
Ingénieur d'études sanitaires

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**Bilan des dispositifs expérimentaux habitat
indigne et santé mentale sur Paris**
*Propositions pour renforcer l'implication
du pôle Santé Environnement*

Céline ARÉNATE

Remerciements

En premier lieu, je tenais à remercier Marie-Noëlle Villedieu, Déléguée Départementale de l'Agence Régionale de Santé de Paris ainsi qu'Anna Seznec, Déléguée Départementale Adjointe, de m'avoir accueillie au sein de leur Agence dans le cadre de ce stage.

Je remercie particulièrement Sylvie Drugeon, maître de stage et responsable du pôle Santé environnement de la DD75 pour sa disponibilité malgré une actualité parisienne chronophage, pour ses remarques constructives, ses conseils et la confiance qu'elle m'a accordée. Je remercie également chaleureusement Sarah Maillard Lagrue, responsable de la cellule habitat, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de mon stage.

Mes remerciements vont également à Cyrille Harpet, référent pédagogique pour ses conseils avisés.

Timothée Fiat et Carla Alenduro Silva, étant à ma place l'année dernière, m'ont également beaucoup aidé et conseillé pendant ce stage, un grand merci à eux deux.

Je remercie vivement toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps lors des entretiens pour m'aider à appréhender et approfondir le sujet. La richesse de ces échanges a largement contribué à alimenter ce rapport.

Je tiens également à remercier tous mes collègues du pôle Santé environnement pour leur accueil et leur gentillesse : merci à Amandine, Stéphane et Youssef de m'avoir accueillie dans leur bureau, merci à Yvelise pour ses bons gâteaux, merci à tous les autres pour leur bonne humeur et leur convivialité. Je dédie un merci plus général à toutes les personnes de la DD75 que j'ai pu côtoyer.

Un grand merci à Carole Brizard qui a toujours répondu favorablement à mes sollicitations depuis que j'ai rejoint l'Agence Régionale de Santé et qui a bien voulu relire mon rapport de son œil aiguisé. Cela fait bien longtemps que je ne fais plus partie de sa cellule mais qu'elle continue de m'accompagner.

Enfin un grand merci à Johann, qui m'accompagne au quotidien, pour son soutien inconditionnel, sa patience et qui fait tout pour que je réussisse.

Sommaire

Introduction	1
1 Habitat indigne et Santé mentale à Paris	3
1.1 La problématique du logement des personnes vivant avec des troubles psychiques.	3
1.2 Les politiques territoriales	5
1.2.1 Le Plan Parisien de Lutte contre l'Habitat Indigne 2019-2021	5
1.2.2 Le Projet Territorial de Santé Mentale	6
1.3 Les acteurs	6
1.3.1 La Ville de Paris : le Service Technique de l'Habitat	7
1.3.2 L'Agence Régionale de Santé, Service Santé Environnement.....	8
1.3.3 Les autres acteurs.....	9
2 L'accès et le maintien dans le logement en santé mentale	9
2.1 Les dispositifs expérimentaux	10
2.1.1 Les Conseils Locaux de Santé Mentale : des outils de démocratie en santé.....	10
2.1.2 Le dispositif Eliahs : Equipe de Liaison Intersectorielle et d'Accompagnement entre Habitat et Soins	11
2.1.3 Le dispositif d'intermédiation locative	13
2.1.4 Le dispositif Santé Mentale de la Fondation Abbé Pierre	14
2.2 Exemples de cas traités à la DD75	15
2.3 Identification des difficultés de prise en charge	18
3 Recommandations pour une meilleure articulation et une plus grande implication de santé environnement	23
3.1 Propositions internes à l'ARS	23
3.2 Propositions vers les partenaires extérieurs.....	25
Conclusion	27
Bibliographie	29
Liste des annexes	33
Annexe 1	I
Annexe 2	III
Annexe 3	IV
Annexe 4	VII
Annexe 5	VIII
Annexe 6	IX
Annexe 7	XII
Annexe 8	XIII

Annexe 9	XIV
Annexe 10	XV
Annexe 11	XVII
Annexe 12	XX
Annexe 13	XXII
Annexe 14	XXVI
Annexe 15	XXVII

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

AVDL : Accompagnement Vers et Dans le Logement

BCOT : Bureau de Conduite des Opérations de Travaux du STH

CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CCH : Code de la Construction et de l'Habitation

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de la Ville de Paris

DD75 : Délégation Départementale de Paris de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DLAI : Dispositif de Logement Accompagné pour l'Inclusion

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

DTP : Diagnostic Territorial Partagé

ELIAHS : Equipe de Liaison Intersectorielle d'Accompagnement entre Habitat et Soins

EMAPSY : Equipe Mobile et d'Accueil Psychiatrique

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité

EMPSA : Equipe Mobile de Psychiatrie du sujet Agé

ESH : Espace Solidarité Habitat

FAP : Fondation Abbé Pierre

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire

LHI : Lutte contre l'Habitat Indigne

LMSS : Loi de Modernisation de notre système de Santé

M2A : Maison des Aînés et des aidants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPLHI : Pôle Parisien de Lutte contre l'Habitat Indigne

PRS : Projet Régional de Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RESAD : Réseaux d'Evaluation des Situations d'Adultes en difficulté

RSD : Règlement Sanitaire Départemental

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé

SIS : Soutien Insertion Santé

SSP : Service Social de Proximité

STH : Service Technique de l'Habitat de la Ville de Paris

UNAFAM : Union Nationale des Familles et amis des personnes malades et/ou handicapés psychiques

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne sur quatre¹ souffrira de troubles psychiques au cours de sa vie. Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Parmi eux, le logement qui est un déterminant de santé majeur.

Les troubles psychiques conduisent fréquemment les personnes à la perte d'autonomie dans leur vie quotidienne, à la perte de capacité à entreprendre, à des difficultés relationnelles et sociales, à des difficultés pour accéder et à occuper à un logement sain. Ces difficultés internes à la personne sont combinées avec la stigmatisation de la maladie mentale et peuvent aboutir à la perte du logement et à l'isolement social. D'ailleurs, 30% des personnes qui vivent à la rue ou qui sont en grande précarité souffrent de troubles psychiques selon l'étude SAMENTA². D'autre part, l'habitat indigne contribue, en retour, à la dégradation de l'état de santé physique et psychologique des populations qui y résident, qui sont parmi les plus fragiles et les plus précarisées. Les deux problématiques interagissent et le contexte très difficile du mal logement à Paris affecte particulièrement les personnes relevant de la psychiatrie.

Les politiques en matière de santé mentale passent par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain, par exemple les politiques du logement qui constituent un facteur d'inclusion sociale et de rétablissement pour les personnes vivant avec un trouble psychique. Au niveau national, la politique de santé mentale est encadrée, en particulier, par la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 qui estime « *nécessaire de développer une approche transversale de la politique de santé mentale, associant l'ensemble des acteurs susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé mentale, sur la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, et sur leur accompagnement.* » notamment en mettant cette approche en œuvre au sein des territoires dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et des Conseils Locaux de Santé Mentale. La question du logement associé à la santé mentale est introduite dans la Feuille de Route Santé Mentale³ dans son action n°36 qui prévoit d'améliorer l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques. Ce cadre politique national est notamment mis en œuvre au niveau régional par le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 d'Île de France et ses déclinaisons : le Schéma Régional de Santé qui

¹ https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/ , consulté en ligne le 21 octobre 2019.

² Etude SAMENTA : La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Observatoire du Samu social, Janvier 2010.

³ Feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, 28 Juin 2018.

cible la santé mentale comme une priorité thématique de santé et le plan d'action santé mentale qui précise les 24 objectifs inscrits dans cette priorité. Parmi ceux-ci, celui du domicile comme centre de gravité du parcours avec, par exemple, comme action le soutien de la mobilité des équipes d'accompagnement et de soin.

Au regard de l'augmentation des situations complexes d'habitat indigne associées à des problématiques de santé mentale et du cadre politique national et régional, la Délégation Départementale de Paris de l'Agence Régionale de Santé Ile de France a souhaité investiguer ce sujet par rapport aux spécificités de son territoire. En cohérence avec les objectifs posés, ce rapport présente les politiques territoriales et les acteurs impliqués dans la dimension santé mentale dans la problématique de l'habitat insalubre à Paris (Partie 1), la prise en charge territoriale, d'un point de vue de la santé mentale, par les dispositifs expérimentaux parisiens et, d'un point de vue de l'habitat indigne, par la présentation de quatre exemples traités à la Délégation Départementale de Paris ainsi qu'une analyse de la complexité de prise en charge (Partie 2) pour finir par des recommandations pratiques pour l'Agence Régionale de Santé et pour ses partenaires.

La méthodologie a reposé sur une recherche documentaire, des entretiens individuels ou collectifs et des réunions en lien avec la thématique. Pour répondre aux objectifs posés, la démarche a consisté dans un premier temps à identifier les acteurs dans le champ de l'habitat indigne et dans celui de la santé mentale, en interne à l'ARS et en externe afin de les rencontrer. Dans une optique de décloisonnement et pour rendre plus facile ma prochaine prise de poste, j'ai rencontré tous les pôles de la délégation de Paris et les référents sur cette thématique au siège de l'Agence, entamant ainsi un premier travail de transversalité.

Les recherches bibliographiques réalisées m'ont permis d'appréhender le sujet dans sa globalité et de constituer des trames d'entretien spécifiques à chaque intervenant. Les échanges avec les différents acteurs m'ont permis d'approfondir le sujet, de cerner le champ de compétence de chacun, d'aborder les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs missions ainsi que leurs attentes pour améliorer et fluidifier leur travail quotidien.

Toutes les actions menées pendant ce stage de deux mois m'ont permis de mener une analyse des pratiques de travail autour de cette thématique, sur les exemples de gestion de cas présentés dans ce rapport et de faire des recommandations afin d'améliorer la gestion des situations complexes.

Mes travaux ont été présentés en réunion de pôle Santé environnement et en comité de pilotage Environnement Intérieur.

1 Habitat indigne et Santé mentale à Paris

1.1 La problématique du logement des personnes vivant avec des troubles psychiques

La notion d'**habitat indigne**, recouvrant l'ensemble des situations d'habitat portant atteinte à la dignité humaine, est une notion juridique définie par la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (Loi MOLLE) du 25 mars 2009⁴ : « *Constituent un habitat indigne les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé* ». Cette notion englobe toutes les situations de **péril** relatives au Code de la Construction et de l'Habitation (CCH) et les situations d'**insalubrité** et de **saturnisme** relevant du Code de la Santé Publique (CSP). Un logement est dit insalubre lorsqu'il présente, par lui-même ou par ses conditions d'occupation, un danger pour la santé de ses occupants ou du voisinage (y compris la santé mentale). L'insalubrité est à distinguer du péril qui correspond à une notion de risque portant atteinte à la sécurité. Un schéma sur les différents stades de dégradation de l'habitat se trouve en annexe 2.

L'OMS définit la **santé mentale** comme « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». Derrière cette notion, se cache un ensemble de situations diverses relevant d'une pathologie (**troubles psychiques** et **maladies psychiques**) ou réactionnelles à un événement ou à des difficultés passagères (**souffrance psychique**)⁵. Enfin, le **handicap psychique**⁶ est une notion introduite par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il correspond à des difficultés de mise en œuvre des capacités intellectuelles (ex : incurie) contrairement au handicap mental qui, correspond à des capacités intellectuelles limitées (ex : trisomie 21).

Les conséquences de ces problématiques psychiques sont multiples : perte de capacité à entreprendre, impossibilité de réaliser des actes du quotidien, difficultés professionnelles ou relationnelles pouvant conduire à la précarité, à l'isolement social, à la l'expulsion....

⁴ Article 84 de la loi MOLLE du 25 mars 2009.

⁵ Lutter contre l'habitat indigne : Agir face aux situations d'incurie dans le logement et accompagner les personnes en difficultés. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), Octobre 2013.

⁶ « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La problématique habitat insalubre et santé mentale est double :

1. Les troubles mentaux participent à la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, relationnelles et peuvent les conduire à occuper des logements insalubres⁷ ou impropres à l'habitation⁸. D'autre part, ce type de logement (petite surface, manque de lumière naturelle, faible hauteur sous plafond, absence de sanitaires...) peut exacerber les troubles des occupants. C'est un cercle vicieux qu'il faut briser. L'enjeu ici sera à la fois de faire adhérer les personnes à un accompagnement médico-social et de leur permettre l'accès à un logement adapté.

Dans le cas des logements impropres à l'habitation, le relogement des occupants incombe à l'Etat lorsque le propriétaire est défaillant. Or le relogement des occupants ayant des troubles psychiques peut s'avérer complexe car il doit prendre en compte les besoins spécifiques des occupants (localisation près du lieu de soin par exemple) ou faire appel à des structures dont les modalités d'accès sont parfois indirectes, comme les appartements thérapeutiques dont l'orientation se fait par un médecin.

2. Les troubles de santé mentale peuvent également avoir des répercussions importantes sur les conditions d'habitat. Le syndrome de Diogène, où les pièces sont rendues inutilisables par accumulation d'objets ou de déchets putrescibles⁹, en est un exemple particulièrement emblématique. L'objectif dans ce cas-là, sera de réaliser le débarrassage/nettoyage du logement sans brusquer l'occupant et de le faire adhérer à un accompagnement pluridisciplinaire pour éviter les rechutes et le maintenir dans son logement.

Ces situations sont devenues un sujet majeur dans la lutte contre l'habitat indigne à Paris car les travaux d'office sont très difficiles à vivre pour l'occupant, et par conséquent difficiles à gérer par le Service Technique de l'Habitat (STH). C'est là une des limites de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et du STH qui ont des moyens coercitifs pour traiter l'habitat comme source de danger pour la santé mais n'ont pas les moyens d'agir seuls pour éviter que la situation ne se dégrade de nouveau. La problématique, ici de maintien dans un logement sain, ne trouve de solution que dans le partenariat interdisciplinaire.

Dans tous les cas, l'objectif est d'assurer l'inclusion sociale et une meilleure autonomie des personnes. Un logement sain et stable constitue un facteur majeur dans le rétablissement des occupants mais l'action de l'ARS ne pourra constituer à elle seule une réponse suffisante pour traiter la situation de manière globale et pérenne.

⁷ Relevant de l'article L 1331-26 du Code de la Santé Publique.

⁸ Relevant de l'article L 1331-22 du Code de la Santé Publique.

⁹ Ces situations relèvent de l'article L 1311-4 du Code de la Santé Publique.

► **Paris, un territoire très inégalitaire**

Une particularité de la Ville de Paris se situe dans le fait qu'une population très dense et très diversifiée se répartit sur un petit territoire de manière hétérogène.

Ce territoire présente de fortes inégalités sociales avec un nord-est (18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements) plutôt populaire et défavorisé et un secteur sud-ouest et centre plutôt aisé. La répartition des différentes catégories de population est liée au type et au coût des logements dans la capitale. Les plus précaires habitent à la périphérie de Paris où se concentre le parc de logements sociaux, notamment dans les 13, 19 et 20^{èmes} arrondissements qui représentent 33% du parc social parisien, ou dans de minuscules logements (anciennes chambres de bonne) dans les arrondissements plus aisés. En effet, à Paris, tout mètre carré est rentabilisé et donc loué.

Associées au fait que les pathologies psychiatriques sont en constante augmentation au niveau national en général, les deux problématiques exposées ci-dessus s'en retrouvent exacerbées sur le territoire parisien.

1.2 Les politiques territoriales

L'Etat et les acteurs se mobilisent à travers des politiques territoriales et travaillent pour intégrer la dimension santé mentale dans la lutte contre l'habitat indigne (LHI).

1.2.1 Le Plan Parisien de Lutte contre l'Habitat Indigne 2019-2021

La coordination des différents acteurs de la LHI dans le département s'est matérialisée en mai 2013, par la mise en place du Pôle Parisien de Lutte contre l'Habitat Indigne (PPLHI) par le Préfet de Paris.

Le PPLHI, dont le secrétariat est assuré par la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), constitue un lieu d'échange. Il est chargé de coordonner l'ensemble des acteurs, de définir les axes stratégiques de l'action publique, compte tenu de l'évolution des phénomènes à Paris, de faire le bilan des actions engagées et, enfin, d'assurer le lien avec le magistrat référent du Parquet en charge du volet pénal de lutte contre l'habitat indigne.

Le 24 avril 2019, l'ensemble des partenaires du PPLHI a signé le plan pluriannuel de lutte contre l'habitat indigne parisien 2019-2021, conformément à la circulaire du ministre de la Justice et du ministre du Logement du 8 février 2019¹⁰. Ce plan recense, à travers 5 axes de travail, des actions prioritaires, dont notamment la progression de la prise en charge de la dimension santé mentale dans la lutte contre l'habitat indigne (Axe 5, Fiche Action 5.2),

¹⁰ Circulaire CRIM/2019-02/G3-08.02.2019 relative au renforcement et à la coordination de la lutte contre l'habitat indigne.

conformément au Contrat Local de Santé (CLS) de Paris 2018-2020. Certains dispositifs expérimentaux recensés dans cette fiche action sont détaillés en partie 1.3 de ce rapport. Le bilan 2018 de l'action coercitive du PPLHI en matière de LHI se trouve en annexe 3.

1.2.2 Le Projet Territorial de Santé Mentale

En janvier 2019, dans l'objectif de territorialisation de la politique de santé, la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) a lancé le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016¹¹ précise que, dans chaque territoire retenu, un projet doit organiser les conditions d'accès de la population à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles mentaux, ainsi qu'à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale : ce sont les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)¹². Ils sont fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social et doivent être élaborés à l'initiative de tous les acteurs en santé mentale sur la base d'un Diagnostic Territorial Partagé (DTP) décrivant les constats et les leviers d'action identifiés. L'ARS a un rôle de coordination.

► Le PTSM de la Ville de Paris

Des groupes de travail thématiques ont pour but de proposer un programme d'actions adapté à la particularité du territoire parisien en s'appuyant sur les recommandations réglementaires, la feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie et le Contrat Local de Santé (CLS) de Paris mais aussi sur des initiatives locales ou des expérimentations prometteuses. Certaines de ces expérimentations sont détaillées dans la partie 2.1 de ce rapport.

Le service Santé Environnement de la DD75 participe à deux groupes projet, accès au logement et maintien dans le logement, pour que la problématique de l'habitat indigne soit intégrée au mieux dans le PTSM.

1.3 Les acteurs

L'action publique, en matière d'insalubrité et d'habitat dégradé est, dans la capitale, répartie entre plusieurs autorités. La LHI fait appel, à la fois, au pouvoir de police générale du maire par l'application du Règlement Sanitaire Départemental (RSD), au pouvoir de police spéciale du maire (péril et sécurité du bâtiment) et aux compétences du préfet, représenté par l'ARS, par l'application du CSP.

¹¹ Plus particulièrement son article 69, qui, par la suite, a été précisé par le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018.

¹² Descriptif complet en annexe 4.

La gestion de l'insalubrité à Paris se différencie des autres départements par le fait que les modalités de collaboration entre le STH de la Ville de Paris et la DD75, sont fixées par une convention annuelle. Cette convention fixe également le montant de la compensation financière versée à la Ville de Paris par l'ARS pour cette prestation de service, à la différence des Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) des autres départements qui reçoivent une dotation de l'Etat pour cette délégation de compétence.

