI, au service social... sur plusieurs thématiques : les différentes sources de pollution dans le logement, les bons gestes à adopter afin d'améliorer la qualité de son air intérieur, fabrication de produits d'entretien écologiques, la précarité énergétique, le tabagisme...</p> <p>Plusieurs partenaires y interviennent : l'APPA, la Mutualité française, EDF, l'association SHAKTI21, Plaine Commune Habitat, Partenaire pour la Ville...</p> <p>Participation à la coopérative d'acteurs en promotion de la santé « Santé respiratoire et habitat » : La direction territoriale ARS 93 anime des projets territoriaux Promotion de la santé, sur le modèle de coopérative d'acteurs de manière expérimentale, sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement intérieur sur la santé, la prévention des pathologies respiratoires et à la réduction des coûts associés pour la santé publique qui représentent un réel enjeu en Seine-Saint-Denis. Cette thématique est une des orientations du Plan Régional santé Environnement 3 2017-2021.</p>					

Annexe 10 : Deux fiches intéressantes de CLS de Seine-Saint-Denis portant sur la santé mentale et en lien avec l'habitat

FICHE ACTION 18		Saint-Ouen	
Axe Stratégique	Santé mentale		
Intitulé de l'action	Santé mentale et renouvellement urbain		
Porteur de l'action	Coordinatrice CLSM	Début janv-19	Fin déc-22
JUSTIFICATION			
2 NPRU 2014-2024. Un parc immobilier avec au moins 60% de parc privé, qui se caractérise par de petites copropriétés, des petits logements sans confort, de l'habitat indigne,			
ARS IDF a initié une étude expérimentale visant à renforcer la prise en compte des enjeux de santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain accompagnés par l'ANRU			
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?			Oui
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?			Oui
DESCRIPTION			
Obj spécifique	Articuler le renouvellement urbain avec les enjeux de santé		
Obj opérationnel 1	Améliorer l'information aux audoniens et répondre au mieux à leurs sollicitations		
Obj opérationnel 2			
7 pistes d'actions :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place, tout au long de la durée du Projet ANRU, un renforcement et une analyse des recours au CMP</li> <li>- Construire des formations sur la santé mentale à destination des gardiens, employés, des bailleurs pour prévenir et détecter les vulnérabilités et savoir les orienter.</li> <li>- Développer un projet spécifique autour de la lutte contre l'isolement des personnes âgées des quartiers ANRU, dans la continuité du projet Monalisa</li> <li>- Renforcer la végétalisation comme facteur de promotion de la santé mentale</li> <li>- Repérer et accompagner spécifiquement des personnes à "risque psychologique/vulnérabilité" dans le cadre des "chartes de relogement" des projets ANRU</li> <li>- Structurer dans la future charte GUP un cadre pour des actions des DSU favorables à la santé mentale</li> <li>- Groupe de parole ASV autour du bien-être, la santé mentale et le cadre de vie</li> </ul>			

