



EHESP

Ingénieur d'études sanitaires

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **22 Novembre 2021**

Améliorer la prise en charge des situations d'incurie par le PDLHI du Morbihan

Etat des lieux, proposition de procédure et plan d'actions

Stéphane COLLE

Remerciements

Je me rends compte, à l'heure de rédiger ces lignes, de toute l'aide qui m'a été apportée dans ce travail ! Un grand MERCI s'impose !

Je remercie tout d'abord et particulièrement Myriam BEILLON, responsable du département Santé Environnement de la délégation départementale du Morbihan de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, pour m'avoir proposé ce sujet ambitieux et transversal, qui facilitera grandement ma prise de poste. Merci de ta confiance, depuis le début !

Je remercie également Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, référente pédagogique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour son appui méthodologique et ses conseils.

Je tiens à témoigner de ma reconnaissance au comité restreint du Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne du Morbihan : Sébastien LE LAYO, coordonnateur et animateur du pôle à la Direction Départementale des Territoires et de la Mer, Laure DUBERN, chargée de mission Logement au Conseil Départemental et Xavier LE MER, chargé de développement Logement à la CAF. Merci pour votre accueil au sein du Pôle !

Merci à mes collègues qui m'ont consacré de leur temps : à l'Agence Régionale de Santé de Bretagne (Christèle, Alexandre), ou à la délégation départementale du Morbihan (Véronique, Cédric, Coralie, Erick, Valérie, Thomas, René et Angélique).

Je souhaite également affirmer ma gratitude à l'ensemble des acteurs avec qui j'ai pu échanger directement, et qui ont partagé avec moi leurs expériences, pratiques, outils : les Dispositifs d'Appui à la Coordination, la police municipale de Sarzeau, les villes de Paris et d'Angers, les services communaux d'hygiène et de santé des villes de Lorient et Vannes, les EMPP de Vannes et Redon, l'ADIL et notamment Bénédicte GARCON, la Fondation Abbé Pierre, la Sauvegarde 56, l'EPSM de Saint-Avé, l'ASCAP56, Nantes Métropole et la DGS.

Un grand merci à toutes celles et ceux qui ont répondu à mon enquête en ligne. Merci pour vos contributions qui ont nourri ma réflexion !

Un merci plus personnel à Floriane LE POULENNEC et Yolande MAUSSION pour leur aide et leurs conseils. Je vous suis encore redevable !

Ces remerciements ne seraient pas complets si je ne citais pas l'équipe du département Santé Environnement avec laquelle je vais avoir la chance de travailler. Merci pour votre accueil chaleureux !

Enfin, et comme je l'avais fait il y a (déjà) de nombreuses années pour un autre écrit, mes pensées vont à Angélique, qui m'a toujours appuyé dans mes projets professionnels, mon repère, mon phare !

Sommaire

0	Préalable méthodologique.....	1
1	Introduction	2
2	Etat des lieux et contexte	3
2.1	Le logement indigne et la situation morbihannaise	3
2.1.1	Le logement est un déterminant de santé.....	3
2.1.2	L'habitat indigne : une politique publique prioritaire	3
2.1.3	Le parc potentiellement indigne du Morbihan	4
2.1.4	Immobilier breton : une situation tendue.....	4
2.1.5	Un PDLHI qui coordonne et structure l'action.....	5
2.2	L'incurie dans l'habitat : de quoi parle-t-on ?	6
2.2.1	La grande diversité des situations d'incurie	6
2.2.2	Diogène et Noé : deux formes spécifiques de l'incurie du logement.....	7
2.3	Les situations d'incurie remontées au PDLHI du Morbihan.....	9
3	Les situations d'incurie dans le Morbihan : une vision partielle car morcelée.....	9
3.1	Capitalisation et analyse des données du PDLHI	9
3.2	Les acteurs morbihannais de l'incurie	10
3.2.1	Les membres du Comité restreint du PDLHI	10
3.2.2	Les membres du Comité technique du PDLHI.....	11
3.2.3	Les dispositifs et acteurs de l'incurie en dehors du PDLHI	12
3.3	Analyse stratégique : forces, faiblesses, opportunités, menaces.....	14
4	Vers une gestion des situations d'incurie par le PDLHI56.....	15
4.1	L'objectif : une prise en charge respectueuse.....	15
4.2	Les modalités de gestion réglementaire : des limites éprouvées	16
4.3	L'enquête en ligne réalisée sur la gestion des cas d'incurie	17
4.3.1	Analyse des réponses de 32 contributions d'origine ARS.....	18
4.3.2	Analyse des réponses de 6 collectivités	18
4.3.3	Une absence notoire de procédure	19
4.4	Les modalités de gestion dans la bibliographie	19
4.4.1	L'équipe mobile d'aller-vers.....	19
4.4.2	La coordination partenariale	20