1.3.1 La Ville de Paris : le Service Technique de l'Habitat

► L'action du STH en matière de lutte contre l'habitat indigne

La Ville de Paris est chargée d'évaluer les risques sanitaires pour le compte du maire en application du RSD ou du préfet en application du CSP, en particulier des articles L.1311-4, L.1331-22 et suivants et L. 1337-4. A ce titre, le STH traite les plaintes et les signalements (via une procédure de télé-signalement), procède à l'évaluation des risques dans l'habitat, transmet les dossiers complets à l'ARS pour prise d'arrêté quand il y a lieu, assure le suivi et le contrôle des arrêtés et enclenche l'exécution des travaux d'office quand les arrêtés ne sont pas suivis d'effet¹³.

► L'action du STH en matière de santé mentale

Au regard de l'augmentation des problématiques santé mentale dans la gestion des dossiers d'habitat indigne¹⁴, la DD75 a proposé d'évaluer la faisabilité d'une cellule psy/sociale au sein du STH pour accompagner la prise en charge des personnes souffrant du syndrome de Diogène et plus largement celles présentant des troubles psychiques. Cette proposition, qui a été inscrite dans le CLS de Paris (Axe 1, fiche action n°3), s'est concrétisée en juin 2019 par la création d'un poste d'infirmier au sein du STH. Son intervention, tout au long du processus de traitement des situations d'habitat indigne, permettra de repérer et d'accompagner dans leur parcours de soin les personnes non hospitalisées vivant dans des conditions d'habitat indigne, insalubre ou dangereux, nécessitant l'intervention du STH. Auparavant, les inspecteurs de salubrité faisaient un signalement aux Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou aux services sociaux de proximité (SSP) lorsqu'ils le jugeaient nécessaire sans pouvoir assurer de suivi ou de coordination par la suite. Maintenant, l'infirmier fait un rapport étayé pour ses confrères du secteur.

D'autre part, la non-demande et la rupture de lien faisant partie intégrante de la maladie psychologique, les personnes ne se déplacent pas dans les structures et il y a donc un vrai intérêt à agir directement au domicile, selon une démarche proactive d'« Aller vers ».

¹³ L'organisation du STH et le détail de ses missions sont en annexes 5 et 6.

¹⁴ Les prises d'arrêté pour « logement poubelle » relevant de l'article L 1331-4 du CSP ont doublé en une dizaine d'année passant de 47 en 2009 à 95 en 2018.

► ***Le pôle Santé Mentale et Résilience de la DASES de Paris***

Créé en Juin 2013, ce pôle a pour objectif de venir en soutien auprès des services de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) et ceux de la collectivité parisienne confrontés à des problématiques liées à la santé mentale. Il arrive en appui aux dispositifs existants et favorise l'élaboration de nouveaux dispositifs dans une démarche collaborative avec les acteurs institutionnels du domaine. Cette mission a, entre autres, en charge de favoriser l'émergence des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) sur le territoire Parisien.

1.3.2 L'Agence Régionale de Santé, Service Santé Environnement

► ***L'action du pôle santé environnement de la DD75 en matière LHI***

La DD75 est chargée d'exécuter l'ensemble des procédures administratives prévues par la réglementation en vigueur relevant de son champ de compétences sur la base des rapports transmis par le STH, et ce jusqu'à la signature des arrêtés par la Déléguée Départementale, au moyen de la délégation de signature du Préfet. La Ville de Paris peut ainsi les mettre en œuvre dans les plus brefs délais, jusqu'à une éventuelle phase de travaux d'office ou de recouvrement auprès des occupants ou propriétaires défaillants. L'ensemble des contentieux relatifs à l'insalubrité sont gérés par la DD75 dans un contexte de jurisprudence très évolutive sur l'ensemble des procédures.

► ***L'action du pôle santé environnement de la DD75 en matière de santé mentale***

Lorsqu'un dossier d'insalubrité présente une problématique en santé mentale, l'action de la DD75 consiste principalement à signaler la situation aux services compétents pour assurer un suivi sur les différents aspects sociaux et médico-sociaux.

Par exemple, si une procédure d'insalubrité implique une personne sous mesure de protection suivie par un mandataire judiciaire, la DD75 s'est engagée à transmettre les arrêtés à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS). Elle transmet également toutes plaintes, signalements et réclamations qu'elle juge utile de porter à la connaissance du Procureur de la République ou de la DDCS. De même, pour les cas d'incurie, la DD75 transmet systématiquement les arrêtés préfectoraux aux services sociaux de proximité (SSP) ainsi qu'aux Maisons des Aînés et des aidants (M2A) du secteur concerné.

L'action du pôle santé environnement de la DD75 en matière de santé mentale consiste également à assurer une meilleure coordination avec les partenaires pour une prise en charge plus efficiente de ce problème de salubrité publique, par exemple en participant à des réunions de coordination avec le CLIC Emeraude Paris Ouest, très engagé dans la problématique des Diogène. De ces réunions, a d'ailleurs émergé un

dispositif d'accompagnement des personnes avec le syndrome de Diogène mis en place par la DD75 (Annexe 7).

La direction de la DD75 s'est également saisie du sujet début 2019 en montant un groupe de travail transversal, regroupant tous les pôles, pour faire évoluer les modalités de travail au sein de l'agence et de faciliter les échanges entre pôles. Malheureusement, ces rencontres ne se sont pas poursuivies mais auraient tout intérêt à reprendre.

1.3.3 Les autres acteurs

L'action en matière de LHI et de santé mentale implique beaucoup d'autres partenaires : la DRIHL concernant le relogement et la lutte contre le saturnisme, le Parquet et la Préfecture de Police pour le volet pénal, la CAF en charge de la suspension des allocations logement sur ceux frappés d'un arrêté¹⁵, les bailleurs, les organismes de protection des majeurs ou des enfants, les entreprises de nettoyage, les travailleurs sociaux dont le travail d'accompagnement est essentiel notamment quand les deux aspects LHI et santé mentale touchent une même personne, toutes les structures de l'offre de soin psychiatriques qui sont très nombreuses et diversifiées. Les annexes 8, 9 et 10 présentent certains de ces acteurs. Les structures d'accompagnement et de soin étant très nombreuses ne sont pas détaillées ici mais sont en grande partie recensées dans le guide Psycom¹⁶.

2 L'accès et le maintien dans le logement en santé mentale

Au cours des 60 dernières années, l'organisation des soins psychiatriques a beaucoup évolué, passant des soins exclusivement hospitaliers aux soins dans la Cité¹⁷, dans des structures ambulatoires, voire à domicile, au plus près des populations. La circulaire du 15 mars 1960¹⁸ a mis en place une politique de sectorisation des soins psychiatriques. Le dispositif pivot de cette circulaire est le CMP, Centre Médico-Psychologique, qui constitue le poste avancé d'un hôpital psychiatrique.

Face à ces évolutions, le territoire Parisien s'est doté de nombreuses structures d'appui afin d'apporter des réponses adaptées, favorisant l'insertion sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques. Cependant, cette multitude de structures et un maillage en tranches d'âges spécifiques laisse tout de même des « trous dans la raquette » que la Ville de Paris essaie de combler par la mise en place de dispositifs expérimentaux qui viennent compléter l'offre existante.

¹⁵ La prise de certains arrêtés suspend le versement des loyers par l'occupant. La CAF doit donc suspendre les allocations versées soit directement au propriétaire soit à l'occupant pour les logements frappés d'un arrêté d'insalubrité.

¹⁶ Guide Santé Mentale : soin, accompagnement et entraide à Paris. Psycom, édition 2017.

¹⁷ Les soins psychiatriques sont sectorisés et répartis en l'offre hospitalière et l'offre ambulatoire, détaillées en annexe 11.

¹⁸ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Dans cette partie, seront détaillés les dispositifs expérimentaux mis en place récemment et de manière volontaire par la Ville de Paris et/ou les partenaires locaux.

2.1 Les dispositifs expérimentaux

Les problématiques d'accès et de maintien dans le logement des personnes atteintes de troubles psychiques se sont révélées de plus en plus centrales pour les acteurs parisiens du champ de la psychiatrie suite aux démarches de diagnostic sur le logement et la santé mentale initiées dans les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).

Cette problématique s'inscrit en effet dans les priorités des politiques de la Ville : dans le Pacte de lutte contre la grande exclusion porté par la Ville de Paris, dans le contrat de ville 2015-2020, dans le CLS de Paris signé en avril 2018 par l'ARS, la Préfecture de Région, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la Ville de Paris, ainsi que dans la convention cadre, signée le 13 mars 2018, entre la Ville de Paris, le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) et le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Paris Psychiatrie et Neurosciences. Les différents acteurs se sont progressivement engagés sur une série de projets concrets qui sont nés au sein des CLSM.

2.1.1 Les Conseils Locaux de Santé Mentale : des outils de démocratie en santé

Les CLSM, présidés par les élus locaux, sont des espaces d'échange entre les différents acteurs territoriaux de la santé mentale, intégrant les usagers et les aidants (annexe 12). Ils ont pour mission de favoriser le décloisonnement des pratiques et des acteurs afin de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Aucun dispositif législatif et réglementaire n'encadre les CLSM, mais de nombreuses incitations paraissent dans différents textes¹⁹ : circulaires, rapports et plans nationaux.

► Le rôle de l'ARS

L'Agence promeut sur la région l'implantation et le développement des CLSM en participant au financement des postes de coordonnateurs (50 % ARS et 50% Ville de Paris). La DD75 apporte également aux CLSM un soutien institutionnel et un accompagnement pédagogique par la rédaction d'un cahier des charges fixant un cadre pour l'organisation, les missions, les objectifs, les méthodes de travail, les règles déontologiques et les bases d'évaluation des actions.

¹⁹ Notamment, les circulaires DGS-2030 du 12 décembre 1972, et DGS-891 du 9 mai 1974, les Plans de Santé Mentale 2005-2008 et 2011-2015

► **Les CLSM parisiens et franciliens**

A Paris, 17 CLSM sur un nombre équivalent d'arrondissements, fonctionnent aujourd'hui selon le cahier des charges de l'ARS. L'évaluation des CLSM franciliens a été confiée, en 2015, au Cabinet Itinere Conseil dans le but d'obtenir des éléments de compréhension quant aux leviers et aux freins pour l'ancrage et le développement des CLSM.

Selon cette évaluation, le cofinancement des postes des coordonnateurs est une condition importante pour la pérennisation du dispositif dans les quartiers prioritaires de la ville. Cette subvention, ajoutée à l'accompagnement pédagogique et au soutien institutionnel mis en œuvre par l'ARS Ile de France depuis 2012, a également grandement contribué à l'essor du dispositif sur la région. Cependant, l'évaluation permet de mettre en avant la nécessité de renforcer l'implication de l'ARS dans les CLSM notamment par une participation plus active aux Comités de Pilotage et un appui méthodologique plus important.

Trois types d'actions sont particulièrement déployées par les CLSM : il s'agit des actions pour l'accès et le maintien dans le logement ; des actions visant l'aide à la résolution des situations psychosociales complexes (RESAD)²⁰, et, enfin, des actions visant la santé mentale des adolescents. Les questions liées au logement, déterminant essentiel de la santé, sont traitées dans 73% des CLSM au niveau national²¹ et dans la moitié des CLSM au niveau régional. Ceci n'est pas surprenant car, au-delà du soin, l'enjeu est celui de l'autonomie et de l'insertion sociale des personnes.

2.1.2 Le dispositif Eliahs : Equipe de Liaison Intersectorielle et d'Accompagnement entre Habitat et Soins

Début 2017, le CLSM du 20^{ème} arrondissement, remplissant pleinement son rôle de décroisement, a fait naître un dispositif expérimental visant à prévenir les situations de crise et à faciliter le maintien dans le logement des personnes occupant le parc social et relevant de la psychiatrie. Une équipe dédiée d'accompagnement médico-social à domicile a donc vu le jour dans le 20^{ème} arrondissement, rapidement suivie par une deuxième équipe dans le 13^{ème} arrondissement. A l'origine de ce dispositif, plusieurs bailleurs sociaux qui se sont associés avec la psychiatrie de secteur : l'Établissement Public de Santé Maison Blanche pour le 20^{ème} et l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} pour le 13^{ème}.

Les équipes pluridisciplinaires de ce dispositif sont composées d'une chargée de mission, d'une assistante sociale, d'un infirmier et d'un médecin psychiatre. Leur mission est d'entrer en contact avec les locataires volontaires signalés par le bailleur social, d'évaluer, de diagnostiquer et/ou d'orienter les locataires, afin d'assurer un parcours de soins.

²⁰ Les Réseaux Réseaux d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficulté sont des instances de réflexion et d'analyse, qui se posent comme objectif d'offrir un étayage, en termes de conseils et d'orientation dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement pour l'adulte concerné.

²¹ Etat des lieux national des CLSM. Centre National de Ressources de d'appui aux CLSM de Lille, 2018.

Le pôle Etablissements de Santé de la DD75 participe aux comités de pilotage.

► **Un véritable dispositif d'accompagnement et de repérage**

Le dispositif Eliahs²² présente des résultats encourageants et rencontre une forte acceptation de la part des acteurs locaux. Une troisième équipe a d'ailleurs vu le jour en septembre 2019 dans le 19^{ème} arrondissement.

Ce dispositif a été pensé pour venir en complément des dispositifs déjà existants, et il possède des avantages incontestables :

- La **pratique d' « Aller vers »** qui consiste à provoquer la rencontre, à (re)créer un lien (durable) car beaucoup de personnes concernées sont en rupture de soin et de lien ;
- Un **travail de proximité territoriale** avec une équipe fortement ancrée sur le secteur (ayant exercé en CMP) pour travailler sur un circuit court car plus il y a d'intervenants, plus le risque de rupture augmente. Cela permet également un accès à la citoyenneté en maintenant le patient dans son environnement de vie ;
- Le **maintien** du patient **dans les dispositifs de droit commun et de proximité**. En psychiatrie, la proximité est un atout pour maintenir le contact et la relation thérapeutique ;
- Un **coût moindre** car une inaction conduit généralement à une hospitalisation ou à une expulsion locative qui sont toutes deux très coûteuses. Les équipes Eliahs ont permis d'éviter une hospitalisation dans 2/3 des cas où elle aurait pu être mise en place et sur les 300 signalements traités, seulement 3 personnes ont été expulsées.

D'autre part, le coût de suivi par personne par l'équipe se situe entre 800 et 950 €²³ !

D'après la DASES, ce dispositif a été au-delà de ses attentes puisqu'il a non seulement permis de rétablir un lien et de maintenir les occupants dans leur logement mais a aussi permis un raccrochage en terme de soins somatiques²⁴ et en terme de suivi social (dans le 20^{ème} seulement 10% des personnes suivies par Eliahs sont en rupture de suivi social). Cependant, la question de l'étendue de l'accompagnement social se pose. Jusqu'où doit-on accompagner ? Quand doit-on stopper l'accompagnement ? Un équilibre doit être trouvé entre l'embolie des équipes et l'autonomie réelle des patients sans risque de rechute.

La mise en place de ce dispositif s'est accompagnée d'une recherche avec le Groupe Hospitalo-Universitaire (GHU) pour déterminer une association spécifique entre des signaux profanes, repérés par les bailleurs sociaux, et certains troubles psychiatriques diagnostiqués

²² Extrait de la présentation du Comité de Pilotage du 19^{ème} en annexe 13.

²³ Données extraites des entretiens réalisés avec la coordinatrice des équipes Eliahs et la DASES.

²⁴ Les troubles psychiques s'accompagnent généralement des troubles somatiques causées par des conduites addictives, un surpoids, un environnement de vie défavorable... sans oublier que certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'obésité. Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques s'expliquent par de nombreux facteurs : déni, isolement social, stigmatisation des patients, manque de formation des médecins...

par un psychiatre et pour étudier la manière dont les personnes investissent leurs logements en fonction de leurs troubles. Elle permettra de renforcer le repérage précoce des troubles.

La limite principale de ce dispositif réside dans son financement. Il est actuellement financé par le GHT Psychiatrie et Neurosciences, les bailleurs sociaux et la Ville de Paris mais ces trois entités, ayant amené les fonds pour lancer le dispositif, recherchent actuellement des financements externes pour assurer sa pérennisation. Il serait également intéressant que ces équipes puissent intervenir dans les structures d'hébergement, abritant un nombre important de personnes présentant des troubles psychiques ce qui n'est pas sans poser des difficultés dans leur fonctionnement.

2.1.3 Le dispositif d'intermédiation locative

Un protocole d'accord « Santé mentale et logement » a été signé le 5 novembre 2018 entre la Ville de Paris, la Préfecture de Paris, les bailleurs sociaux, l'Agence Régionale de Santé, le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences et l'Œuvre Falret, prévoyant la mise à disposition d'appartements au bénéfice de l'Œuvre Falret dans le cadre du Dispositif de Logement Accompagné pour l'Inclusion (DLAI)²⁵ des personnes souffrant de troubles psychiques dans les 11^{ème}, 17^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Concrètement, le projet d'intermédiation locative vise 37 logements accompagnés (dont 18 à la Ville de Paris) avec une montée en puissance du dispositif sur 3 ans. Le contrat de location est établi pour une durée d'un an renouvelable, dans une limite de 5 ans. Pour être inclus dans le dispositif, les demandeurs doivent entre autre avoir une pathologie psychiatrique stabilisée, signer un contrat de soin et d'accompagnement social par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) Paris FALRET conduisant vers une autonomie suffisante pour accéder par la suite à un logement de droit commun. Les résidents sont suivis par une coordinatrice de parcours qui fait le lien avec les différents intervenants et s'assure de la bonne observance des soins psychiatriques et du suivi social. Elle est présente de l'entrée dans le logement jusqu'à la sortie et représente une garantie pour les bailleurs.

Ce dispositif présente plusieurs atouts : une intégration dans la Cité des personnes relevant de la psychiatrie ce qui permet le maintien d'un lien social, une prise en charge de proximité et un accompagnement social pour apprendre à habiter son logement, le but final n'étant pas uniquement que le résident ait son propre nom sur un bail. D'autre part, l'association des secteurs du social, du médico-social et de la psychiatrie qui ont des cultures différentes mais qui apprennent à se connaître et à travailler ensemble constitue une vraie force. Ce travail partenarial permet une vraie prise en compte du travail de l'autre. Enfin, ce dispositif s'inscrit en cohérence avec la démarche du "logement d'abord" et du

²⁵ Description du dispositif en annexe 14.

"logement accompagné" en complétant, par une mise à disposition de logements locatifs ordinaires, les dispositifs d'ores et déjà initiés à Paris en direction de ces publics.

La DASES travaille actuellement sur d'autres projets relatifs à la santé mentale, notamment le projet d'une équipe dédiée pour la prise en charge des personnes souffrant du syndrome de Diogène avec une expérimentation sur les 5^{ème} et 11^{ème} arrondissements de Paris.

2.1.4 Le dispositif Santé Mentale de la Fondation Abbé Pierre

Les différents entretiens menés m'ont amené à la découverte d'un autre dispositif, non porté par la Ville de Paris, mais s'inscrivant dans la même démarche.