FICHE ACTION 18		MONTREUIL	
Axe Stratégique	Santé mentale		
Intitulé de l'action	Prévenir précocément les troubles psychiques et favoriser l'habitat inclusif		
Porteur de l'action	CLSM	Début janv-18	Fin déc-22
JUSTIFICATION			
Un nombre important de personnes en détresse, isolées, en souffrance psychique, sans accompagnement adéquat. En 2018, la prévalence des ALD psychiatriques de longue durée à Montreuil est de 2,2%.			
Montreuil présente une offre médico-sociale avec de nombreuses associations de solidarité, mais un déficit de services d'accompagnement à domicile (SAVS, SAMSAH)			
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?			Oui
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?			Oui
DESCRIPTION			
Obj stratégique	Permettre aux habitants de Montreuil en souffrance psychique d'être mieux insérés dans la cité		
Obj opérationnel 1	Structurer une offre d'accompagnement psycho-social personnalisé		
Obj opérationnel 2	Favoriser l'insertion en mettant à disposition des logements accompagnés		
<p>Beaucoup de personnes sont en détresse, isolées, en souffrance psychique, sans accompagnement adéquat. Les premiers témoins de ces personnes sont notamment les gardiens d'immeubles, les généralistes, les assistantes sociales, les familles et l'UNAFAM.</p> <p>Le CLSM propose de mettre à disposition de ces acteurs de premiers recours des entretiens avec des accompagnateurs psycho-sociaux de l'association Bol d'Air susceptible d'établir des ponts entre ces personnes en souffrance et les divers dispositifs pouvant les aider : PASS ambulatoire, dispositifs sanitaires et sociaux plus spécialisés, secteurs psychiatriques, offre de psychothérapeutes en ville, antennes et centres socio-culturels, service de médiation, maison du droit etc. La qualité d'écoute de ces accompagnateurs psycho-sociaux et leur capacité à travailler en réseau avec le CLSM et avec le RESAD sont des atouts certains.</p> <p>Actions de formation et de veille des gardiens d'immeubles relatives à l'isolement et à la souffrance psychique des habitants.</p> <p>Des actions de prévention et de sensibilisation relatives aux effets délétères des écrans sur les jeunes enfants sont mises en place depuis 2019 : formations / conférences en direction des professionnels de la petite enfance (modes d'accueil...).</p> <p>La mise à disposition de logements dits "accompagnés" sera poursuivie dans deux directions : coopération avec l'association "Vivre devenir" pour mettre à disposition des logements et un accompagnement dans le cadre des prestations de la MDPH ; élaboration des conditions favorables nous permettant de répondre à l'appel à projet "un chez soi d'abord".</p> <p>Mieux accompagner adolescents et jeunes adultes ayant des troubles psychiques, et parfois à la rue, nécessite de soutenir les structures associatives d'alternatives aux placements, en lien avec CMP et CMPP, et dispositifs de protection de l'enfance. Le soutien aux familles et à la parentalité sera développée à travers la mutualisation d'échanges et d'expériences de parents ayant des enfants perturbés à l'école.</p>			

Annexe 11 : Une fiche intéressante du CLS de Saint-Ouen portant sur l'autonomie des personnes âgées et en lien avec l'habitat

FICHE ACTION 6		Saint-Ouen	
Axe Stratégique		Prévention et promotion à la santé	
Intitulé de l'action		Lutte contre l'isolement des séniors	
Porteur de l'action	Service Prévention	Début janv-18	Fin déc-22
JUSTIFICATION			
Le CLIC est régulièrement confronté à des situations de personnes âgées isolées présentant une problématique médico-sociale complexe.			
Impact de la baisse du nombre de médecins généralistes sur le territoire rendant difficile les visites à domicile.			
La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du contrat de ville ?			Oui
Parmi ces éléments, des inégalités sociales et territoriales de santé ont-elles été repérées ?			Oui
DESCRIPTION			
Obj spécifique	Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, dans de bonnes conditions.		
Obj opérationnel 1	Améliorer le repérage des personnes âgées en situation d'isolement		
Obj opérationnel 2	Renforcer les visites à domicile des médecins des CMS		
L'objectif de renforcer l'accompagnement du vieillissement à domicile a été décliné en 4 actions, dont la mise en oeuvre s'étale sur 2019 - 2022 :			
1. Renforcer la coordination des acteurs de la gérontologie sur le territoire : ce travail a été menée autour d'une thématique commune (la prévention de la maltraitance) avec des formations conjointes des 4 services concernés, MAD, SSIAD, CLIC et service animation-retraités. Aide aux aidants : la ville propose des locaux à l'association France Alzheimer pour ses formations d'aide aux aidants.			
2. Favoriser l'adaptation des logements aux contraintes du grand âge.			
3. Mieux connaître les expériences innovantes en matière de parcours résidentiel pour les adapter au territoire audonien.			
4. Renforcer les visites à domicile des médecins des CMS : un recensement des MG libéraux a permis de mieux connaître l'offre (1/3 des MG ne font aucune visite à domicile, 2/3 en réalisent pour leurs patients). Une procédure interne au CMS vise à faciliter les visites à domicile.			
<b>Développer la prévention et l'information :</b>			
Reconduction des ateliers hebdomadaires, animés par l'USMA + 50 ans, au 27 Péri : Autonom'Gym (gymnastique sur chaise), et Pare à chutes (exercices visant à prévenir les chutes).			
Des ateliers nutrition autour du petit-déjeuner et des soupes, animés par une diététicienne, ont eu lieu tout au long de l'année.			