4.5	Proposition d'une procédure de gestion des situations d'incurie par le PDLHI du Morbihan.....	20
4.5.1	Le choix d'une gestion partenariale	20
4.5.2	La création d'une commission incurie et les besoins afférents	22
5	Proposition d'un plan d'action « incurie » pour prévenir et repérer les situations	23
5.1	Des actions pour favoriser la coordination partenariale	23
5.2	Des actions pour améliorer le repérage.....	23
5.2.1	Des actions internes au pôle, pour faciliter les remontées.....	23
5.2.2	Des actions à destination des tiers	24
5.3	Anticiper les limites de l'action.....	24
6	Conclusion	25
	Bibliographie	26
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Point méthodologique avant la période de stage.....	II
	Annexe 2 : Entretiens professionnels réalisés au cours du stage.....	V
	Annexe 3 : Enquête en ligne « <i>La gestion des cas d'incurie dans votre structure</i> ».....	VII
	Annexe 4 : Diagramme de GANTT final	XVI
	Annexe 5 : Schéma descriptif des liens entre logement et santé.....	XVII
	Annexe 6 : Carte bretonne du Parc Privé Potentiellement Indigne, 2015	XVIII
	Annexe 7 : Fiche de repérage du Morbihan	XX
	Annexe 8 : Analyse des situations d'incurie du PDLHI	XXII
	Annexe 9 : Tableau comparatif des différentes polices préfectorales mobilisables en situation d'incurie.....	XXVI
	Annexe 10 : Analyse des réponses à l'enquête en ligne « <i>La gestion des cas d'incurie dans votre structure</i> »	XXIX
	Annexe 11 : Benchmark des actions mises en place sur l'incurie en France	XXXVI

Nota : Pour faciliter la lecture, les [annexes](#) sont disponibles directement par lien hypertexte depuis le corps du texte. La flèche "retour", au début de chaque annexe, renvoie au paragraphe où l'annexe est visée pour la première fois.

Table des figures

Figure 1 : Analyse FFOM	15
Figure 2 : Pour une prise en charge respectueuse des situations d'incurie dans le Morbihan	16
Figure 3 : Logigramme de prise en charge des situations d'incurie dans le Morbihan.....	21
Figure 4 : Carte mentale « <i>Gestion des situations d'incurie dans le Morbihan ?</i> »	II
Figure 5 : Diagramme de GANTT prévisionnel	IV
Figure 6 : Diagramme de GANTT final	XVI
Figure 7 : Schéma descriptif des liens entre logement et santé	XVII
Figure 8 : Carte bretonne du Parc Privé Potentiellement Indigne, 2015.....	XIX
Figure 9 : Nombre annuel de nouveaux cas d'incurie	XXII
Figure 10 : Répartition de l'âge chez 42 hommes en situation d'incurie identifiés par le PDLHI ou l'ARS entre 2011 et 2021.....	XXIII
Figure 11 : Répartition de l'âge chez 31 femmes en situation d'incurie identifiées par le PDLHI ou l'ARS entre 2011 et 2021.....	XXIII
Figure 12 : Ratio nombre de cas d'incurie sur population par EPCI, pour 67 cas d'incurie identifiés par le PDLHI ou l'ARS entre 2011 et 2021.....	XXIV
Figure 13 : Ratio du nombre de cas estimés sur la population, pour 31 départements français	XXX
Figure 14 : Ratio du nombre de cas estimés sur la population, pour 6 communes françaises	XXX
Figure 15 : Cartographie des réponses à la question « <i>Pensez-vous qu'il soit possible de prévenir l'incurie ?</i> »	XXXV

Table des tableaux

Tableau 1 : Grille d'analyse bibliographique de contenu.....	III
Tableau 2 : Entretiens professionnels réalisés au cours du stage	VI
Tableau 3 : Les différentes polices préfectorales mobilisables en situation d'incurie	XXVIII
Tableau 4 : Benchmark des stratégies de gestion de l'incurie : les équipes d'aller-vers	XXXIX
Tableau 5 : Benchmark des stratégies de gestion de l'incurie : les dispositifs de coordination partenariale	XLI

Liste des sigles utilisés

La première apparition des sigles utilisés se fait en gras dans le corps de texte.