L'Espace Solidarité Habitat (ESH) de la Fondation Abbé Pierre (FAP) accueille, conseille et accompagne d'un point de vue juridique les parisiens en situation de mal-logement. Confrontés à l'augmentation des problématiques de santé mentale dans leur pratique quotidienne, les salariés et bénévoles de la FAP se sont retrouvés démunis face à des personnes qui, selon leur ressenti, relevaient de la psychiatrie. Ces personnes demandaient beaucoup de temps et ne réalisaient pas les démarches juridiques nécessaires menaçant ainsi de mettre en échec les procédures engagées. Ils se sont donc tournés, en juin 2019, vers une association pour les aider dans l'accompagnement de ce public : l'association Soutien Insertion Santé (SIS) qui propose un accompagnement social, psychosocial et professionnel à des personnes ayant des troubles psychiques et/ou des problématiques d'addictions. Cette association anime des groupes de rétablissements et propose des actions de sensibilisation à la santé mentale auprès de professionnels de tout secteur d'activité, y compris les professionnels de la FAP.

Actuellement, 15 personnes sont suivies dans le cadre de l'accord entre la FAP et l'association SIS. Les dispositifs existants par ailleurs nécessitant de remplir certaines conditions d'admission, la FAP a souhaité ne mettre aucune condition à l'entrée dans son dispositif (mis à part le fait d'être suivi par l'ESH) et ne fixer aucun délai de prise en charge. Les personnes orientées vers l'association ne sont généralement pas suivies en CMP ou ne veulent pas y retourner. L'association SIS les oriente vers des dispositifs de droit commun quand elles y sont prêtes pour qu'un relai soit assuré, la personne reste suivie par les deux dispositifs pendant un certain temps pour s'assurer que le dispositif relai lui est bien adapté.

Cette première année d'expérimentation, totalement financée par la FAP, donnera lieu à un bilan et à une recherche de financements externes pour pérenniser, développer et ouvrir le dispositif à un plus large public (autre que celui suivi par l'ESH).

2.2 Exemples de cas traités à la DD75

Pour illustrer cette problématique Santé Mentale et Habitat Insalubre, j'ai choisi de présenter des cas concrets ayant été traités sur la Ville de Paris. Les situations traitées sont très variées et demandent une adaptation à chaque cas et parfois même à chaque rencontre avec l'occupant sur un même cas.

Les quatre exemples suivants ont été sélectionnés de manière à avoir des situations très différentes mettant en exergue des difficultés ou des facilités de traitement de dossiers.

EXEMPLE 1 : Monsieur M présentant des troubles psychiatriques, suivi d'un point de vue psychiatrique et social par le CMP de secteur dont le logement est frappé d'un arrêté d'insalubrité au titre de l'article L 1331-22 du CSP.

► **LE LOCAL :** Local fortement mansardé au 5^{ème} étage constitué d'une unique pièce. Surface au sol de 10,10 m² (à 5,70 m² sous 1,80 mètre de HSP). Absence de cabinet d'aisance dans le local : cabinet d'aisance dans la cour, déposé en mai 2014 suite au rachat par un copropriétaire.

► HISTORIQUE DU DOSSIER

- **Avant 2015 :** début du suivi de Monsieur M au CMP.
- **Début 2015 :** signalement au STH par l'assistante sociale (AS) du CMP.
- **8 avril 2015 :** visite du STH au domicile de Monsieur M.
- **12 juin 2015 :** prise de l'arrêté pour local impropre à l'habitation.
- **21 oct 2015 :** substitution de la DRIHL pour le relogement (défaillance du propriétaire).
- **2 nov 2015 :** entrée de Monsieur M en appartement thérapeutique géré par l'association Agate via le dispositif d'intermédiation locative.
- **Fin 2015 :** proposition par la DRIHL d'un logement au 8^{ème} étage.
- **Mars 2016 :** refus de la proposition car étage trop élevé.
- **Juillet 2017 :** la psychiatre estime que l'état clinique de Monsieur M. nécessite une consolidation en appartement thérapeutique. Relogement à réévaluer dans un an.
- **Août 2018 :** la DRIHL reprend contact avec l'AS. La psychiatre et Monsieur M donnent leur accord pour un logement social autonome en étage bas et à proximité du CMP.
- **Oct 2018 :** la DRIHL informe l'AS qu'un logement remplissant les conditions de Monsieur M. est disponible. Proposition acceptée par Monsieur M.

► ANALYSE DU CAS

Monsieur M était suivi en CMP avant la prise de l'arrêté. Il était donc en accord avec l'accompagnement médico-psychologique ce qui constitue un point facilitant dans la gestion de son dossier. D'autre part, tous les acteurs ont travaillé de manière concertée en échangeant toutes les informations nécessaires au bon déroulement du relogement de Monsieur M. Cet exemple montre l'importance du travail collaboratif dans ce type de situation, la nécessité de savoir identifier les bons acteurs au bon moment mais aussi le temps nécessaire au traitement des dossiers complexes (en décalage avec le temps de l'action coercitive beaucoup plus court).

EXEMPLE 2 : Monsieur P. souffrant d'un syndrome de diogène, non suivi psychologiquement et socialement dont le logement est frappé d'un arrêté d'urgence au titre de l'article L 1311-4 du CSP. Monsieur P occupe le logement familial où il a grandi et qu'il a gardé après le décès de sa mère. Il est très isolé : rupture de lien avec ses frères et sœurs, mauvaises relations avec son voisinage sauf la concierge qui est une personne ressource pour entrer en contact avec lui.

► **LE LOGEMENT :** Logement de 50m² non entretenu et encombré sur toute la surface par une accumulation de déchets putrescibles, de cartons empilés, de sacs poubelles, de vêtements et d'objets personnels. Gazinière couverte de graisse potentiellement inflammable. Odeur nauséabonde. Etat du logement susceptible de causer un incendie, de favoriser la prolifération de nuisibles et de porter atteinte à la salubrité du voisinage.

► **HISTORIQUE DU DOSSIER**

- Signalement fait par le bailleur.
- **25 juin 2019** : visite du logement par le STH.
- **8 juillet 2019** : prise de l'arrêté préfectoral pour urgence sanitaire.
- **10 juillet 2019** : rdv de Monsieur P. avec le service social du bailleur pour bilan (rdv pris par l'infirmier du STH).
- **15 juillet 2019** : RDV de Monsieur P. au CLIC, demande d'APA en cours. Monsieur P affirme à l'infirmier du STH avoir jeté 5-6 sacs poubelles.
- **26 juillet 2019** : RDV de Monsieur P. avec l'infirmière du CMP.
- **7 août** : RDV de Monsieur P. avec le psychiatre du CMP.
- **13 août** : Visite à domicile avec l'infirmier du STH, l'infirmière et le psychiatre du CMP : appartement légèrement désencombré.
- **20 août 2019** : RDV au CMP pour que la psychiatre remplisse le volet médical de sa demande d'APA pour qu'il ait une aide-ménagère après les travaux.
- **Oct 2019** : travaux d'office programmés pendant les congés de Mr P. car il ne souhaite pas être présent.

► **ANALYSE DU CAS**

- ⇒ Monsieur P., non suivi psychologiquement, s'est montré favorable à toutes les propositions d'accompagnement faites par l'infirmier du STH : mise en contact avec le CMP, le CLIC et le service social du bailleur.
- ⇒ Cet exemple montre le rôle fondamental que peut avoir l'infirmier dans la gestion des dossiers du STH. Lorsque l'occupant se montre favorable à la démarche d'accompagnement et qu'il n'y a pas de risque majeur, une démarche de « faire ensemble » pourrait être préférée. La notification d'un arrêté peut avoir un impact psychologique très important chez ce public. Lorsque l'arrêté reste le moyen le plus efficace pour traiter la situation, il est indispensable de l'expliquer à l'occupant en amont de sa réception et de l'accompagner dans la mise en œuvre de l'arrêté.
- ⇒ D'autre part, l'infirmier du STH est le point de départ d'une approche globale et pluridisciplinaire. Il fait le lien entre les différents acteurs dans le but d'initier les démarches indispensables pour éviter une rechute et pour leur permettre d'accéder durablement aux soins de santé et à l'accompagnement social dont ils ont besoin avec un relais par les dispositifs de droit commun.
- ⇒ Ce poste d'infirmier permet de compléter le champ de compétence du STH dans la conduite de ses missions et permet un traitement global des dossiers d'insalubrité.

EXEMPLE 3 : Madame B. présentant des troubles psychiques, refusant d'être suivie et dont l'appartement est frappé d'un arrêté réparable au titre de l'article L1331-26 du CSP.

- ▶ **LE LOCAL** : logement de 30m² dans un état de délabrement total, plus alimenté en électricité depuis 2006 et ayant subi un incendie en mars 2010. Aucuns travaux réalisés depuis. Absence de salle de bain, de chauffage et d'eau chaude (chauffe-eau hors d'usage). Cabinet d'aisance sur le palier et sans eau pour le nettoyage de la cuvette. Robinetterie cassée et huisseries ne fermant pas complètement et/ou carreaux cassés.
- ▶ **PROFIL PSYCHOLOGIQUE** : Madame B. parle de sa situation avec une simplicité déroutante. Elle a visiblement conscience de l'état de son logement mais est dans un déni total de sa possibilité d'expulsion. Elle a besoin de temps pour s'approprier les conseils qui lui sont donnés, met donc beaucoup de temps à faire les démarches nécessaires à la résolution de sa situation risquant de faire échouer les démarches.

▶ HISTORIQUE DU DOSSIER

- **2008** : premier rdv de Madame B. à la Fondation Abbé Pierre (FAP) pour une procédure d'expulsion en cours (bail loi 1948, loyer très bas)
- **Fév 2009** : le juge rejette la demande d'expulsion
- **Juillet 2018** : nouvelle procédure d'expulsion (non-paiement des loyers depuis sept 2016), reprise de contact avec la FAP seulement quelques jours avant l'audience.
- **Juillet 2018** : Signalement de la situation de Madame B. au STH par la FAP.
- **2 oct 2018** : visite du logement par le STH.
- **Janv 2019** : le juge décide de résilier le bail de Madame B.
- **1^{er} avril 2019** : Passage du dossier de Madame B au CoDERST.
- **3 juin 2019** : Prise de l'arrêté d'insalubrité réparable avec hébergement temporaire jusqu'à la mainlevée de l'arrêté
- **Printemps 2019** : Madame B. reçoit un commandement de quitter les lieux (2 mois) dans le cadre du jugement d'expulsion
- **Juillet 2019** : premier rdv de Madame B avec un psychologue dans le cadre du dispositif santé mentale de la FAP.
- **Août 2019** : Madame B. est convoquée au commissariat dans le cadre de son expulsion
- **Sept 2019** : deux nouveaux RDV avec le psychologue via le dispositif de la FAP.
- **29 oct 2019** : le dossier de Madame B. passe devant la CCAPEX²⁶.
- En parallèle, la FAP a initié des démarches médico-sociales avec une assistante sociale, les psychologues du dispositif, ouverture d'une demande de logement social, dépôt d'une demande de DALO (qui a été rejetée car sa demande de logement social est trop récente).

ANALYSE DU CAS

- ⇒ La situation de Madame B. est bloquante à différents niveaux. L'application de l'arrêté d'insalubrité est difficile à mettre en œuvre du fait du jugement d'expulsion qui a été rendu antérieurement à la prise de l'arrêté. En effet, Madame B n'est plus considérée comme une occupante de bonne foi et le propriétaire n'a plus l'obligation de réaliser les travaux d'insalubrité dans les délais précisés par l'arrêté.
- ⇒ D'autre part, le relogement de Madame B. s'avère difficile car sa demande de logement social est récente et que ses revenus sont relativement élevés.
- ⇒ La FAP espère que la force publique n'intervienne pas avant la trêve hivernale, ce qui laisserait quelques mois pour trouver une solution. Il faudra peut-être envisager de reloger Madame B. dans le parc privé en assurant un suivi rapproché par les services sociaux.

EXEMPLE 4 : Monsieur F présentant des accès paranoïaques, refusant d'être suivi par un psychologue dont le local d'habitation est frappé d'un arrêté pour local impropre à l'habitation au titre de l'article L1331-22 du CSP. Sans enfant, il a vécu maritalement une quinzaine d'années. Après sa séparation il a vécu entre la rue et les centres d'hébergements plusieurs années sans se stabiliser. En septembre 2008, Madame R lui propose de l'héberger dans son local.

► **LE LOCAL :** Local sous comble mansardé sur toute sa surface avec un évier. Cabinet d'aisance commun sur le palier. Superficie au sol de 8,80 m² sous 2,12 mètres de hauteur sous plafond. Parois du local recouvertes de tissus et papier journal pour « améliorer l'isolation ». Le local très encombré : impossibilité d'accueillir 2 personnes simultanément. Présence alternée de Monsieur F. et Madame R. dans le local pour y dormir.

► **PROFIL PSYCHOLOGIQUE :** Rejet catégorique de Monsieur F de toute démarche administrative car il se sent surveillé : RSA versé sur le compte de Madame R. Importants accès de paranoïa : Monsieur affirme qu'il n'est pas fou mais que des gens lui en veulent. Quasi injoignable, il enlève la batterie et la puce de son téléphone après l'avoir utilisé. C'est lui qui sollicite ses interlocuteurs quand il l'a décidé, sinon il faut lui laisser un message pour qu'il rappelle. Début 2019, Monsieur a menacé de brûler l'immeuble si ses voisins n'arrêtent pas de le gazer.

L'assistant social du CASVP avait tenté de mettre en place un suivi psy en 2017 sans succès. Monsieur F n'est pas connu du CMP de son secteur.

► **HISTORIQUE DU DOSSIER**

- **2015 :** signalement à l'ARS par le syndic pour deux personnes vivant dans des conditions indignes et indécentes. Signalement transmis au STH.
- **4 déc 2015 :** visite du local par le STH.
- **23 juin 2016 :** Prise de l'arrêté préfectoral pour local impropre à l'habitation.
- **Oct 2016 :** Entrée du couple dans le dispositif de relogement de la DRIHL (défaillance du propriétaire). Suivi social dans le cadre de l'AVDL²⁷ impossible à ce moment-là car quota de ménages suivis par l'opérateur social de la DRIHL atteint.
- **27 mars 2017 :** demande de la DRIHL au STH pour une visite du local.
- **25 avril 2017 :** visite du STH "occupants absents".
- **2 mai 2017 :** courrier en AR de la DRIHL au couple pour absence à la visite.
- **10 juillet 2017 :** Monsieur F. commence un suivi avec l'AS du CASVP.
- **23 août 2017 :** Monsieur F. confirme le dépôt d'une DLS commune au nom de Monsieur et Madame.
- **12 oct 2017 :** proposition de relogement de la DRIHL pour un T2 de 52m².
- **20 nov 2017 :** refus du bailleur pour certificat des impôts non recevable.
- **13 avril 2018 :** visite du local avec le STH et la DRIHL.
- **17 mai 2018 :** réception des 3 derniers avis d'imposition de Monsieur F mais reste des documents manquants.
- **28 mai 2018 :** Monsieur F ne s'est pas présenté au rdv prévu avec l'AS.
- **22 juin 2018 :** la DRIHL mandate l'opérateur HSD pour l'AVDL.
- **25 juin 2018 :** diagnostic social avec HSD (documents manquants).
- **10 juillet 2018 :** HSD informe la DRIHL que Monsieur et Madame sont injoignables" – Demande à l'AS du CASVP de prévenir la DRIHL et HSD s'ils se présentent à l'improviste au SSP.
- **20 juillet 2018 :** la DRIHL demande au syndic de mettre un mot dans boîte aux lettres du couple pour demande de prise de RDV.

- **24 juillet 2018** : visite du local par HSD et la DRIHL.
- **26 juillet 2018** : RDV avec la CAF et HSD pour un point sur le dossier RSA.
- **27 juillet 2018** : DLS de Monsieur F. mise à jour (souhaite être relogé seul).
- **9 janv 2019** : l'AS n'a aucune nouvelle depuis le 6 décembre.
- **18 janv 2019** : Monsieur F. passe à l'improviste au SSP .
- **20 mars 2019** : visite du local par le STH, HSD et le syndic. Local très encombré mais pas d'émanation nauséabonde donc pas de L1311-4.
- **28 mars 2019** : Monsieur F. passe à l'improviste au SSP.
- **10 mai 2019** : le syndic informe la DRIHL que Monsieur F. a menacé de brûler l'immeuble si ses voisins n'arrêtent pas de le gazer.
- **10 mai 2019** : demande d'aide à la DASES, au CMP et à EMAPSY²⁸ suite aux menaces de Monsieur F.
- **9 juillet 2019** : HSD informe qu'ils n'ont aucune nouvelle de Monsieur F.
- **12 juillet 2019** : la DRIHL saisit l'infirmier du STH (arrivé en juin).
- **20 août 2019** : visite de l'infirmier et du STH au domicile de Monsieur F.
- **22 août 2019** : RDV de Monsieur F. avec HSD pour finalisation de l'ouverture de compte à La Poste pour versement de son RSA.
- **12 sept 2019** : courrier de désignation pour un T2 dans le 15^{ème}.

► ANALYSE DU CAS

- ⇒ Les conditions précaires de Monsieur F. ne favorisent pas son bien-être et semblent accentuer un état d'agressivité verbale envers ses interlocuteurs. Le refus d'aide et de soins est une difficulté majeure. La prise en charge et le parcours de soin en sont très impactés et complexifiés. La visite d'insalubrité a eu lieu en décembre 2015 et, à ce jour, Monsieur F. n'est pas encore relogé.
- ⇒ Ce type de situation demande un temps de réflexion et une adaptation à chaque contact avec l'occupant au risque de mettre fin à l'accompagnement et à la possibilité de sortie du logement insalubre. Initialement, la stratégie était de faire adhérer Monsieur F à un suivi psychologique ce qui s'est avéré infructueux puisqu'il est totalement dans le déni. Le logement étant source d'aggravation d'un état psychologique déjà fragile, et Monsieur F se disant enclin à un relogement, la stratégie a été revue. Le but est maintenant d'obtenir un relogement sain et pérenne afin qu'une fois sorti de ces conditions de vie dégradées, Monsieur puisse être plus serein pour aborder et traiter d'autres problématiques de santé.
- ⇒ L'infirmier du STH a été saisi tardivement (car arrivé récemment) pour évaluer la situation qui semblait stagner et car Monsieur F avait proféré des menaces envers les habitants de l'immeuble. Un lien, fragile, ayant déjà été tissé entre Monsieur F et l'opérateur AVDL, « l'intrusion » de l'infirmier a été mal perçue par Monsieur F., d'autant plus que celui-ci se sent persécuté et espionné. La prise en charge peut être compliquée par la présence de trop d'interlocuteurs. Cet exemple montre la nécessité de saisir l'infirmier du STH très en amont sur les dossiers pour qu'il puisse établir un lien de confiance et avoir un rôle de chef d'orchestre qui dirige l'occupant vers les structures d'accompagnement relevant du droit commun.