Annexe 12 : Fiche de liaison FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation d'Ile-de-France) du guichet intégré de la MAIA

## Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation d'Ile-de-France - FAMO

Date d'envoi : \_\_\_\_\_

**DEMANDE INITIALE**

**Formulée par**  Personne concernée  Famille  Entourage  Autre professionnel NOM : \_\_\_\_\_

Lien / fonction : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

**Mode de contact**  Contact en présentiel  Contact téléphonique/par mail/par fax

**PERSONNE COMPLÉTANT LA DEMANDE (coordonnées du rédacteur du FAMO)**

**Exercice**  Structure  Libéral NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Structure/équipe : \_\_\_\_\_ Service/unité : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

### La personne concernée

**ALERTES**

**Santé**

- Absence de suivi médical
- Hospitalisations répétées
- Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
- Essoufflement même au repos
- Problèmes sensoriels (vision, audition,...)
- Modification du poids (amaigrissement, prise de poids)
- Problèmes de comportement (agitation, repli sur soi,...)
- Pertes de mémoire
- Douleurs
- Chutes, pertes de l'équilibre
- Autre : \_\_\_\_\_

**Autonomie**

- Altération dans les actes essentiels (se laver, se vêtir, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, se nourrir)
- Altération dans les activités de la vie domestique (faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, gérer le linge, gérer le budget, gérer les médicaments, utiliser le téléphone et autres moyens de communication, utiliser les transports)
- Difficultés dans la prise de décision
- Limitation importante dans les activités personnelles et les loisirs
- Autre : \_\_\_\_\_

**Environnement matériel**

- Habitat inadapté
- Insalubrité
- Difficultés d'accessibilité
- Isolement géographique (difficultés d'accès aux services et commerces de proximité)
- Autre : \_\_\_\_\_

**Environnement humain**

- Vit seule
- Absence de réseau familial
- Insuffisance du réseau social
- Absence d'aide professionnelle
- Absence, perte ou épuisement des aidants
- Refus d'aide ou d'intervention de professionnels
- Ressenti de solitude
- Risque ou suspicion d'abus ou de maltraitance
- Autre : \_\_\_\_\_

**Situation économique et administrative**

- Précarité financière
- Absence, perte ou difficulté d'accès aux droits sociaux ou de santé
- Autre : \_\_\_\_\_

**Coordonnées**

Civilité :  M.  Mme NOM d'usage : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Consignes particulières pour la prise de contact (Indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite, ou si la personne n'a pas le téléphone, etc) : \_\_\_\_\_

Vit :  Seul(e)  En famille  Avec un conjoint

Avec entourage Lien : \_\_\_\_\_

Avec animal de compagnie : \_\_\_\_\_

**Demande exprimée par la personne**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Commentaires** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accompagnement dans la mise en place d'aides**

La personne souhaite des renseignements et engagera seule les démarches

La personne souhaite être accompagnée dans la mise en place des aides ; elle consent au partage d'information la concernant



### SERVICES ET PROFESSIONNELS EN PLACE CONNUS

**Médecin traitant**  Oui  Non  Ne sait pas    informé de la demande:  Oui  Non  Ne sait pas

NOM Prénom: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_  
 Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Mesure de protection juridique**  Oui  Non  Ne sait pas

Si existante, exercée par:  Professionnel privé ou Association tutélaire     Famille Lien: \_\_\_\_\_  
 NOM: \_\_\_\_\_ Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Autres services ou professionnels**

Type de service / professionnel	Nom de la structure / service	NOM du professionnel	Commune	Téléphone(s) / fax	Email

**Personne ressource** Informée de la demande:  Oui  Non  Ne sait pas    Lien (professionnel, famille, voisinage): \_\_\_\_\_  
 NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_ Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_



### ORIENTATION(S) ENVISAGÉE(S) (destinataires du FAMO)

Type de service / professionnel	Nom de la structure / service	NOM du professionnel si connu	Commune	Téléphone(s) / fax	Email

### RÉPONSE (encart réservé au récepteur du FAMO)

Date de retour d'information: \_\_\_\_\_

NOM Prénom: \_\_\_\_\_ Fonction: \_\_\_\_\_  
 Structure/équipe: \_\_\_\_\_ Service/Unité: \_\_\_\_\_

**Statut de la demande**

Validée    NOM du référent désigné: \_\_\_\_\_  
 Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Validée en attente de prise en charge    Motif de l'attente: \_\_\_\_\_

Refusée    Motif: \_\_\_\_\_

Réorientée vers: \_\_\_\_\_



## Annexe 13 : Définition du syndrome de Diogène

D'après la Dihal :

*« L'incurie prend diverses formes. Elle est néanmoins caractérisée par une occupation inadéquate du logement avec une accumulation de déchets ou d'objets, et parfois la présence en très grand nombre d'animaux.*

*Cette accumulation peut entraîner odeurs et présences de nuisibles, et engendrer des risques infectieux et d'incendie. Elle est souvent accompagnée par un manque d'hygiène personnelle.*

*« L'incurie désigne essentiellement le fait pour une personne donnée d'apporter trop peu de soins à ce qui la concerne. Elle est à rapprocher d'un certain abandon de soi, du soin porté à soi. Elle peut concerner l'état de la personne elle-même (son apparence, sa propreté et son hygiène, d'éventuels soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé), mais aussi son environnement, et en particulier son habitat. Elle peut constituer un signe non spécifique dans plusieurs tableaux pathologiques tels que la démence, le syndrome dépressif, la schizophrénie... »*

*(L'incurie dans l'habitat, Nicolas MERYGLOD, 2007)*

*Il faut bien remarquer que l'incurie est un symptôme. Elle n'est pas le signe spécifique d'une pathologie mais l'un des signes d'un tableau clinique plus large. Ce symptôme est à la frontière entre une pathologie psychiatrique et le choix de mode de vie marginal. L'incurie peut être le signe d'une dépression majeure, d'une schizophrénie, de la démence des personnes âgées... Elle est fréquemment associée à des troubles addictifs tels qu'un éthylisme chronique.*

*L'incurie est l'expression ordinaire d'une pathologie qu'il convient de distinguer du syndrome de Diogène.*

*Le syndrome de Diogène peut, dans certains cas, se traduire par de l'incurie mais les personnes en situation d'incurie ne sont pas toutes atteintes de ce syndrome de Diogène. On retrouve trois critères qui permettent d'évaluer la situation de la personne concernée par le syndrome de Diogène :*

- le rapport au corps : corps très propre ou très sale,*
- le rapport à l'habitat et à l'environnement : domicile vide ou entassé,*
- le rapport aux autres : beaucoup de relations avec les autres ou aucune.*

*Les personnes atteintes du syndrome de Diogène se situent aux extrêmes de ces échelles. Celles qui attirent le regard et nécessitent une intervention extérieure sont celles*

se situant dans les extrêmes de négligence de leur corps, de leur domicile et de leurs relations sociales.