2.3 Identification des difficultés de prise en charge

Les acteurs interrogés constatent une réelle problématique et une corrélation importante entre habitat indigne et santé mentale. Tous ont évoqué l'augmentation des problématiques psychiques et les difficultés de leur prise en charge quel que soit leur champ

d'intervention. Au fil des lectures et des entretiens réalisés, plusieurs observations peuvent être soulevées.

► ***La restriction de la problématique au syndrome de Diogène***

En premier lieu, il est important de noter que la problématique d'insalubrité du logement des personnes ayant des troubles psychiques est bien souvent restreinte au syndrome de Diogène dans l'esprit d'un bon nombre de personnes. Cet aspect n'est, en réalité, qu'une partie des situations, comme vu précédemment, qui sont plus complexes et variées. Le manque de logements accessibles aux ménages pauvres ou aux personnes vulnérables et l'explosion des loyers dans le parc privé décent ont pour conséquence d'alimenter un sous marché locatif de très mauvaise qualité dans lequel, faute de solution, les personnes à la santé mentale défaillante se retrouvent logées du fait de leur vulnérabilité (psychique, sociale et financière).

► ***Des personnes aux besoins et aux accompagnements très variés***

La problématique de maintien ou d'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques concerne un grand nombre de personnes avec des besoins d'accueil et d'accompagnement très variés. Un accompagnement global de qualité nécessite de valoriser tant la dimension santé-psychiatrie que le volet social au plus près des besoins de ces publics. Les solutions à apporter font appel à une large palette de logements, de services, d'établissements, et de professionnels aux compétences variées dans les champs du logement, de la santé, de la lutte contre les exclusions et du handicap... Aucun cas n'est similaire, et tous les cas demandent une prise en charge personnalisée.

► ***Une offre de soin dense mais difficilement identifiable et encore insuffisante***

Face aux évolutions du système de soins psychiatriques, de nouveaux dispositifs et de nouvelles structures se sont développés afin d'apporter des réponses adaptées aux différentes populations en favorisant leur insertion sociale. Ces dispositifs sont cependant très spécifiques et interviennent en fonction de l'âge, de la situation ou de la localisation.

Si les hôpitaux psychiatriques et les CMP sont facilement identifiables, certaines autres structures le sont beaucoup moins. Il existe par exemple, une multitude d'équipe de terrain : les équipes psychiatrie et précarité (EMPP) intervenant sur tous les arrondissements mais uniquement pour les personnes en grande précarité ou à la rue, l'équipe mobile du réseau souffrance et précarité intervenant sur l'ensemble du territoire parisien auprès des personnes en situation d'extrême exclusion sociale, l'équipe mobile et d'accueil psychiatrique (EMAPSY)²⁹ intervenant exclusivement sur les 4 premiers arrondissements de Paris et uniquement pour les personnes en souffrance psychique, des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) qui sont rattachées à certains arrondissements, les

équipes Eliahs qui n'interviennent que dans les logements sociaux de certains arrondissements et pour les 18-60 ans... Les différentes entités (M2A, CMP...) connaissent assez bien les structures et les dispositifs dont elles disposent sur leur arrondissement mais ne connaissent pas forcément les autres tant le découpage en tranches d'âge, en secteur, en profil de patient est complexe. Mais certaines autres structures comme le pôle Santé Environnement de la DD75, le STH, la DRIHL et la FAP qui travaillent sur l'ensemble du territoire parisien n'ont une vision que très floue des dispositifs et de leur champs d'action.

Un autre exemple est celui des réseaux d'évaluation adultes en difficultés (RESAD) qui sont des instances de réflexion et d'analyse offrant un étayage, en termes de conseils et d'orientation dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement sur mesure pour les cas dits « complexes ». Leur mise en place est l'une des six actions prioritaires des CLSM. A Paris, même si des groupes de travail au sein des CLSM œuvrent pour leur mise en place, seuls 3 RESAD sont actifs actuellement (17, 18 et 20^{èmes} arrondissements). Lorsqu'une situation complexe est rencontrée dans un autre arrondissement, il n'est pas possible de faire appel au RESAD d'un de ces trois arrondissements.

Malgré cette multitude de structures, l'offre de soin et d'accompagnement en psychiatrie sur Paris présente encore des carences.

► ***Un manque de logements adaptés***

En ce qui concerne le logement, les places disponibles pour le relogement font appel aux contingents des réservataires qui sont conséquents mais encore insuffisants. Pour maintenir les personnes dans un logement, il faut que ce soit un logement adapté, c'est-à-dire accompagné selon les membres du groupe de travail du PTSM. Entre l'hospitalisation et le logement autonome, il faut qu'il y ait des structures intermédiaires (il y en a des existantes) mais surtout en nombre suffisant. D'autre part, les règles d'attribution des logements sociaux ne tiennent pas compte d'un éventuel handicap psychique (alors que le handicap moteur ou mental est pris en compte). L'une des propositions ressortant des groupes de travail du PTSM de Paris est l'attribution de points pour handicap psychique dans la cotation permettant l'attribution d'un logement social.

► ***Des cultures et des temporalités différentes rendant la coordination entre les acteurs complexe***

La prise en charge des situations alliant santé mentale et habitat insalubre font appel à trois sphères : celle de l'habitat insalubre, celle du sanitaire et celle du social. Dans ce type d'action, il est essentiel que les acteurs œuvrant dans l'accompagnement social, sanitaire et médico-social ne se contentent pas d'être en relation les uns et les autres mais qu'ils élaborent, avec les personnes concernées, un projet commun médico-psycho-social. Or ces trois sphères utilisent des référentiels différents et ne sont pas toujours habituées à travailler

en collaboration. La multitude de structures d'appui du territoire parisien, le maillage en tranches d'âges spécifiques, la superposition des périmètres géographiques, les difficultés de communication voire la méconnaissance entre les différents intervenants rend difficile une action coordonnée.

L'exemple le plus frappant de cette difficulté est la prise en charge des situations de diogène. Dès lors qu'une situation d'urgence sanitaire dans l'habitat est portée à la connaissance de l'ARS et du STH, les délais d'intervention sont très courts : 10 jours environ entre la visite et la prise de l'arrêté préfectoral. Un délai de 15 jours est donné à l'occupant pour remédier à la situation. Passé ce délai et une fois constatation faite de la non réalisation des mesures, la procédure de travaux d'office est lancée. Ces courts délais sont justifiés par l'urgence sanitaire sur laquelle repose la mise en œuvre de la procédure 1311-4 qui implique une obligation d'agir de la puissance publique.

Cette « pression temporelle » est une difficulté majeure pour l'accompagnement sanitaire et social des occupants qui est pourtant déterminant dans ce type de procédure. La mise en place d'un suivi efficace par les services sociaux et/ou médico-psychologiques demande du temps et ne peut se faire dans l'urgence, pour obtenir l'adhésion de la personne et l'établissement d'un lien de confiance. Cependant, il peut arriver que les services sociaux et médico-psychologiques soient sollicités tardivement et dans l'urgence. Dans un premier temps, afin de faciliter au mieux le déroulement des travaux d'office, dans un second temps, pour la mise en place d'un suivi qui, notamment, limitera le risque de rechute.

Les temporalités d'action, sur la personne et dans la durée par les intervenants sociaux et médico-psychologiques d'une part ; sur l'habitat et dans l'urgence d'autre part, sont opposées et de fait difficilement compatibles. De là, découlent une incompréhension sur le travail des uns et des autres mais aussi une vision négative de l'arrêté préfectoral, notamment du point de vue des intervenants sanitaires et sociaux.

Pour les cas complexes, se pose alors la question de comment agir dans la mesure où ces interventions ont un impact psychologique avec notamment des risques de suicide et qu'elle implique bien souvent le voisinage qu'il faut rassurer. L'action coercitive ne devrait pas être systématique et laisser une place à la médiation lorsque la situation le permet (pas de risque imminent d'incendie, de prolifération de nuisibles...). L'intervention de l'infirmier du STH trouve là tout son sens pour évaluer la situation et accompagner les occupants sur le volet médico-psychologique avant toute action coercitive.

► ***La méconnaissance du public concerné par certains intervenants rendant difficile le travail à effectuer***

Les acteurs du social et plus largement les différents intervenants hors champ de la psychiatrie ont des difficultés à caractériser les troubles rencontrés, à évaluer la nécessité d'une indication de soins psychiatriques, et à gérer les troubles qui viennent entraver les projets d'insertion.

Le vécu des agents du STH et des équipes de nettoyage est parfois difficile avec un impact psychique non négligeable. Les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent se montrer parfois agressives, menaçantes envers les autres ou même envers elles-mêmes. Les intervenants techniques confrontés aux difficultés, à la souffrance et parfois à l'agressivité de ces personnes, ne savent pas toujours comment réagir, comment prendre du recul et surtout comment ne pas prendre une éventuelle violence verbale contre eux et intégrer le fait que cela fait partie intégrante de la maladie. Il semble important d'intégrer au sein du STH un volet médical pour accompagner à la fois les occupants et les agents.

► ***Mais... on assiste au développement de partenariats nouveaux***

Les différents intervenants partagent ces difficultés et essayent d'y remédier par la multiplication des partenariats, comme ceux mis en place pour les dispositifs présentés dans ce rapport, et par la rédaction du diagnostic territorial partagé, du projet territorial de santé mentale et la proposition d'actions à mettre en place.

3 Recommandations pour une meilleure articulation et une plus grande implication de santé environnement

3.1 Propositions internes à l'ARS

L'implication du pôle Santé Environnement peut être renforcé tant au niveau départemental qu'au niveau régional.

► ***AU NIVEAU DEPARTEMENTAL***

1. *Faciliter le travail transversal des pôles de la DD75 autour de la Santé Mentale*

Le groupe de travail transversal sur la Santé Mentale mis en place à la DD75 constituait une très bonne initiative et un bon moyen de décroiser les différents pôles. Sa réactivation dans le cadre de la démarche de transformation de l'Agence³⁰ pourrait être un moyen de mieux se coordonner, d'établir une doctrine commune pour la délégation de Paris sur la santé mentale et de porter un plaidoyer commun sur cette thématique auprès des partenaires extérieurs. De plus, lorsque le PTSM sera effectif, ce groupe pourra permettre d'échanger des informations sur les actions menées au niveau territorial.

2. Renforcer la visibilité des actions de l'ARS, du STH et de la DRIHL dans les situations d'habitat indigne de personnes présentant des troubles psychiques

La rédaction du PTSM allant débiter en fin d'année 2019, il serait profitable que l'ARS (avec le STH et la DRIHL) y apporte sa contribution pour que l'habitat insalubre et plus spécifiquement les actions de l'ARS, du STH, et de la DRIHL apparaissent dans le PTSM. En effet, l'implication du logement dans la santé mentale, et vice versa, n'est plus à démontrer et l'ARS doit être identifiée par les acteurs comme intervenante sur cette double problématique.

3. Réfléchir à des bonnes pratiques intégrant le cadre juridique et réglementaire tout en tenant compte de l'aspect humain

Lors des différents entretiens, il a été relevé le problème des temporalités différentes entre l'action coercitive, très rapide, et l'accompagnement médico-social qui demande du temps, notamment pour établir un lien de confiance avec la personne et ensuite enclencher les différentes démarches. En concertation avec les différents partenaires (STH, BCOT, ARS), il serait judicieux de trouver un compromis temporel entre le temps administratif, les obligations légales du STH et de l'ARS et la temporalité du soin et de l'accompagnement pour privilégier la médiation sans pour autant engager la responsabilité du STH.

► AU NIVEAU REGIONAL

4. Intégrer un volet sur la santé mentale dans la nouvelle doctrine Habitat en cours de réalisation à l'ARS Ile de France

Une démarche de transformation de l'ARS Ile de France a été lancée en septembre 2019. Elle vise à renforcer l'empreinte territoriale de l'Agence, grâce en particulier à de nouveaux modes de collaboration entre DD et directions métier, le « double mouvement », et à faire évoluer ses pratiques et ses modes de relations avec ses partenaires extérieurs. Elle a aussi pour objectif de permettre un meilleur pilotage des politiques publiques, de mieux hiérarchiser les interventions, de simplifier et de moderniser les processus de travail. Dans ce sens, la cellule espace clos du siège de l'ARS Ile de France a pour mission de rédiger, en lien avec les Délégations Départementales, une doctrine régionale sur la lutte contre l'habitat indigne donnant des bases d'actions d'un projet commun à toute l'Ile de France. Il convient que la santé mentale, problématique émergente en habitat insalubre, y soit intégrée.

L'augmentation des situations alliant habitat insalubre et santé mentale ainsi que la complexité de ces situations justifie également de monter un groupe de travail régional pour identifier les besoins, les facteurs bloquants et/ou facilitants au moyen, par exemple, de retours d'expérience sur les dossiers des délégations.

5. Soutenir financièrement la pérennisation de la cellule psy-sociale du STH

Le poste d'infirmier au sein du STH est actuellement financé à 100% par la Ville de Paris. Le STH a formulé son intention de renouveler sa demande de co-financement auprès de l'ARS Ile de France pour l'année 2020. Ce poste aidant, entre autres, à la résolution de situations de Diogène ou d'incurie où les arrêtés d'urgence pourraient être évités ou non suivis de travaux d'office, il serait pertinent que l'ARS IdF participe au financement de ce poste, conformément au CLS de Paris qu'elle a cosigné en avril 2018. L'ARS IdF soutient déjà ce type d'action dans d'autres départements, notamment un poste d'assistante sociale travaillant sur la problématique d'incurie à Montreuil et l'opérateur SOLIHa pour l'accompagnement des personnes souffrant du syndrome de Diogène dans le Val d'Oise.

D'autre part, au regard du nombre de situations à traiter au STH, de la complexité des cas, de la composition des équipes mobiles et des CMP qui comportent un volet social et un volet sanitaire et de mon entretien avec la délégation de Savoie et Mme Buttard, infirmière du dispositif incurie en Savoie, qui m'ont confirmé qu'une équipe à double compétence médico-sociale est indispensable pour le traitement de telles situations, il serait souhaitable de soutenir également le recrutement d'un travailleur social pour compléter l'action de l'infirmier déjà présent, co-financement là aussi inscrit au CLS.

6. Evaluer la possibilité d'un soutien financier des initiatives de nos partenaires

Face aux difficultés que le personnel de la Fondation Abbé Pierre rencontrait pour la prise en charge des dossiers de personnes présentant des troubles psychiques, un partenariat avec l'association Soutien Insertion Santé a été monté pour accompagner ces personnes d'un point de vue psychologique et social et ainsi débloquer les procédures en stagnation. L'ARS IdF pourrait apporter son soutien financier à ce dispositif. En effet, l'action coordonnée de la DD75, de la FAP et de l'association SIS sur les cas complexes permettrait de débloquer certaines situations que l'ARS seule ne pourrait totalement faire aboutir.

3.2 Propositions vers les partenaires extérieurs

Les recommandations qui peuvent être faites vers les partenaires extérieurs, à réaliser en collaboration avec l'ARS sont les suivantes :

1. Améliorer la lisibilité et la communication au sein d'un tissu parisien complexe et pluri partenarial

La complexité des cas traités associée à la complexité du territoire parisien, justifie de mieux identifier les partenaires, de clarifier leurs rôles et leurs limites d'intervention (tant géographique que leur champ de compétences). Ces situations complexes nécessitent que les professionnels puissent communiquer plus facilement et, surtout, s'identifier comme

ressources potentielles. La mise en place d'un annuaire professionnel et/ou d'une cartographie des acteurs mis à jour régulièrement serait un outil facilitateur. En lien avec cela, il est proposé que les différents partenaires (STH, M2A, services sociaux, ARS Santé Environnement, GHT, entreprises de débarras...) rédigent des fiches informatives expliquant leur mission et leur champ d'intervention.

Il est proposé de rédiger une lettre de mission, signée par la Déléguée Départementale, pour demander à la DASES, ayant une bonne connaissance des structures et des acteurs territoriaux, de piloter de cette action.

2. Former et informer les équipes intervenant auprès de ce public

L'augmentation des problématiques de santé mentale dans le traitement des dossiers d'insalubrité associée à la volonté de prendre en compte la santé psychique de l'occupant lors du traitement de son logement, notamment, pour limiter les risques de récurrence d'incurie ont accru le besoin de formation et d'information des équipes de ne pas stigmatiser la santé mentale et donner quelques clés de gestion de ce type de situations. Etant directement en lien avec les personnes concernées, les travailleurs sociaux constituent une porte d'entrée essentielle pour les signalements. Il paraît nécessaire de continuer le travail de formations et de sensibilisations auprès de ces intervenants. D'autre part, il semble pertinent que les équipes de nettoyage et les inspecteurs du STH puissent être formés et sensibilisés dans le cadre de leurs interventions auprès des personnes souffrant de troubles psychiques.

1. Ces deux recommandations peuvent concourir à une troisième qui serait de **modifier la vision négative que représente l'arrêté préfectoral** et de l'intervention qui y est liée car cela permet le départ d'un accès aux soins et d'un accompagnement, si cela n'est pas déjà mis en place. Comme vu précédemment, l'arrêté préfectoral ne doit pas être systématique mais lorsqu'il est pris, les intervenants médico-sociaux devraient pouvoir expliquer les procédures d'insalubrité aux personnes concernées. Cela pourrait passer par la rédaction d'une fiche sur le rôle du STH, de la DRIHL et de l'ARS dans l'annuaire proposé et par une formation régulière aux procédures d'insalubrité auprès des travailleurs sociaux.

Conclusion

S'il n'est pas toujours simple d'identifier ce qui est à l'origine du processus de fragilisation pour les personnes vulnérables, force est de constater que les problèmes de logement et de santé s'alimentent mutuellement. Dégradation du logement et de l'état de santé se répondent, entraînant les personnes dans une spirale d'exclusion. Telle est la problématique dont les différents acteurs se saisissent de plus en plus.

Le travail réalisé a permis de mettre en lumière certaines caractéristiques : la gestion des cas d'insalubrité et de santé mentale est complexe car longue et demandant une adaptation constante, de nombreuses structures de prise en charge existent mais l'offre de soin reste assez illisible, des procédures coercitives sont possibles mais ne suffisent pas à elles seules à résoudre cette problématique, de nombreux acteurs ayant des rôles totalement complémentaires peuvent se connaître mais ont encore du mal à travailler de manière concertée... Le cloisonnement qui existe entre les différents systèmes de réponse est particulièrement emblématique en matière de santé mentale mais il est important de noter la dynamique nouvelle de partenariat qui est née notamment avec la mise en place des CLSM. En effet, l'objectif de décroisement entre les différents acteurs a été assez bien atteint dans certains CLSM et a permis la mise en place de projets pluridisciplinaires et encourageants. Néanmoins, cet objectif doit être poursuivi, en permettant notamment une meilleure connaissance des compétences et champs d'action de chacun. Cette dynamique de partenariat se poursuit visiblement à Paris avec la mise en place du PTSM qui mobilise les acteurs de la psychiatrie autour du diagnostic territorial partagé et de la proposition de leviers d'actions et qui constituent un cadre favorable à la poursuite de l'établissement de nouveaux partenariats et de nouvelles propositions.