Par ailleurs, le signe le plus évident, d'après le Dr Jean-Claude Monfort, est qu'elles ne demandent rien alors qu'elles auraient besoin de tout. »

Sources : Dihal (2013) – Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté

#### Annexe 14 : Liste des RESAD ou réunions apparentées en Seine-Saint-Denis

<b>AUBERVILLIERS</b>	RESAD CLSM Coordinatrice : <i>Madame Rabha Rahmani</i> Secrétariat : ☎ 01 48 39 50 34 <a href="mailto:rabha.rahmani@mairie-aubervilliers.fr">rabha.rahmani@mairie-aubervilliers.fr</a>
<b>AULNAY-SOUS-BOIS</b>	RESAD Atelier Santé Ville – CLSM : Coordinatrice : <i>Madame Isabelle Jegoudez-Feillant</i> ☎ 01 48 79 41 20 <a href="mailto:jegoudez-feillant@aulnay-sous-bois.com">jegoudez-feillant@aulnay-sous-bois.com</a>
<b>BAGNOLET</b>	RESAD Direction de la Santé Coordinatrice : <i>Madame Amélie Rouxhet</i> <a href="mailto:resad@ville-bagnolet.fr">resad@ville-bagnolet.fr</a> ☎ 01 56 63 91 18
<b>BOBIGNY</b>	RESAD Centre Polyvalent de Santé Aimé Césaire Coordinatrice du CLS : <i>Séverine Cornel</i> <a href="mailto:resad@ville-bobigny.fr">resad@ville-bobigny.fr</a> ☎ 01 75 34 30 84 CLSM
<b>BONDY</b>	RESAD "INTERFACE" - CLSM Coordinateur : <i>Jean-Jacques Remond</i> <a href="mailto:j.remond@ville-bondy.fr">j.remond@ville-bondy.fr</a> Secrétariat : ☎ 01 48 50 41 69
<b>CLICHY-SOUS-BOIS</b>	RESAD Circonscription du Service Social Départemental de Clichy-sous-bois <a href="mailto:dpas-clichysousbois@seinesaintdenis.fr">dpas-clichysousbois@seinesaintdenis.fr</a> Secrétariat : ☎ <a href="tel:0171294412">01 71 29 44 12</a> CLSM
<b>COUBRON</b>	RESAD de Montfermeil Circonscription de Service Social Départemental Montfermeil Secrétariat : ☎ 01 71 29 56 45
<b>DUGNY</b>	PAS D'INSTANCE
<b>DRANCY</b>	RESAD– INCERT Service Politique de la Ville <a href="mailto:resad@drancy.fr">resad@drancy.fr</a>
<b>EPINAY-SUR-SEINE</b>	RESAD intercommunale (Epinay/Pierrefitte/Villetaneuse) CLSM intercommunal Pierrefitte-Epinay Coordinatrice : <i>Déborah Touati</i> <a href="mailto:clsm.epinay-pierrefitte@epinay-sur-seine.fr">clsm.epinay-pierrefitte@epinay-sur-seine.fr</a> Secrétariat : ☎ 01 49 71 98 62
<b>GAGNY</b>	PAS D'INSTANCE
<b>GOURNAY-SUR-MARNE</b>	RESAD Circonscription de Service Social Départemental de Noisy-le-Grand Secrétariat : ☎ 01 71 29 44 30

<b>ILE-SAINT-DENIS</b>	RESAD Circonscription de Service Social Départemental Secrétariat : ☎ 01 71 29 55 75
<b>LA COURNEUVE</b>	COMMISSION SITUATIONS COMPLEXES (CSC) Responsable de la Circonscription de Service Social Départemental Secrétariat : ☎ 01 71 29 54 72 CLSM
<b>LE BLANC MESNIL</b>	RESAD SUSPENDUE (fin 2014)
<b>LE BOURGET</b>	INSTANCE SUSPENDUE (2015)
<b>LES LILAS</b>	CCAS Pôle social <i>Responsable : Madame Géraldine Franck</i> ☎ 01 41 58 10 91 <a href="mailto:geraldinefranck@leslilas.fr">geraldinefranck@leslilas.fr</a>
<b>LE PRE-SAINT-GERVAIS</b>	INSTANCE SITUATIONS COMPLEXES - CCAS <i>Directrice : Madame Anne-Laure Dugny</i> ☎ 01 49 42 70 03 <a href="mailto:annelaure.dugny@villedupre.fr">annelaure.dugny@villedupre.fr</a>
<b>LE RAINCY</b>	PAS D'INSTANCE
<b>LES PAVILLONS-SOUS-BOIS</b>	RESAD « INTERFACE », CLSM <i>Coordinatrice : Cristiane Zachariou</i> ☎ 01 41 55 16 57 <a href="mailto:cris.zachariou@gmail.com">cris.zachariou@gmail.com</a>
<b>LIVRY-GARGAN</b>	PAS D'INSTANCE
<b>MONTFERMEIL</b>	RESAD Circonscription de Service Social Départemental Montfermeil Secrétariat : ☎ 01 71 29 56 45 <a href="mailto:cssmontfermeil@seinesaintdenis.fr">cssmontfermeil@seinesaintdenis.fr</a> CLSM
<b>MONTREUIL</b>	RESAD Direction Municipale de la Santé Mission Santé Mentale - CLSM <i>Dr Bernard Topuz</i> ☎ 01 48 70 62 19 <a href="mailto:bernard.topuz@montreuil.fr">bernard.topuz@montreuil.fr</a>
<b>NEUILLY-SUR-MARNE</b>	PAS D'INSTANCE
<b>NEUILLY-PLAISANCE</b>	PAS D'INSTANCE
<b>NOISY-LE-GRAND</b>	RESAD Circonscription de Service Social Départemental de Noisy-le-Grand Secrétariat : ☎ 01 71 29 44 30
<b>NOISY-LE-SEC</b>	PAS D'INSTANCE
<b>PANTIN</b>	RESAD DASRU (Direction de l'Action Sociale et des Relations avec les Usagers) <i>Coordinateur : Abdelkhalek Boukhatem</i> Secrétariat: Florence Auvray ☎ 01 49 15 41 27 <a href="mailto:f.auvray@ville-pantin.fr">f.auvray@ville-pantin.fr</a>
<b>PIERREFITTE</b>	RESAD intercommunale (Epinay/Pierrefitte/Villetaneuse) CLSM intercommunal Pierrefitte-Epinay Coordinatrice : Anne Quintin <a href="mailto:anne.quintin@ccas.pierrefitte93.fr">anne.quintin@ccas.pierrefitte93.fr</a> ☎ 01 72 09 32 73

<b>ROMAINVILLE</b>	RESAD CCAS <i>Responsable des aides sociales et solidarité : Madame Saléha BELKACEM</i> ☎ 01 49 15 55 71 <a href="mailto:aidesocialesolidarite@ville-romainville.fr">aidesocialesolidarite@ville-romainville.fr</a>
<b>ROSNY-SOUS-BOIS</b>	REJAD <sup>23</sup> CLSM <i>Coordinatrice : Céline Carles-Trinh</i> ☎ 01 49 35 37 04 - 06 26 80 75 85 <a href="mailto:asv@mairie-rosny-sous-bois.fr">asv@mairie-rosny-sous-bois.fr</a>
<b>SAINT-DENIS</b>	RESAD CLSM <i>Coordonateur : Stéphane Jung</i> ☎ 01 49 33 63 14 ☎ 06 82 79 85 69 <a href="mailto:stephane.jung@ville-saint-denis.fr">stephane.jung@ville-saint-denis.fr</a>  Pour les personnes âgées : RPA <sup>24</sup> CLIC-Sillage 6 rue des boucheries –Saint-Denis ☎ 01 55 87 09 19 Fax : 01 55 87 09 20
<b>SAINT-OUEN</b>	RESAD CLSM / Atelier Santé Ville <i>Coordinatrice : Elise Longé</i> <a href="mailto:elonge@mairie-saint-ouen.fr">elonge@mairie-saint-ouen.fr</a> Secrétariat : Evelyne Foucherant ☎ 01 49 45 67 98  Pour les personnes âgées : CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) ☎ 01 71 86 62 90
<b>SEVRAN</b>	C2R (Cellule maltraitance, RESAD, Réseau Equip'âge) <i>Coordinateur/trice : Catherine Ferré</i> ☎ 01 49 36 51 95 <a href="mailto:cferre@ville-sevran.fr">cferre@ville-sevran.fr</a>
<b>STAINS</b>	RESAD Circonscription de Service Social Départemental de Stains Secrétariat : ☎ 01 48 26 33 32  RESPAD (personnes âgées) CCAS Service de la Coordination de l'Action Sociale <i>Directrice :</i> ☎ 01 49 71 82 01  CLSM
<b>TREMBLAY EN FRANCE</b>	RESAD CLSM <i>Coordinatrice : Fariza Moumene</i> <a href="mailto:resad@tremlayenfrance.fr">resad@tremlayenfrance.fr</a>
<b>VAUJOURS</b>	PAS D'INSTANCE
<b>VILLEMOMBLE</b>	RESAD Circonscription de Service Social Départemental de Villemomble Secrétariat : ☎ 01 71 29 58 00