En ce qui concerne l'ARS, ce travail de décroisement interne entre les différents pôles doit se poursuivre et se développer pour promouvoir une politique en santé mentale commune à toute la délégation départementale de Paris. Les projets pluridisciplinaires nés d'une collaboration entre les acteurs de terrain devront également être entérinés et leurs développements concertés avec une vigilance apportée à leur articulation en terme de compétences et de périmètre géographique et facilité par l'ARS pour améliorer le parcours de soin et la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

D'un point de vue personnel, le travail effectué m'a permis de faire mes premiers pas dans cette problématique qui m'était totalement étrangère pour la partie santé mentale, de rencontrer et d'entamer un travail de partenariat avec les acteurs avec qui je serai amenée à travailler ultérieurement et tout simplement de me préparer aux missions qui me seront confiées lors de ma prise de poste, la thématique habitat insalubre et santé mentale étant en plein essor sur le territoire parisien.

Bibliographie

Textes réglementaires

Lois

- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, article 69, [en ligne, consulté le 28.10.2019]. Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913265&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>
- MINISTERE DU LOGEMENT. LOI n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion, article 84, [en ligne, consulté le 28.10.2019]. Disponible en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=AFAFECDC5A0927E3F805E981937C0FE.tplgfr43s_2?idArticle=JORFARTI000020439364&cidTexte=JORFTEXT000020438861&dateTexte=29990101&categorieLien=id

Décrets, instructions, circulaires

- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, [en ligne, consulté le 28.10.2019]. Journal Officiel de la République Française du 29 juillet 2017. Disponible en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A52F167907FD8193CEE9A3E48FA6BB72.tplgfr43s_2?cidTexte=JORFTEXT000035315389&dateTexte=20170729&categorieLien=cid#JORFTEXT000035315389
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, [en ligne, consulté le 28.10.2019]. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-06/ste_20180006_0000_0094.pdf
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Feuille de route santé mentale et psychiatrie 28 juin 2018. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire CRIM/2019-02/G3-08.02.2019 relative au renforcement et à la coordination de la lutte contre l'habitat indigne, [en ligne,

consulté le 28.10.2019]. Disponible en ligne :
<http://www.justice.gouv.fr/bo/2019/20190213/JUSD1904204C.pdf>

Articles de loi

- Article L 1331-22 du Code de la Santé Publique [en ligne], version en vigueur au 1^{er} mars 2019. Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037671633&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190301>
- Article L 1331-26 du Code de la Santé Publique [en ligne], version en vigueur au 1^{er} janvier 2013. Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022336424&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130101>
- Article L 1311-4 du Code de la Santé Publique [en ligne], version en vigueur au 29 janvier 2017. Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033973378&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170129>

Articles, rapports, guides, mémoires et documents de planification

- ALPIL, 2014. *Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : <http://www.habiter.org/wp-content/uploads/brochure-incurie-finale.pdf>
- ARS ILE DE FRANCE (Dr Martine Barrès), 2016. *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Ile de France*.
- ARS ILE DE FRANCE, 2018-2022. *Cahier des charges des conseils locaux de santé mentale*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-11/CLSM-Cahier-des-charges.pdf>
- ARS ILE DE FRANCE, *Plan d'action santé mentale 2018-2022*.
- ARS ILE DE FRANCE, *Projet Régional de Santé 2018-2022*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/programme-regional-access-prevention-soins-2018-2022.pdf>
- ARS ILE DE FRANCE, *Schéma Régional de Santé 2018-2022, Fiche santé mentale*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/schema-regional-de-sante-2018-2022.pdf>

- ARS ILE DE FRANCE, septembre 2018. *Evaluation des Conseils locaux de santé mentale – CLSM - en Ile de France, Synthèse du rapport d'évaluation*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-11/CLSM-Synthese-evaluation-IDF.pdf>
- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES ET D'APPUI AUX CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE CCOMS Lille, 2018. *Etat des lieux national des CLSM*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : https://www.reseau-hopital-ght.fr/images/ght_medias/689betty-mamane/etat-des-lieux-national-2018-des-clsm-en-france_centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-clsm-2-compressed.pdf
- DIHAL, octobre 2013. *Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficultés*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible en ligne : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf
- DREES, 2007. *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*. La Documentation française. 314p.
- DRIHL, 2018. *Bilan de l'action coercitive en matière de lutte contre l'habitat indigne à Paris* (Document interne).
- DRIHL, avril 2019. *Plan pluriannuel 2019-2021 de lutte contre l'habitat indigne*.
- FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE REINSERTION SOCIALE (FNARS), 2010. *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible sur internet : https://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/sante/ressources_documentaires/precarite-et-sante-mentale-2.pdf
- GABRIELLE BRUNET DE LA CHARIE, Septembre 2017. *Les situations d'incurie dans l'habitat*. [en ligne] Mémoire de l'EHESP [consulté le 28/10/2019], disponible sur internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/ies/Gabrielle%20BRUNET%20DE%20OLA.pdf>
- GROUPE FALRET, *Rapport d'activité 2018*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible sur internet : <https://falret.org/uploads/rapport-annuel-2018-falret-web.pdf>
- GWENAELLE BACHELOT, décembre 2018. *Intégrer la problématique de l'habitat dans le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de la Mayenne*. Mémoire de l'EHESP.
- INSEE, 2017. « Une mosaïque sociale propre à Paris. » *Insee Analyses Ile-de-France*. [en ligne] n°53, février 2017. [consulté le 28.10.2019], disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2572750>

- INSTITUT D'AMENAGEMENT ET D'URBANISME, Novembre 2018. *L'habitat indigne et dégradé en Ile de France. Etat des lieux, des enjeux et des politiques*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible sur internet : https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1741/habitatindigne_nov2018_couv.pdf
- LES CAHIERS DE RHIZOME, Avril 2019. *Habiter, Co-habiter*. N°71, 119p.
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 28 juin 2018. *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible sur internet :: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, décembre 2017. *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, [en ligne, consulté le 28.10.2019] Disponible sur internet :: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- NADINE SAINTOL, septembre 2017. *Santé mentale et habitat : adéquation entre l'offre de logement et la prise en charge de personnes en souffrant psychique*. Mémoire de l'EHESP [consulté le 28/10/2019], disponible sur internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/ies/Nadine%20SAINTOL.pdf>
- PILAR ARCELLA-GIRAUX, CHRYSTELLE BERTHON, « Les ARS et le développement des CLSM. L'expérience en Île-de-France. » *L'Information psychiatrique 2015* [en ligne]; 91 : 586–90 [consulté le 28.10.2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-586.htm>
- PSYCOM, 2017. *Guide Santé Mentale : soin, accompagnement et entraide à Paris*. 212p.
- VILLE DE PARIS, 2018. *Contrat Local de Santé*.

Sites internet

- Intranet du RESE : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/>
- Site de l'OMS : https://www.who.int/topics/mental_health/fr/
- Site de l'UNAFAM : <http://www.unafam.org/>
- Site de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques : <http://www.psycom.org/>
- Site des SAMSAH et SAVS : <http://www.samsah-savs.fr/fr/component/content/category/31-quest-ce-quun-savs->
- Site du Centre de ressources sur le handicap psychique : <https://www.crehpsy-hdf.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

Annexe 2 : Schéma des stades de dégradation de l'habitat

Annexe 3 : Bilan de l'action coercitive de la lutte contre l'habitat indigne à Paris

Annexe 4 : Les projets territoriaux de santé mentale

Annexe 5 : Organigramme du STH

Annexe 6 : Descriptif des missions du STH pour l'année 2019

Annexe 7 : Dispositif d'accompagnement des diogènes de la DD75

Annexe 8 : Plaquette de présentation de la DRIHL

Annexe 9 : Plaquette de présentation des Maisons des Aînés et des Aidants

Annexe 10 : Les secteurs psychiatriques parisiens et les structures rattachées

Annexe 11 : Configuration de l'offre de soins psychiatrique à Paris

Annexe 12 : Plaquette de présentation des Conseils Locaux de Santé Mentale

Annexe 13 : Présentation du dispositif Eliahs

Annexe 14 : Présentation du dispositif d'intermédiation Locative de l'œuvre Falret

Annexe 15 : Plaquette de présentation d'EMAPSY

Annexe 1

Liste des entretiens réalisés

Entretien en ARS

- **Sylvie Dugeon**, Responsable du pôle Santé Environnement, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris ;
- **Sarah Maillard-Lagrué**, Responsable de la cellule habitat, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris ;
- **Yvelise Arsaut**, Gestionnaire Habitat et Veille Défense Sécurité et Signaux, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris ;
- **Dr Brigitte Guiraudie**, Médecin inspecteur de Santé Publique, Pôle Etablissements de Santé, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris ;
- **Alice Puech Pécot**, Chargée de mission, Pôle Prévention et Promotion de la Santé, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris ;
- **Marlène Allioux**, Pôle Ambulatoire, Innovation et Démocratie Sanitaire, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris ;
- **Laure Wallon**, Directrice de projet Santé mentale, Direction de l'Offre de soins, Siège de l'ARS Ile-de-France ;
- **Pilar Arcella-Giroux**, Référente régionale prévention/promotion de la santé mentale, Direction de la Santé Publique, Siège de l'ARS Ile-de-France ;
- **Nicolas Notin**, Chargé de projet « Grand Paris », Urbanisme et santé, Direction de la Santé Publique, Siège de l'ARS Ile-de-France ;
- **Carla Alenduro Silva**, Chargée de mission lutte contre l'habitat indigne et le saturnisme, Direction de la Sécurité Sanitaire et de la Protection des Populations, Département Santé Environnement, Service Environnement Intérieur, Siège de l'ARS Ile-de-France ;
- **Gérard Jacquin**, Responsable Habitat, Pôle Santé Publique, Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes, Délégation départementale de Savoie ;

Entretiens avec les partenaires extérieurs

- **Clémence Blondiaux**, Cheffe de bureau de Lutte contre l'Habitat Indigne, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement de Paris ;
- **Christine Anmuth**, Adjointe au chef du bureau de Coordination de la Lutte contre l'Habitat Indigne, Direction du Logement et de l'Habitat, Service Technique de l'Habitat

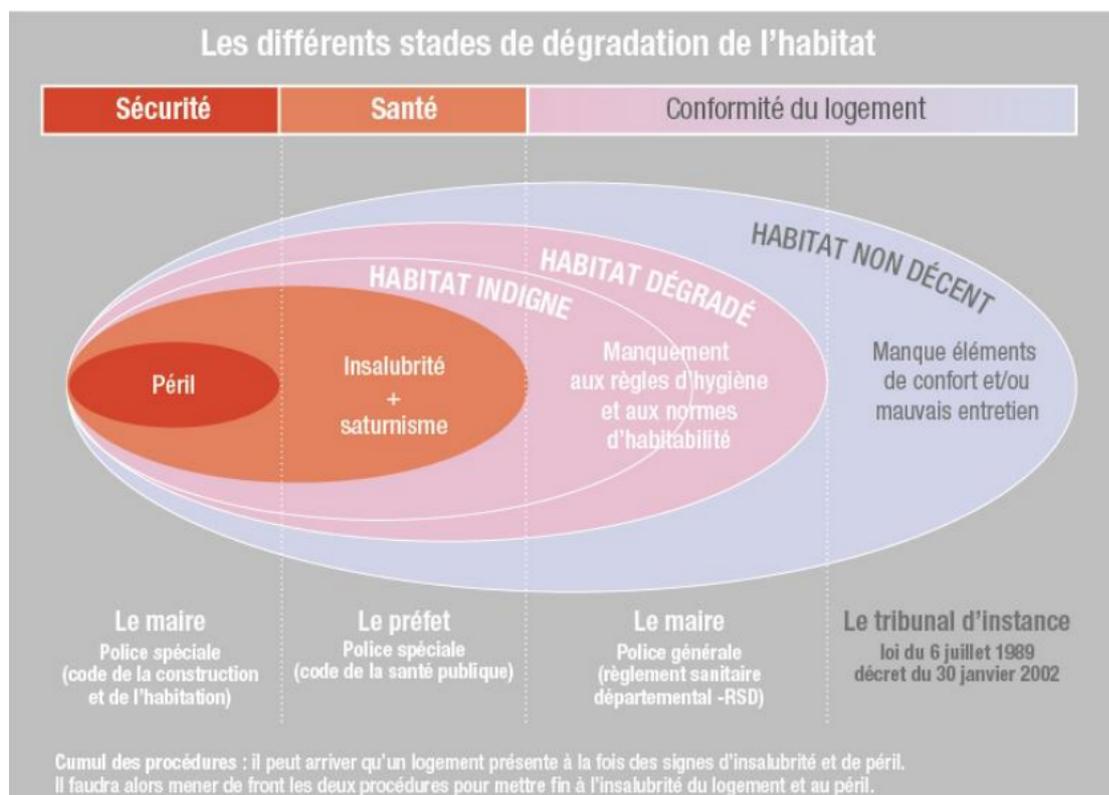
- **François Coget**, Chef du Bureau de la Conduite des Opérations de Travaux, Sous-Direction de l'Habitat, Direction du Logement et de l'Habitat, Service Technique de l'Habitat ;
- **Florent Bricaud**, Infirmier, Direction du Logement de l'Habitat, Bureau de Coordination de la Lutte Contre l'Habitat Indigne, Service Technique de L'Habitat ;
- **Véronique Istria**, Responsable du Pôle Santé Mentale et Résilience, Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé (DASES) de la Ville de Paris ;
- **Nasser Leshaf**, Adjoint au Pôle Santé Mentale et Résilience, Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé (DASES) de la Ville de Paris ;
- **Emilie Malbec**, Chargée de mission des équipes ELIAHS 13, 19 & 20^{èmes} ;
- **Christine Buttard**, Infirmière consultante du dispositif Incurie mis en place avec l'ARS de Savoie ;
- **Asimina Tsalpatourou**, Chargée de mission-juriste à la Fondation Abbé Pierre ;
- **Mélanie Tridon**, Chargée de mission-juriste à la Fondation Abbé Pierre ;
- **Isabelle Pean**, Responsable adjointe du CLIC Paris Emeraude Ouest

Réunions en lien avec le sujet

- **Groupe de travail « Accès au logement »** dans le cadre du diagnostic territorial de Santé préalable à la mise en place du Projet Territorial de Santé Mentale de Paris ;
Personnes présentes : Dr Xavier Bonnemaison (chef de service, ASM 13), Josselin Simard (Equipe mobile parcours complexe du GHU, psychologue), Clément Bonnet (Santé Mentale France, IdF), Julie Nicol (Un chez soi d'abord), Nadine Malec, Brigitte Lefèvre, Clémence Blondiaux (DRIHL), Charlotte Ponsard (Hôpital Saint Maurice), Florian Bricaud (infirmier STH) ; Helyette Lefevre (UNAFAM) ;
- **Groupe de travail « Maintien dans le logement »** dans le cadre du diagnostic territorial de Santé préalable à la mise en place du Projet Territorial de Santé Mentale de Paris ;
Personnes présentes : Véronique Istria (DASES), Nasser Leshaf (DASES), Emilie Malbec (Eliahs), Martine FRAGER-BERLET (UNAFAM), Sylvie Marchand (assistante sociale, ASM 13), deux psychologues de CMP.
- **Réunion de formation des assistantes sociales** des 5^{ème} et 13^{ème} arrondissements de Paris à la lutte contre l'habitat indigne par le STH, l'ARS et la DRIHL ;
- **1^{er} Copil de l'équipe Eliahs du 19^{ème} arrondissement** dans le cadre du lancement de cette troisième équipe Eliahs ;
- **Copil Lutte contre l'Habitat indigne** organisé par le siège de l'ARS Ile de France ;
- **Copil Environnement Intérieur** organisé par le siège de l'ARS Ile de France ;
- **Eclairage régional de la Fondation Abbé Pierre**, organisé par l'agence Ile-de-France de la fondation Abbé Pierre.

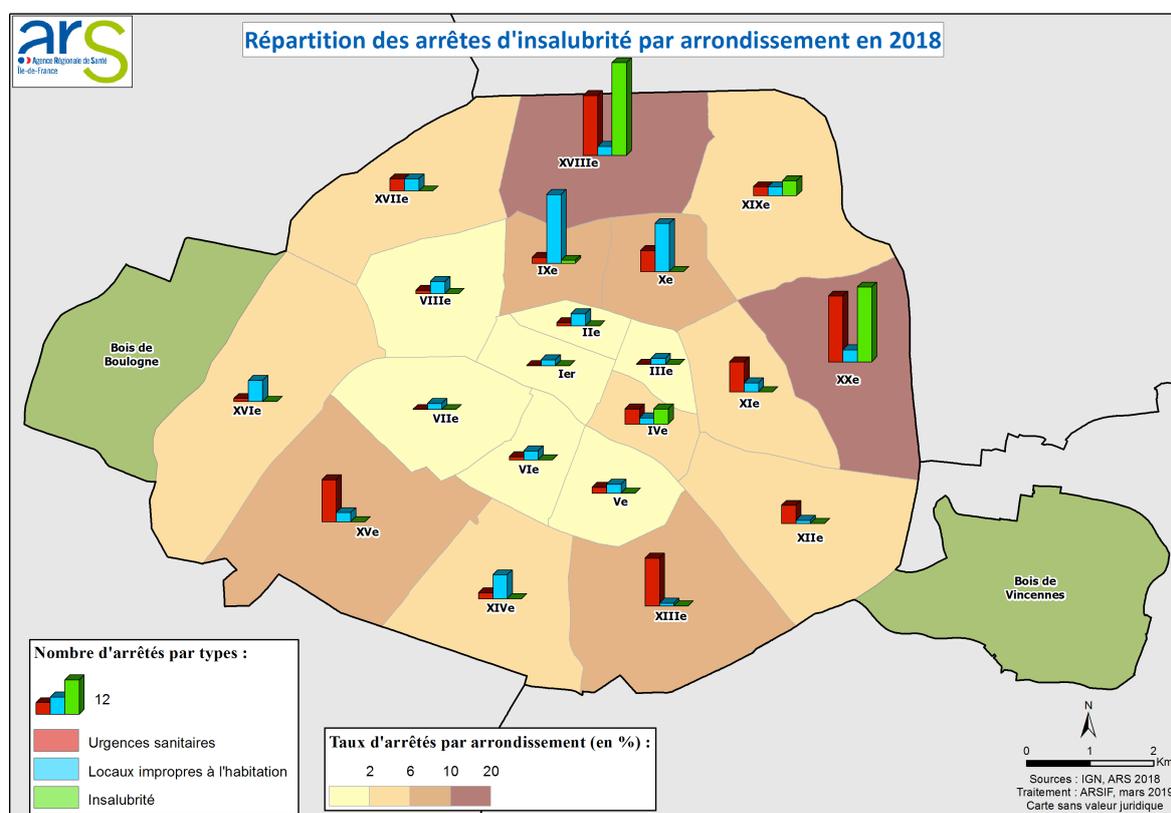
Annexe 2

► Schéma issu du rapport « L'habitat dégradé et indigne en Île-de-France - Enjeux et politiques en 2018 » de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France



Annexe 3

► Répartition des arrêtés d'insalubrité par arrondissement en 2018



Cartographie réalisée par le Pôle Santé Environnement de la DD75

► Bilan de l'action coercitive de la lutte contre l'habitat indigne à Paris (extrait du PPLHI)

Les situations rencontrées sur la Ville de Paris sont principalement de trois type : l'insalubrité remédiable, les locaux impropres à l'habitation et les urgences sanitaires.