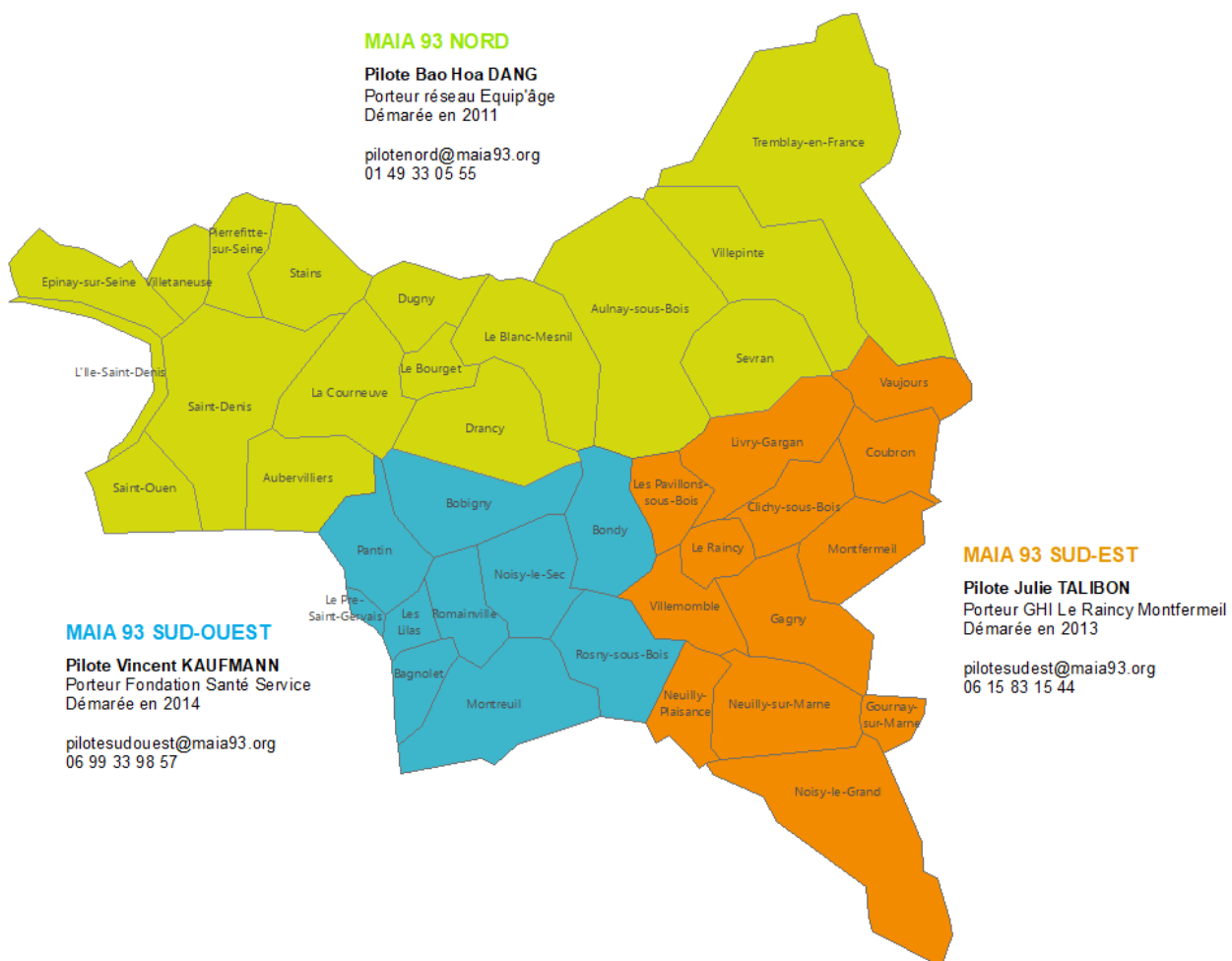
<sup>23</sup> REJAD : Réunion d'Évaluation des situations de Jeunes et Adultes en Difficulté