Entre 2006 et 2012, le nombre d'arrêtés d'**insalubrité remédiable** a augmenté de manière très régulière et importante, puis il a connu une baisse significative les années suivantes. En effet 56 arrêtés de ce type ont été pris en 2018 (7 en parties communes et 49 en parties privatives) soit 4 fois moins qu'en 2012. Cette évolution s'explique notamment par la diminution du nombre d'immeubles dégradés. En 2018, près de 80 % des arrêtés pris concernent uniquement 4 adresses. En effet, lorsqu'un immeuble est étudié pour des

désordres en parties communes, la visite de l'ensemble des logements met souvent au jour des situations d'insalubrité en parties privatives.

Ces 10 dernières années, 726 arrêtés ont été pris afin de faire cesser l'occupation **de locaux impropres à l'habitation** (caves, sous-sols, combles, pièces dépourvues d'ouverture sur l'extérieur, très petites surfaces...). Depuis 2014, les dossiers sont étudiés collégalement par l'ARS, la DRIHL et le STH avant toute prise d'arrêté. En 2018, 147 dossiers ont été examinés (143 en 2017) et dans 71 % des cas, les dossiers ont été orientées vers la prise d'un arrêté au titre du L.1331-22 du CSP, ratio relativement constant par rapport à 2017. Le nombre d'arrêtés pris continue d'augmenter jusqu'à atteindre 98 en 2018, il a été doublé entre 2014 (47 arrêtés) et 2018.

Suite à la forte augmentation constatée entre 2013 et 2016, le nombre d'arrêtés pris pour **urgence sanitaire** au titre du L.1311-4 du CSP diminue depuis 2 ans mais il reste tout de même important. Sur les 117 arrêtés d'urgence sanitaire pris en 2018, plus de 80 % sont relatifs à des situations d'incurie dans le logement (accumulation d'objets et de déchets). Ces cas d'incurie sont devenus un sujet majeur dans la lutte contre l'habitat indigne car ils nécessitent une prise en charge particulière des personnes touchées et les modalités d'intervention sont souvent difficiles. A noter, les travaux de désencombrement sont quelquefois suivis d'une seconde procédure liée à la mise en sécurité des installations électriques.

Les 20 % d'arrêtés L.1311-4 restants concernent essentiellement le danger électrique et les fuites d'eaux usées.

Certains dossiers peuvent faire l'objet d'un **signalement au procureur** pour soumission de personnes à des conditions d'habitat indigne, insalubre ou dangereux. Depuis 2014, le nombre de signalements ne cesse d'augmenter jusqu'à atteindre plus de 130 signalements en 2018. Il a plus que doublé entre 2017 et 2018. À noter, pour chaque rapport rédigé relatif au L.1331-22 du Code de la Santé Publique (locaux impropres à l'habitation), la Ville de Paris transmet un signalement au parquet.

Les enquêtes judiciaires menées suites aux signalements ou d'initiative sont réalisées par l'unité de lutte contre l'habitat indigne (ULHI), créée en 2014, qui est une cellule judiciaire rattachée à la sous-direction de lutte contre l'immigration irrégulière de la direction de sécurité de proximité de l'agglomération parisienne.

Chiffres-clés 2018

- **6119 signalements** reçus par le STH concernant l'habitat insalubre. Dans 82% des cas, une intervention publique n'était pas justifiée
- **14 % des signalements suivis d'une mise en demeure au titre du Règlement Sanitaire Départemental (RSD)**
- **4% des signalements** suivis d'une prise d'arrêté d'insalubrité soit **271 arrêtés d'insalubrité pris en 2018**

Annexe 4

► Les projets territoriaux de santé mentale

Extrait du guide de Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration – HAS – Septembre 2018

- **Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) (29, 30, 86)**

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit qu'un PTSM soit élaboré et mis en œuvre dans un objectif d'« **amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture** ». Il :

- ▶ « favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- ▶ permet la structuration et la **coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social** ;
- ▶ détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur. »

Le PTSM est défini sur la base d'un **diagnostic territorial partagé en santé mentale** établi par les acteurs de santé du territoire en vue d'identifier « **les insuffisances** dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et **dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services**, et de préconiser des actions pour y remédier. »

Le PTSM est « élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre **l'association de l'ensemble des acteurs** » intervenant dans les domaines de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale (**établissements de santé autorisés en psychiatrie, médecins libéraux, psychologues** et ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion notamment).

Lorsque des acteurs de santé mentale prennent l'initiative de l'élaboration d'un PTSM :

- ▶ ils s'assurent de la participation des **communautés psychiatriques de territoire (CPT)** lorsqu'elles existent ;
- ▶ ils veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire (GHT) présents sur le territoire de santé mentale et le PTSM ;
- ▶ ils tiennent compte des projets des **équipes de soins primaires (ESP)**, des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** et des **plateformes territoriales d'appui (PTA)**.

Ces différents outils sont brièvement décrits ci-après.

« En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'Agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. »

Annexe 5

► Organisation du STH

Le STH est composé de **4 subdivisions territoriales hygiènes** (délimitées géographiquement à plusieurs arrondissements répartis de manière à correspondre à une homogénéité des habitats) pour traiter le flux des signalements et conduire les procédures de LHI.

Il est également composé de trois bureaux pour mener à terme les arrêtés :

- le **Bureau de Coordination de la Lutte contre l'Habitat Indigne (BCLHI)** qui pilote et coordonne l'ensemble des actions en faveur de la lutte contre l'habitat indigne menée par le service,
- le **Bureau de la Conduite des Opérations de Travaux (BCOT)** qui exécute d'office les prescriptions de travaux des arrêtés préfectoraux et municipaux non suivis d'effet,
- Le **Bureau des Partenariats et des Ressources (BPR)** qui est chargé des fonctions transverses et d'appui aux missions techniques (gestion administrative, comptable et juridique, pilotage des activités et production des indicateurs du service...).

Annexe 6

► Descriptif des missions du STH pour l'année 2019

(Extrait de la convention ARS/STH)

1. recevoir et instruire les plaintes et signalements,
2. effectuer l'enquête technique destinée à vérifier la salubrité des habitations et des immeubles d'habitation par des évaluations sur site et constater l'insalubrité telle que définie par la réglementation en vigueur; en déterminer l'origine, en veillant, si nécessaire, à élargir le périmètre de l'investigation au-delà même du lieu de signalement (environnement immédiat, spécificités techniques, conséquences sur les autres éléments du bâti...).
3. transmettre aux autres administrations les signalements, dès connaissance, relevant de leur compétence et notamment à l'unité territoriale de Paris de la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), les situations, repérées à l'occasion de l'enquête technique dans les immeubles dégradés construits avant le 1^{er} janvier 1949, qui paraîtraient constituer un risque saturnin,
4. en cas d'insalubrité relevant du champ d'application du Code de la Santé Publique :
 - constituer un dossier à l'unité d'habitation considérée (bâtiment, parties communes, logement, local) comprenant deux volets, un volet technique et un volet lié à la situation de l'occupation :

Volet technique du dossier :

- un rapport de l'agent assermenté du Service technique de l'habitat décrivant de manière exhaustive la situation d'insalubrité assorti d'une proposition de qualification de cette insalubrité dans le cadre des articles cités ci-dessus du code de la santé publique, sur la base de motifs détaillés d'atteinte à la santé et à la sécurité des occupants et du voisinage, d'une proposition de prescriptions techniques pour remédier à la situation et un délai d'intervention adapté à la situation rencontrée.
- un descriptif des éléments de décence et de sécurité des personnes pouvant être pris en compte au titre de l'insalubrité³¹,
- un plan du logement en cas de besoin,
- un reportage photographique de l'unité d'habitation mettant en valeur, pièce par pièce dûment nommée, les détails et dysfonctionnements constatés,
- selon les situations rencontrées, un relevé de copropriété, un plan parcellaire, les signalements faits au titre de la lutte contre le saturnisme ou du péril pour l'unité concernée,
- le règlement de copropriété en cas de besoin pour s'assurer du statut du bien (partie privative ou partie commune).

Volet lié à la situation de l'occupation :

- un descriptif exhaustif et fiable de la situation de l'occupation, en indiquant obligatoirement:

- les noms et prénoms des occupants, la composition de la famille, l'âge des enfants;
- le(s) nom(s), prénom et 'adresse du propriétaire ou de chacun des indivisaires ;
- les nom, prénom et adresse du gérant du bien et du représentant de la copropriété ;
- les nom, prénom et adresse du mandataire judiciaire, du tuteur ou du curateur lorsque l'occupant ou le propriétaire fait l'objet d'une mesure de protection, accompagné du jugement du tribunal justifiant de sa nomination et clarifiant les missions qui lui ont été confiées ;
- une copie du bail, s'il y a lieu et dans le cas d'une constatation de sur occupation manifeste, indiquer le nom de la personne qui a déposé la demande de logement ainsi que son numéro.

De manière générale, le Service Technique de l'Habitat produira tous documents qu'il juge utile à la délégation départementale de Paris pour la compréhension et pour l'analyse de la situation.

Pour obtenir les renseignements cités ci-dessus, le Service Technique de l'Habitat peut prendre l'attache des services sociaux du département ou de la ville, selon l'arrondissement de l'unité d'habitation considérée, voire des services d'interprétariat,

- le cas échéant, les documents relatifs à l'évaluation des coûts de sortie d'insalubrité comparativement au coût de reconstruction en considérant l'ensemble immobilier dans sa globalité (parties communes et parties privatives), bâtiment par bâtiment³²,
- transmettre le dossier complet dès rédaction, de manière dématérialisée par courriel,
- actualiser, le cas échéant, les informations en matière d'occupation et de réalisation des travaux dans les 15 jours précédant la date de passage des dossiers concernés en formation spécialisée du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (CODERST),
- exposer les éléments techniques des dossiers faisant l'objet d'une qualification dans le cadre de l'article L.1331-26 du code de la santé publique devant les membres de la formation spécialisée du CODERST,

5. assurer la mise en œuvre effective de l'arrêté préfectoral déclarant un immeuble, îlot, partie d'immeuble insalubre en application des articles, L. 1331-25, L.1331-26 et suivants ou mettant en demeure de faire cesser une situation d'insalubrité pris en application des articles L.1311-4, L. 1331-22, L.1331-23, L.1331-24 par :

- des visites en tant que de besoins afin de constater :
 - l'exécution par le propriétaire et /ou la personne qui y est obligée des travaux de sortie d'insalubrité dans le délai prescrit par un arrêté préfectoral pris au titre de l'article L 1311-4,
 - le respect ou non de l'interdiction temporaire ou définitive d'habiter,
 - la réalisation des prescriptions pour les procédures ayant fait l'objet ayant d'une mise en demeure comme dans le cadre de l'article L 1331-26 du Code de la Santé Publique,
- le cas échéant, la transmission de procès-verbaux ou d'éléments d'information au procureur de la République en application de l'article L.1337-4 du Code de la Santé Publique, et l'information de la délégation départementale de Paris des procédures engagées,

Tous les éléments doivent être transmis à la délégation départementale de Paris de manière dématérialisée sous forme de scans par courriel.

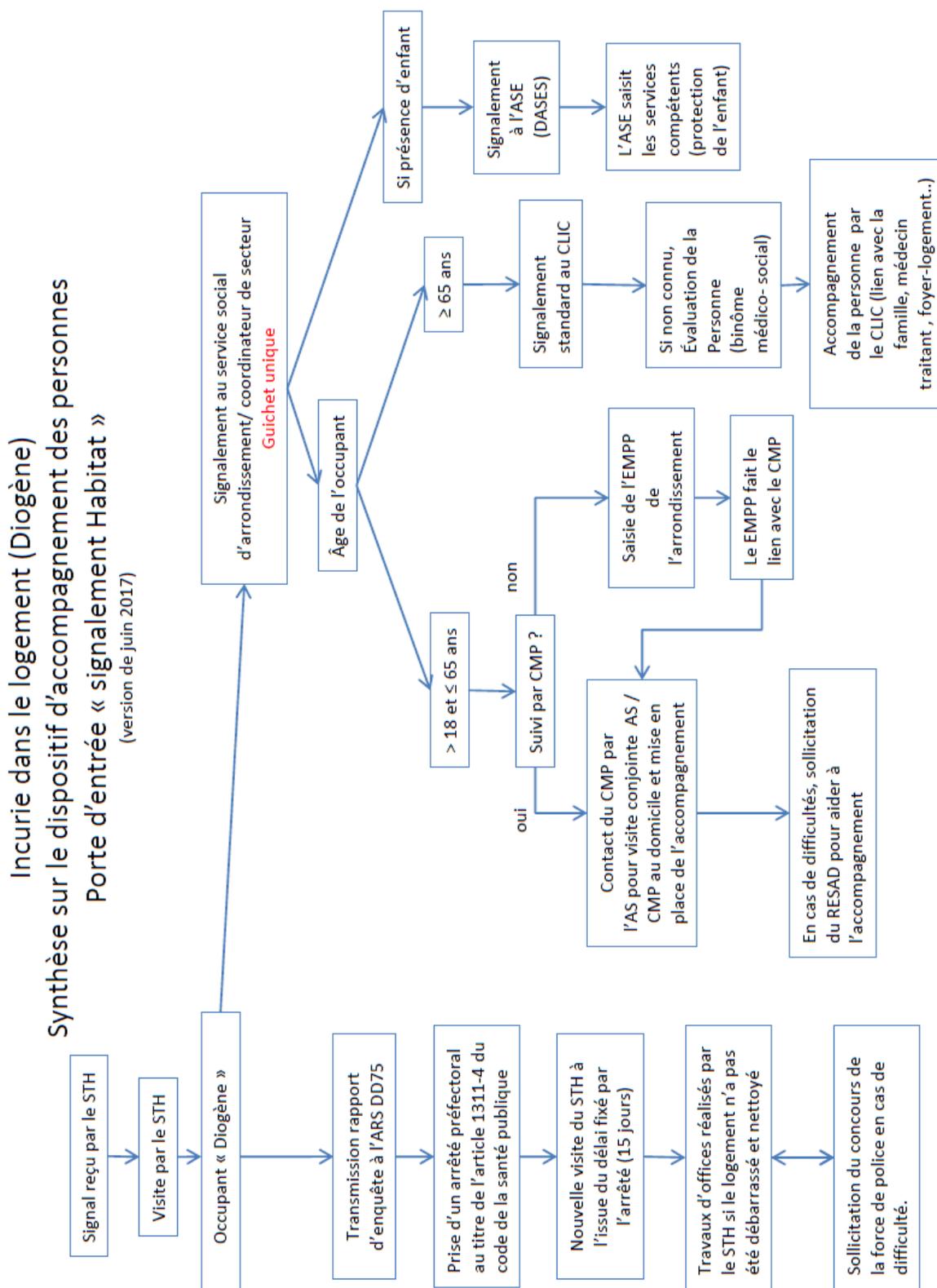
6. informer la délégation départementale de Paris par courriel d'un changement de propriétaire de locaux ayant fait l'objet d'une des procédures précitées par voie d'arrêté préfectoral, dès que la Ville de Paris en a la connaissance.

7. répondre aux demandes de notaires sur l'existence éventuelle d'arrêtés préfectoraux d'insalubrité concernant un immeuble dans sa globalité ou en partie et en préciser le cas échéant la teneur.

8. actualiser les informations relatives à la situation des bâtiments déclarés insalubres à titre irrémédiable en tant que de besoins, tant en termes d'évolution du bâti, de la propriété et de l'occupation éventuelle.

Annexe 7

► Dispositif d'accompagnement des Diogène de la DD75



Annexe 8

► Plaquette de présentation de la DRIHL

2019

LA DIRECTION RÉGIONALE ET INTERDÉPARTEMENTALE DE L'HÉBERGEMENT ET DU LOGEMENT DRIHL

Créée par décret du 25 Juin 2010, la DRIHL, qui a fédéré plus d'une dizaine de services en charge de l'hébergement, de la production de logement et de l'accès au logement, manifeste la volonté de l'État d'adapter ses réponses dans les domaines de l'hébergement et du logement à la situation spécifique de l'Île-de-France.

La DRIHL intervient dans deux domaines prioritaires pour l'Île-de-France :

- Construire et rénover des logements pour tous
- Mettre à l'abri, héberger et loger les plus démunis

La création du Comité francilien de l'Habitat et de l'Hébergement, co-présidé par le Préfet de la Région Île-de-France et la Présidente du Conseil Régional d'Île-de-France, et composé des représentants des collectivités territoriales, de la future Métropole du Grand Paris, et des acteurs du développement de l'offre de logement, de l'hébergement et de la veille sociale, renforce les partenariats nécessaires à la mise en cohérence des politiques publiques sur le territoire régional.



Les missions de la DRIHL

Construire et rénover des logements pour tous

- ↳ Développer l'offre de logements par la mobilisation des professionnels et des collectivités locales et la mise en œuvre des outils financiers
- ↳ Développer le parc locatif social dans une logique d'égalité des territoires et mobiliser au mieux le parc existant
- ↳ Diversifier la production et permettre l'accès au logement de tous
 - Résidences sociales et résidences hôtelières à vocation sociale
 - Foyers de travailleurs migrants
 - Gens du voyage
 - Étudiants et jeunes
- ↳ Améliorer et mieux mobiliser le parc privé existant
 - Mobiliser les logements vacants
 - Aider les propriétaires modestes
- ↳ Amplifier la lutte contre l'habitat indigne
- ↳ Mener à bien le programme de rénovation urbaine et inscrire ses résultats dans la durée
- ↳ Réduire les consommations pour maîtriser les charges et les impacts environnementaux



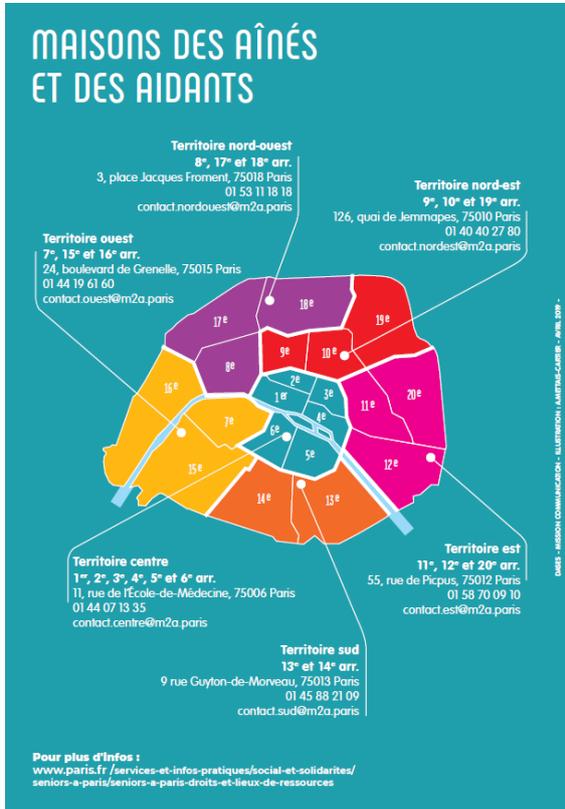
Mettre à l'abri, héberger et loger les plus démunis

- ↳ Prioriser et faciliter l'accès au logement social pour les plus démunis
 - La demande de logement social
 - La priorisation des attributions
 - Les PDALHPD
 - La mobilisation du parc locatif existant
 - L'information, les garanties
- ↳ Répondre à l'urgence sociale
 - La veille sociale unique, les SIAO
 - L'accompagnement sanitaire des personnes en grande précarité
 - La maîtrise du recours à l'hébergement hôtelier
- ↳ Organiser l'offre pour mieux prendre en compte les besoins des personnes démunies et les populations spécifiques
 - L'offre d'hébergement en structure
 - Le développement des alternatives : Intermédiation locative, pensions de famille et résidences accueil
 - Les besoins des populations spécifiques
- ↳ Organiser la fluidité des parcours et prévenir les expulsions et retours à la rue
 - Articulation des SIAO avec le secteur du logement
 - Prévention des expulsions
- ↳ Développer un accompagnement social adapté



Annexe 9

► Plaque de présentation des Maisons des Aînés et des Aidants



Vous souhaitez :

- Obtenir des informations sur les services et dispositifs existants pour les seniors, savoir comment y accéder
- Connaître les solutions les plus adaptées aux souhaits de la personne concernée, à son état de santé, à ses moyens financiers
- Être accompagné-e pour les mettre en place

Les Maisons des aînés et des aidants, un endroit de proximité à connaître ! Un lieu où se rendre !

Une équipe de professionnel-le-s de la coordination gérontologique* vous y accueille du **lundi** au **vendredi** de **9h** à **17h30** (et peut répondre à vos demandes par téléphone jusqu'à **19h**).

Les Maisons des aînés et des aidants contribuent à répondre aux enjeux de l'avancée en âge dans le respect du choix de vie des personnes

* issus des centres locaux de coordination gérontologiques (CLIC), des réseaux de santé et des dispositifs MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)



Les Maisons des aînés et des aidants, pour qui ?

- Parisien-ne s âgé-e s de 60 et plus, ainsi que leur proche aidant, leur famille ou leur entourage
- professionnel-le-s concerné-e-s par la prise en charge des seniors



Des lieux pour vous informer, conseiller et orienter sur :

- l'accompagnement à domicile (services d'aide ou de soins à domicile, droits, prestations, portage de repas, téléassistance, adaptation du logement, aides techniques...)
- les centres d'accueil de jour, les hébergements temporaires ou l'entrée en établissement
- les activités seniors
- les actions de soutien aux proches aidants



Une équipe pluridisciplinaire à votre écoute :

- secrétaires, travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, médecins gériatres, gestionnaires de cas...



Un service personnalisé et gratuit :

- une écoute et des réponses individualisées
- une aide à la définition des besoins des seniors et de leur proche
- une recherche des solutions les plus adaptées en lien avec un réseau de partenaires du territoire (médecins, hôpitaux, infirmier-ère-s, masseurs-kinésithérapeutes, services sociaux...)
- une coordination entre les services et un appui aux professionnels

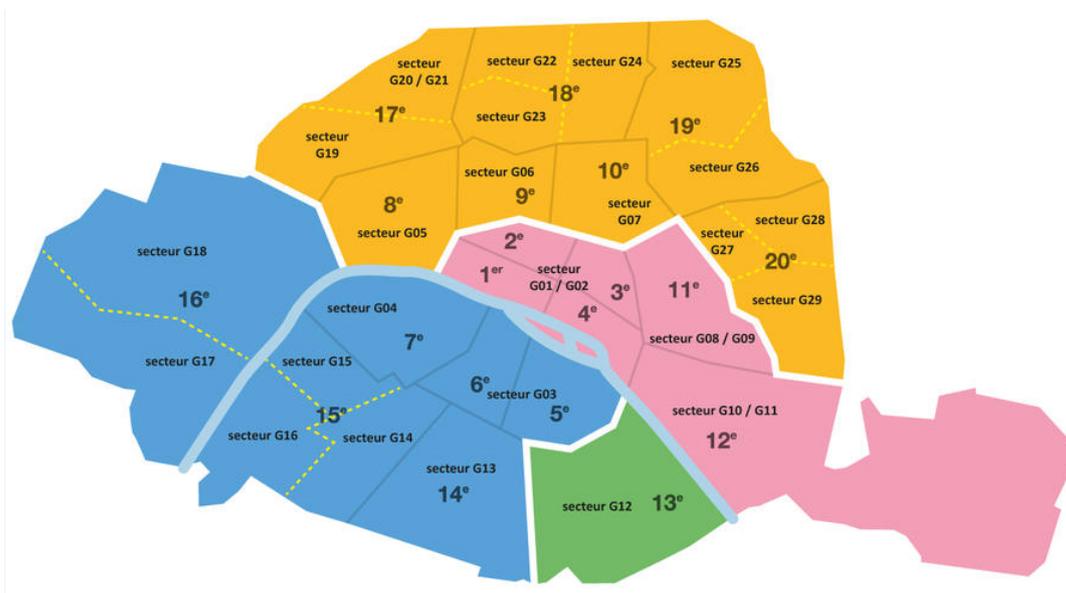
Vous avez du mal à vous déplacer ? Un-e professionnel-le peut se rendre à votre domicile.

Les six Maisons des aînés et des aidants parisiennes sont labellisées et financées par la Ville de Paris et l'Agence régionale de santé Île-de-France.

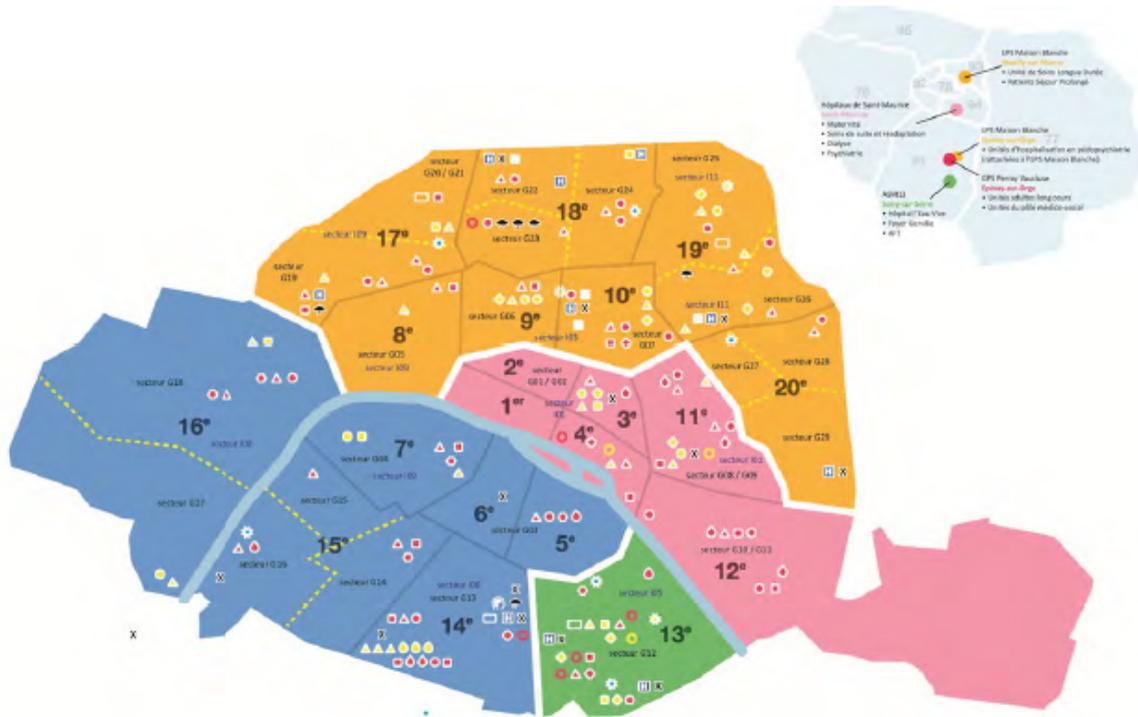
Annexe 10

► **Les secteurs psychiatriques parisiens et les structures rattachées**

Extrait du guide des structures de soin. GHT Paris, 2017



Cartographie de l'offre de soins



- Site d'hospitalisation (8)
- Urgences (dont 14 pour la CHT)
- Centre médico-psychologique (30)
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (22)
- Hôpital de jour (15)
- Unités de Soins Spécifiques (10)
- Accueil Familial Thérapeutique (5)
- Ateliers Thérapeutiques (4)
- Consultations (6)
- Médecine Générale (5)
- Foyer de post-cure (7)
- Structure d'addictions (4)
- Structure pour la précarité (4)
- Neuro-Sainte-Anne



- Site d'hospitalisation (2)
- Urgences
- Centre médico-psychologique (19)
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (9)
- Hôpital de jour (5)
- Unité petite enfance (9)
- Espace ado (3)
- Unités de Soins Spécifiques (5)
- Consultations (3)



Annexe 11

Configuration de l'offre de soins psychiatrique à Paris

(Rédigé par le Dr Brigitte Guiraudie, Médecin inspecteur de Santé Publique, Pôle Etablissements de Santé, ARS Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris)

► L'offre de soins psychiatriques parisiennes est complexe, riche et diverse.

En secteur hospitalier, les acteurs ont des statuts, organisations et « histoires institutionnelles » très différents. Ils sont représentés par :

- les trois établissements parties au GHT « Paris Psychiatrie et Neurosciences » (CH Sainte-Anne, EPS Maison Blanche et GPS Perray-Vaucluse) et les deux autres établissements partenaires (Hôpitaux de Saint-Maurice et ASM13) habilités à soigner sous contrainte, proposant une offre de soins sectorisés et non sectorisés, en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile et disposant de deux services hospitalo-universitaires.
- l'AP-HP gestionnaire de services de psychiatrie générale (offre de soins non sectorisés) et de psychiatrie infanto-juvénile (offre de soins sectorisés), majoritairement hospitalo-universitaires et répartis sur dix sites hospitaliers.
- une vingtaine d'établissements de santé dits « associatifs » (ESPIC ou privé à but non lucratif) de capacités très variables offrant des soins non sectorisés en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile sous plusieurs modalités (HC, HJ, FPC, CMP).
- Une seule clinique privée à but lucratif organisant des soins non sectorisés en psychiatrie générale (HC).

En secteur ambulatoire, le nombre de psychiatres libéraux installés à Paris est historiquement important. Ils représentent 66% des psychiatres libéraux franciliens (Paris = 1420 psychiatres libéraux dont 41% en secteur 1, IdF = 2145 psychiatres libéraux dont 46% en secteur 1 / *données URPS 2012*).

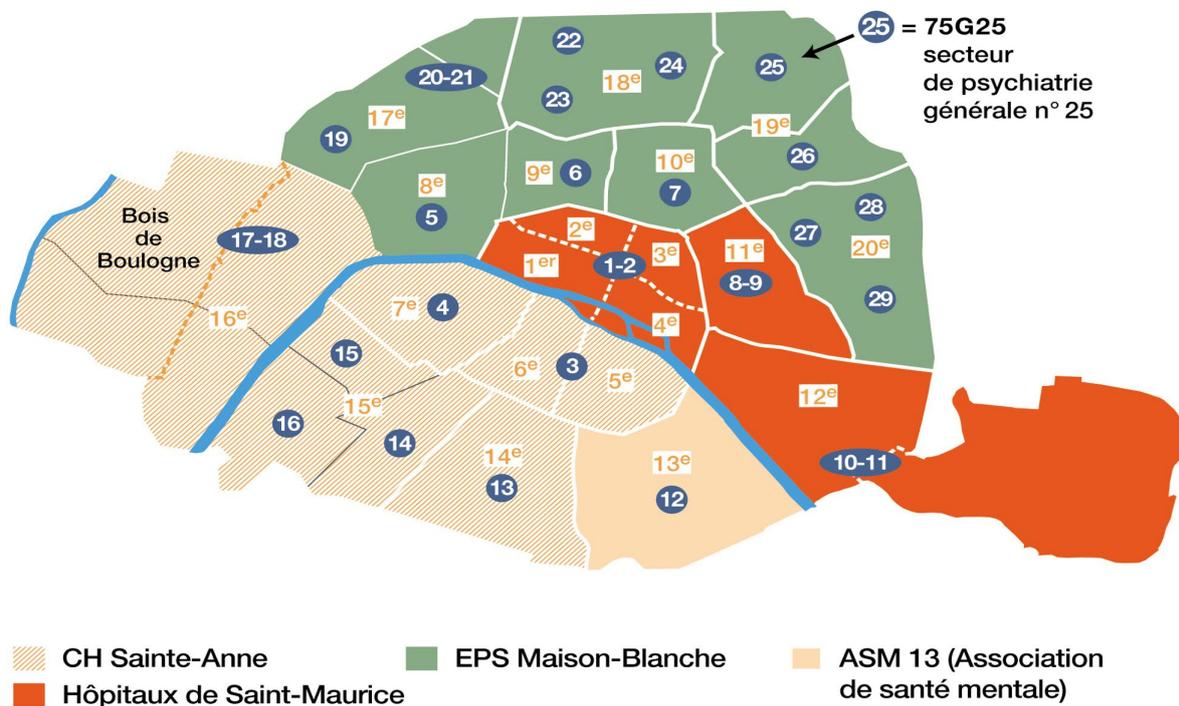
Au-delà de ce constat local, le territoire parisien (3,4% de la population française) concentre à lui seul 23% des psychiatres libéraux installés en France tandis que dans certains départements on ne compte qu'un seul psychiatre libéral (Aisne, Manche, Cantal, Pas-de-Calais, Martinique et Guyane) (*données Psycom*).

L'offre de soins sectorisée est répartie entre :

- 24 secteurs de psychiatrie générale (soins pour les adultes)
Ces secteurs sont rattachés à 4 établissements de santé (3 EPS et 1 ESPIC) :
 - Centre hospitalier Sainte-Anne (EPS)
 - Hôpital Maison Blanche (EPS)
 - Hôpitaux de Saint-Maurice (EPS)
 - ASM13 (ESPIC)
- 12 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (soins pour les enfants et adolescents)
Ces secteurs sont rattachés à 6 établissements de santé (4 EPS et 2 ESPIC) :
 - Centre hospitalier Sainte-Anne (EPS)
 - Hôpital Maison Blanche (EPS)
 - Hôpitaux de Saint-Maurice (EPS)
 - ASM13 (ESPIC)

- AP-HP (EPS) : Necker, Bichat, Robert Debré, Pitié-Salpêtrière
- Institut Mutualiste Montsouris (ESPIC)

Carte des 24 secteurs de psychiatrie générale (PG) :



► **Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Paris psychiatrie et Neurosciences**

Le 1^{er} juillet 2016, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, l'ancienne communauté hospitalière de territoire (CHT) « pour la psychiatrie parisienne » (constituée mars 2011) a évolué vers un groupement hospitalier de territoire (GHT) « Paris psychiatrie et Neurosciences » élargi aux neurosciences.

Les trois établissements publics de santé parties au GHT « Paris psychiatrie et Neurosciences » sont le CH Sainte Anne, l'hôpital Maison Blanche et le GPS Perray-Vaucluse. L'établissement support du GHT « Paris psychiatrie et Neurosciences » est le CH Sainte-Anne dont le directeur assure la direction commune.

Les hôpitaux de Saint Maurice et l'ASM13 (précédemment membres associés de la CHT) ont vocation à poursuivre leur collaboration historique avec ces trois hôpitaux.

Au 1^{er} janvier 2019, le GHT « Paris psychiatrie et Neurosciences » a vocation à se transformer en un groupement hospitalo-universitaire (GHU) « Paris psychiatrie et Neurosciences » par fusion du CH Sainte Anne, de l'hôpital Maison Blanche et du GPS Perray-Vaucluse.

Au total, ces cinq établissements gèrent 130 structures réparties sur 75 sites (psychiatrie générale = 1295 lits d'HC et 494 places d'HJ, psychiatrie infanto-juvénile = 33 lits d'HC et 123 places d'HJ).

Ils prennent en charge l'intégralité des secteurs de psychiatrie générale et 60% des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le CH Sainte-Anne dispose de deux services de psychiatrie générale hospitalo-universitaires non sectorisés :

- La clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) dirigée par le Pr Frédéric Rouillon
- Le service hospitalo-universitaire (SHU) dirigé par le Pr Marie-Odile Krebs

Au 1^{er} juillet 2016, tous les secteurs de psychiatrie (générale et infanto-juvénile) gérés par le GPS Perray-Vaucluse ont été transférés vers :

- l'hôpital Maison Blanche pour les trois secteurs 75G05, 75G19 et 75G20-21 (8^{ème} et 17^{ème} arrdt.) et le secteur 75I09 (7^{ème}, 8^{ème} et 17^{ème} arrdt.). L'activité d'addictologie de « l'hôpital Marmottan » a également été reprise par l'hôpital Maison Blanche.
- le CH Sainte-Anne pour le secteur 75G04 (7^{ème} arrdt.).

Le projet médical partagé (PMP) du GHT (élaboré dans la continuité du projet médical commun de la CHT adopté en décembre 2012) a été approuvé par les conseils de surveillance des trois établissements parties au GHT en juillet 2017.

Il développe 72 propositions d'actions en termes d'organisation sectorielle et supra-sectorielle, de développement de filières de recours spécialisées en psychiatrie (périnatalité, adolescents, personnes âgées, précarité, addictologie, autisme, soins somatiques, patients au long cours) et neurosciences.

Dans le cadre de la négociation des CPOM 2013-2018, des engagements communs ont été négociés pour les cinq membres de l'ex-CHT, concernant notamment :

- le renforcement du positionnement des CMP
- l'amélioration des parcours de prise en charge des urgences psychiatriques
- le développement des partenariats extérieurs en pédopsychiatrie
- le renforcement de la prise en charge des publics précaires
- le développement de l'épidémiologie en santé mentale

Annexe 12

► Plaquette de présentation des Conseils Locaux de Santé Mentale

Les Conseils Locaux de Santé Mentale ?

Le CLSM : un outil de démocratie en santé
Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en oeuvre 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.

Objectifs stratégiques
Les objectifs des CLSM diffèrent d'un CLSM à un autre, mais tous ont en commun la **prévention, la promotion de la santé mentale et la réduction des inégalités sociales de santé.**

Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM ?

Actions nationales

- Etat des lieux et capitalisation des données des CLSM
- Formations de travail
- Appui méthodologique
- Soutien méthodologique auprès des ARS
- Valorisation de la démarche CLSM dans des colloques nationaux et internationaux
- Transmission de documents : Outils (modèles de convention, chartes...), contacts
- Rédaction d'articles
- Relecture et conseils pratiques et régionaux
- Aide à la pérennisation des CLSM existants

Actions locales

- Organisation de rencontres nationales et régionales
- Relecture et conseils pratiques
- Aide à la pérennisation des CLSM existants
- Sensibilisation des acteurs de la politique de la ville

Ressources à disposition des coordinateurs CLSM

- Documents du Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM
- Site internet dédié : www.cclsm-ccoms.org
- Mise à disposition de documents créés par des CLSM
- Newsletter mensuelle
- Annuaire des coordinateurs
- Twitter : @Ressources_CLSM
- Espace collaboratif pour les coordinateurs des CLSM

Le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), qui rassemble un réseau d'actions, de compétences, de programmes en lien avec la politique de santé mentale et a initié en 2007 un programme d'appui au développement et au renforcement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) grâce au soutien du Commissariat général à l'égalité des territoires et la Direction Générale de la Santé.