<sup>24</sup> RPA : Réunion Personnes Agées

<b>VILLEPINTE</b>	RESAD Atelier Santé Ville Coordinatrice : Isabelle Baudières ☎ 01 43 85 96 09 <a href="mailto:ibaudieres@ville-villepinte.fr">ibaudieres@ville-villepinte.fr</a>
<b>VILLETANEUSE</b>	RESAD intercommunale (Epinay/Pierrefitte/Villetaneuse) Atelier Santé Ville Coordinatrice : Karine Tache <a href="mailto:katache@mairie-villetaneuse.fr">katache@mairie-villetaneuse.fr</a> ☎ 01 49 40 76 34

Annexe 15 : Contacts des acteurs de santé à solliciter éventuellement pour le traitement de situations complexes

- RESAD et CLSM (voir l'annexe précédente)
- Centre de santé, CMS, MSP (sur le réseau informatique de l'ARS-DD93 ou sur [santegraphie.fr](http://santegraphie.fr))
- CMP, EMMP, établissements hospitaliers de psychiatrie (Guide Psycom sur la Seine-Saint-Denis, disponible en ligne)
- PASS hospitalières et PASS ambulatoires ([santegraphie.fr](http://santegraphie.fr))
- MAIA :





HAMAI

Rémy

30 novembre 2020

## INGENIEUR D'ETUDES SANITAIRES

Promotion 2020

### **Structurer le parcours de santé des franciliens vivant en situation d'habitat indigne**

#### ***Résumé :***

La place accordée à la santé dans le traitement de l'habitat indigne se cantonne trop souvent à l'appréciation des risques pour la santé et la sécurité induits par les locaux en question. Le traitement de l'habitat indigne gagnerait à ce que la santé globale, comme définie par l'OMS, des personnes habitant dans les locaux indignes, soit prise en compte et investiguée au-delà du traitement du bâti.

Agir sur la santé des personnes en situation d'habitat indigne et pas seulement sur le bâti nécessite de mieux coordonner les acteurs du social, de la santé et de la LHI. Le travail a pu dresser quatre schémas de parcours de santé (généraliste, personnes avec problèmes de santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, enfants atteints du saturnisme) faisant apparaître les interactions à renforcer ou à créer entre acteurs. Des parcours de santé spécifiques devaient être considérés face à la complexité des situations qu'ils impliquent et à l'augmentation de leur nombre dans un futur proche (santé mentale, perte d'autonomie des personnes âgées) ou face au besoin urgent de multiplier les occasions de dépistages (saturnisme).

Afin d'améliorer les parcours de santé dépeints, une proposition d'actions à mettre en œuvre est faite, planifiée sur plusieurs années. Les actions proposées ont été pensées pour la Seine-Saint-Denis, mais peuvent être aussi utiles pour les autres départements franciliens.

Il ressort que l'ARS Ile-de-France a un rôle d'animation territoriale qui ne doit pas être que technique et juridique sur la LHI, mais doit aussi être sanitaire et toucher les acteurs de la santé et du social, dans une optique de structurer les parcours de santé des personnes en situation d'habitat indigne.

#### ***Mots clés :***

Parcours de santé, lutte contre l'habitat indigne, coordination, santé globale, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, saturnisme

*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.*