Depuis le 1er janvier 2017, le CCOMS est devenu le Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM.

Philosophie des CLSM

« Être membre d'un CLSM, ce n'est pas seulement AVOIR des partenaires, mais c'est surtout **ÊTRE partenaire** pour la prévention et l'accès aux soins en santé mentale »

► Carte des CLSM au 31 décembre 2017

(Carte extraite de l'état des lieux national des CLSM 2018 du Centre National de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale)

CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM) ET POLITIQUE DE LA VILLE

192 CLSM ACTIFS AU 01/01/2018

DONT

- 143 CLSM dont le périmètre d'intervention intersecte celui d'un contrat de ville
- 49 CLSM dont le périmètre d'intervention n'intersecte pas celui d'un contrat de ville

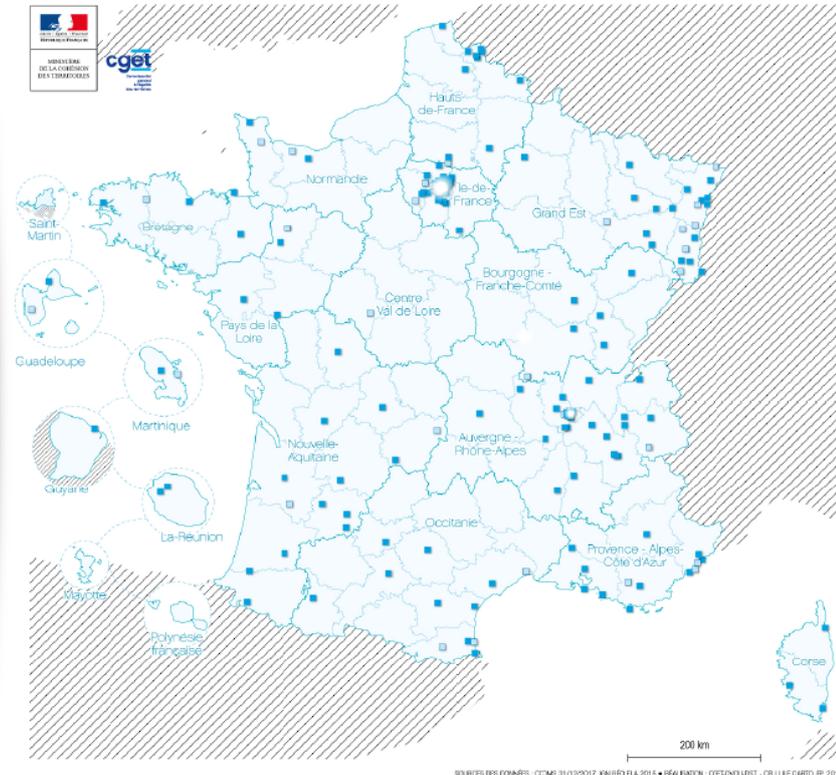
LA NOTION D'INTERSECTION

Il y a intersection quand au moins une commune ou un arrondissement (Paris et Lyon) comportant un ou plusieurs quartiers prioritaires est couvert par un CLSM actif.

PARIS ET LA PETITE COURONNE



MÉTROPOLE DE LYON



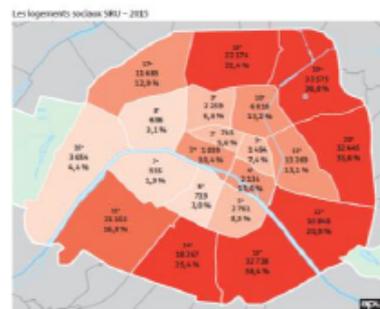
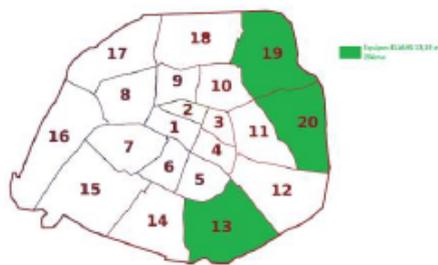
SOURCES DES DONNÉES : CCMS 01/10/2017, KINUBS FLA 2015 • RÉALISATION : COETROUVEST - CELLULE CARTO FR 2018

Annexe 13

► Présentation du dispositif Eliahs

Extrait du compte rendu du Copil Eliahs 19

ELIAHS PARIS



Le choix des arrondissements : des quartiers populaires (QPV) avec les plus fort taux de logements sociaux de Paris :
45% des logements sociaux existants à Paris (près de 100 000 logements sur les 225 000 répertoriés en 2015) sont couverts par les Equipes.

Présentation du projet

Les constats

- ❖ Difficultés des bailleurs sociaux parisiens pour évaluer la situation de certains locataires en difficultés psycho-sociales et de mettre en œuvre un accompagnement adapté vers des soins psychiatriques.
- ❖ Certains locataires en souffrance psychique adoptent un comportement de déni et/ou de repli, refusant tout contact avec l'extérieur.
- ❖ Le dispositif actuel, à savoir l'invitation à consulter au CMP sans rendez-vous ou une unique « visite à domicile » n'est pas suffisant pour créer un lien et permettre une évaluation.

Présentation du projet

Les objectifs

Déploiement d'une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie de secteur dédiée aux signalements des bailleurs sociaux du 19^{ème} :

- ✓ **Fluidifier** les procédures de signalements des locataires en difficultés psychosociales du parc social du 19^{ème} arr. en favorisant un circuit court sans intermédiaire
- ✓ **Prévenir** les situations de crise et traiter en amont celles qui ne présentent pas de danger grave et immédiat.
- ✓ **Favoriser le maintien dans le logement** des locataires en difficultés psycho-sociales
- ✓ **Sensibiliser** les équipes territoriales des bailleurs sociaux aux problématiques de la santé mentale pour faciliter le dépistage.
- ✓ Construire un dispositif permettant une meilleure **prise en charge globale** des locataires en difficultés psycho-sociales.

3

Présentation du projet

Publics ciblés par le projet

Les signalements seront adressés par les travailleurs sociaux du 19^{ème} des bailleurs sociaux sur la base d'une accumulation de « signaux faibles » (loyers impayés, encombrement, isolement, problèmes techniques à répétition...).

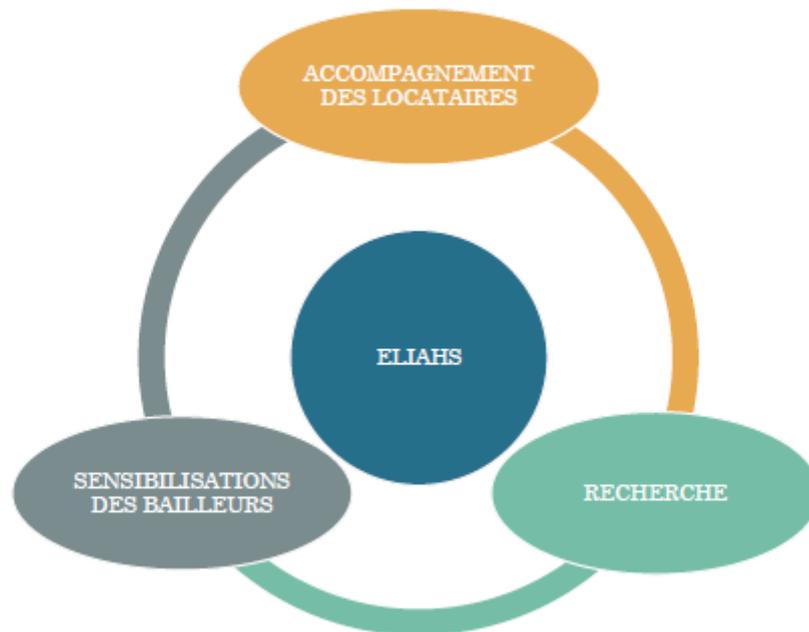
Ils concernent :

- Les locataires **de plus de 18 ans** résidant dans un habitat social du 19^e (bailleurs sociaux participants au projet)
- Les locataires présentant des signes de « crises silencieuses », de « sous-crisis »
- Les locataires dont la situation semble se dégrader (prévention des crises graves)
- Les locataires qui perturbent la vie des résidences

Le comité de pilotage a acté le fait que l'ensemble des signalements des bailleurs- tout âge confondu- serait orienté vers l'Equipe ELLAHS 19. L'Equipe ELLAHS prendra appui sur l'EMPSA et la M2A selon les situations et les évaluations réalisées.

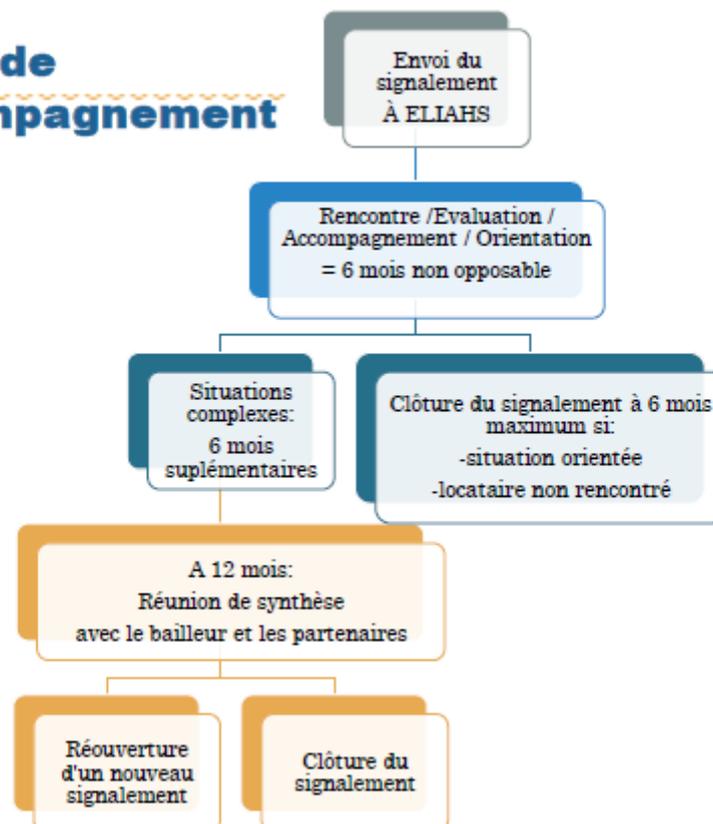
4

Les 3 axes de travail



5

Temps de l'accompagnement



6

SIGNAUX



Les partenaires



Annexe 14

► **Présentation du dispositif d'intermédiation Locative de l'Œuvre Falret**

Extrait du rapport annuel 2018 du groupe Falret

Le Dispositif de Logement Accompagné pour l'Inclusion de personnes souffrant de troubles psychiques (DLAI)

Ce dispositif propose, au sortir d'une hospitalisation par exemple, un logement transitoire et accompagné afin de garantir un cadre indépendant mais sécurisant, hors des murs de l'institution. Cet étayage en lien avec la Plateforme d'Inclusion Sociale Paris FALRET vise à préparer l'accès et le maintien dans un logement pérenne.

AMBITIONS DU DISPOSITIF

- **L'accès au logement pour des personnes souffrant de troubles psychiques**
- **Le maintien dans le logement des locataires déjà présents dans le parc social**
- **L'évolution vers un logement de droit commun**

Le protocole d'accord de ce nouveau dispositif a été signé le 5 novembre 2018 à l'Hôtel de ville de Paris ; il prévoit la mise à disposition de 35 appartements (studios et colocations) pour un total de 41 places, d'ici 2020.

UN PROJET INSCRIT DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS ACCOMPAGNÉ

Trois acteurs, soutenus par la Mission Santé Mentale de la Ville de Paris, portent le projet :

- **Les secteurs de psychiatrie des 11, 17, 19^e : le GHU et les Hôpitaux Saint-Maurice**
- **Les bailleurs sociaux : Paris Habitat, I3F, RIVP, Elojé-Siemp, Batigère**
- **L'ŒUVRE FALRET pour la gestion locative avec une équipe dédiée et l'accompagnement social renforcé des résidents des appartements par le biais du SAVS Paris FALRET.**

UN ACCOMPAGNEMENT SUR MESURE POUR FAVORISER LES CAPACITÉS DES PERSONNES À HABITER CHEZ ELLES

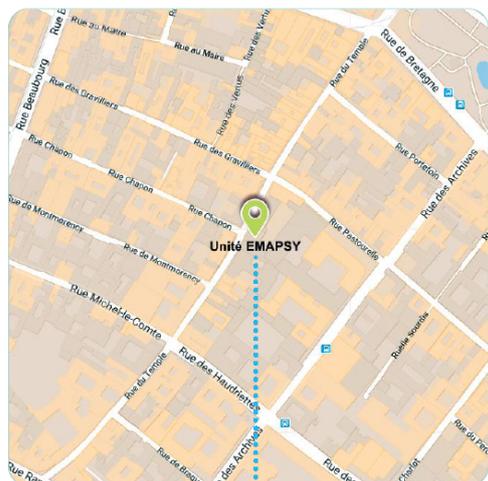
- **Suivi ou accès aux soins psychiatriques ambulatoires ;**
- **Veille des soins de santé générale ;**
- **Accompagnement médico-social ;**
- **Ouverture des droits et accès aux dispositifs de droit commun ;**
- **Aide à la vie quotidienne : entretien du logement, suivi administratif, budget, alimentation, hygiène, vie professionnelle, etc.**

L'ŒUVRE FALRET a fait une demande d'extension de 30 places supplémentaires du SAVS sur deux ans afin d'apporter un accompagnement le plus ajusté possible aux besoins des résidents du dispositif.

Annexe 15

► Plaquette de présentation d'EMAPSY

● ● ● Venir à EMAPSY



Accès transports

- **Bus** : 29 ou 75 (Archives - Haudriettes), 20 (Square du Temple - Mairie du 3^e - Carreau du Temple), ou 38, 47 ou 75 (Grenier Saint-Lazare - Quartier de l'Horloge)
- **Méto** : ligne 3 ou 11 (Arts-et-Métiers) ou ligne 11 (Rambuteau)



Retrouvez l'unité EMAPSY sur www.hopitaux-saint-maurice.fr/EMAPSY/139/119

Équipe mobile et d'accueil psychiatrique

EMAPSY Paris Centre

EMAPSY Paris Centre
116A, rue du Temple
75003 Paris

Secrétariat :
Tél. : 01 42 77 53 98
Soignants :
Tél. : 01 42 77 53 99
Tél. : 01 48 87 26 46
Fax : 01 48 87 92 36
emapsy.pariscentre@ght94n.fr

Pôle Paris Centre



www.hopitaux-saint-maurice.fr

● ● ● Missions

- EMAPSY est une unité de psychiatrie publique du pôle Paris Centre, ayant pour mission d'accueillir et/ou d'aller vers toute personne en difficulté psychique traversant un moment de crise, domiciliée sur les quatre premiers arrondissements de Paris.
- Nous sommes une unité ambulatoire et d'hospitalisation de gestion de la crise.



- Cette unité fonctionnelle du pôle Paris Centre, service public de santé mentale des secteurs 7501/02, est rattachée aux Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) et propose une mission d'accueil, d'hospitalisation et d'écoute téléphonique 24h/24, 7J/7 ainsi qu'une mobilité des soignants de 9h à 18h en semaine.

● ● ● Pour qui ?

Le public

- EMAPSY Paris Centre peut prendre en charge toute personne adulte résidant sur les quatre premiers arrondissements de Paris et présentant une souffrance psychique.

- Nous travaillons en lien avec les unités du pôle (les services intra-hospitaliers Averroès et Rosa Parks, les centres médico-psychologiques Turbigo et Figuer, le centre de jour Adamant) ainsi que les autres unités des HSM et nos partenaires de soin du territoire.

● ● ● Où, quand, comment ?

Un lieu au centre du secteur

- EMAPSY se situe au cœur des quatre premiers arrondissements de Paris et occupe les locaux situés 116A rue du temple.

Les horaires

- mission d'accueil, d'hospitalisation et d'écoute téléphonique 24h/24, 7J/7
- mobilité des soignants de 9h à 18h en semaine

L'accueil

- Les personnes peuvent se présenter d'elles-mêmes, seules et/ou accompagnées de leur entourage.
- Elles peuvent également être adressées par les partenaires du pôle, les services d'urgence des hôpitaux, les psychiatres libéraux, les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les familles...

● ● ● Les soins

Offre de soins

- Évaluation par une rencontre dans nos locaux ou à domicile de la personne et de ses proches.
- Projet de soin personnalisé élaboré en partenariat avec les différents acteurs de la situation.
- Accueil dans nos locaux pour une prise en charge à temps partiel ou en hospitalisation à temps plein sur une courte durée.
- Prise en charge à domicile sur une durée déterminée.
- Accompagnements dans la vie quotidienne.
- Participation à la continuité des soins ou à leur mise en œuvre.

● ● ● Une équipe pluridisciplinaire

Composition de l'équipe

- psychiatres
- psychologues
- infirmier(e)s
- assistantes sociales
- cadre de santé
- secrétaire médicale
- agents de service hospitalier qualifiés

Résumé

ARÉNATE	Céline	12 décembre 2019
Ingénieur d'études sanitaires 2019-2020		
Bilan des dispositifs expérimentaux habitat indigne et santé mentale sur Paris <i>Propositions pour renforcer l'implication du pôle Santé Environnement</i>		
<p>Résumé :</p> <p>Il n'est pas toujours aisé d'identifier l'origine du processus de fragilisation des personnes vulnérables, mais force est de constater que les problèmes de logement et de santé s'alimentent mutuellement. La problématique du logement des personnes vivant avec des troubles psychiques est complexe et double. En effet, les troubles psychiques peuvent agir sur le logement (accès difficile à un logement sain ou dégradation du logement sain) et, inversement, le logement peut aggraver les troubles psychiques existants.</p> <p>Sur le territoire parisien, ces problématiques sont exacerbées du fait des particularités inhérentes à la capitale : présence d'une population dense sur un petit territoire et pression immobilière importante qui ont pour conséquence la génération d'un sous marché locatif de très mauvaise qualité (notamment de très petits logements, anciennes chambres de bonne). Devant l'augmentation de ce type de situation, la Délégation de Paris de l'Agence Régionale d'Ile de France a souhaité investiguer ce sujet par rapport aux spécificités de son territoire. Ce rapport présente les différents acteurs du territoire parisien et les politiques territoriales en matière d'habitat indigne et de santé mentale (Partie 1), trois dispositifs expérimentaux mis en place à Paris ainsi que des exemples concrets de cas traités par l'Agence (Partie 2), et enfin une analyse de la situation et des recommandations pratiques (Parties 2 et 3).</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Habitat insalubre – Santé mentale – Dispositif expérimental – Paris – Agence Régionale de Santé – Conseil Local de Santé Mentale – Eliahs – Intermédiation locative.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		