3D	Désinsectisation Dératisation Désinfection
ADIL	Agence Départementale pour l'Information sur le Logement
ADO Habitat 56	Association Départementale des bailleurs sociaux du Morbihan
ALUR	Loi pour l'Accès au Logement et Urbanisme Rénové
AMISEP	Association Morbihannaise d'Insertion Sociale Et Professionnelle
ANAH	Agence Nationale pour l'Habitat
APS56	Appui au Parcours de Soins 56
ARS	Agence Régionale de Santé
ASCAP56	Association morbihannaise Capacité Autonomie Protection
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAP AS	CAP Autonomie Santé
CBB	Compagnons Bâisseurs de Bretagne
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCH	Code de la Construction et de l'Habitation
CD	Conseil Départemental
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CH	Centre Hospitalier
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMS	Centre Médico-Social
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSF	Confédération Sociale des Familles
CSP	Code de la Santé Publique
CVRH	Centre de Valorisation des Ressources Humaines
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DD56	Délégation Départementale du Morbihan de l'ARS Bretagne
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDETS	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DDPP	Direction Départementale des Populations
DDTM	Direction Départementale des Territoires et de la Mer
DGS	Direction Générale de la Santé du Ministère des Solidarités et de la Santé

DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
EA	Bureau de la Prévention des risques liés à l'Environnement et à la l'Alimentation (au sein de la DGS)
EAS	Espace Autonomie Santé
EAS COB	Espace Autonomie Santé Centre Ouest Bretagne
EAS EM	Espace Autonomie Santé Est Morbihan
EHESP	Ecoles des Hautes Etudes en Santé Publique
ELAN	Loi pour l'Evolution du logement, de l'Aménagement et du Numérique
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPCI	Etablissements Publics De Coopération Intercommunale
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FAP	Fondation Abbé Pierre
FFOM	Matrice d'analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (voir aussi SWOT)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LHI	Lutte contre l'Habitat Indigne
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MOLLE	Loi de Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSE	Morbihan Solidarité Energie
NAC	Nouveaux Animaux de Compagnie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPAH	Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
OTSS	Loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PDLAHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PDLHI	Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne
PIG	Programme d'Intérêt Général
PLH	Programme Local de l'Habitat
PNLHI	Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne
PPPI	Parc Privé Potentiellement Indigne
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies

PSI	Personnes en Situation d'Incurie
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RESE	Réseau d'Echange en Santé Environnement
RETEX	Retour d'Expérience
RPP	Résidences du Parc Privé
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SD	Syndrome de Diogène
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SN	Syndrome de Noé
SOLIHA	Solidaires pour l'Habitat
SPA	Société Protectrice des Animaux
SWOT	Matrice d'analyse <i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i> ou Force Faiblesses Opportunités Menaces (FFOM)
UDAF	Union Départementale des Affaires Familiales
UD DIRECCTE	Unité Départementale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
URSB	Union des Réseaux et dispositifs de coordination en santé de Bretagne
VAD	Visite A Domicile

0 Préalable méthodologique

Ce mémoire a été élaboré à partir d'une étude de terrain réalisée en deux étapes :

1) Des travaux réalisés en amont :

Dans un souci d'anticipation, différents travaux ont été engagés avant d'arriver sur site. Ils sont regroupés dans l'[annexe 1](#) du présent rapport.

- Tout d'abord, j'ai questionné le sujet à travers une carte mentale ;
- J'ai suivi un atelier (« *Mon mémoire, j'optimise ma recherche* ») dédié à la bibliographie et proposé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (**EHESP**), et complété une grille d'analyse de contenu spécifique. Cela m'a permis de mieux cibler ma recherche bibliographique et de commencer à capitaliser des ressources. J'ai alors entamé une recherche documentaire à partir de la littérature, de publications et ouvrages, de guides élaborés au niveau national ou local etc. ;
- Par ailleurs, j'ai identifié des acteurs « ressources », avec lesquels mener des entretiens exploratoires ;
- Enfin, j'ai réalisé un diagramme initial de GANTT.

2) Missions réalisées en période de stage

Le stage s'est déroulé du 16/08 au 22/10/2021 à la Délégation Départementale du Morbihan (**DD56**) de l'Agence Régionale de Santé (**ARS**) Bretagne. Lors du stage,

- J'ai continué et terminé la recherche bibliographique ;
- J'ai mené 29 entretiens semi-directifs avec des acteurs identifiés au préalable, puis au fur et à mesure. Ces entretiens ([Annexe 2](#)) étaient décomposés en trois temps :
 - La présentation du travail en cours ;
 - La présentation, par l'interlocuteur, de la structure ou du service, des missions,
 - Puis enfin la gestion des situations d'incurie en tant que telle (signalement, modalités de gestion, partenaires, leviers et freins de l'action...).
- En parallèle, j'ai sollicité, par un questionnaire en ligne du 03 septembre au 01^{er} octobre 2021 ([Annexe 3](#)), les services santé environnement des ARS et Services Communaux d'Hygiène et de Santé (**SCHS**) pour qu'ils partagent notamment leurs procédures de gestion des situations d'incurie. Ce formulaire a reçu 38 contributions.

La bibliographie, les éléments saillants des entretiens semi-directifs d'une part, et de l'enquête en ligne d'autre part, ont directement alimenté le travail réalisé et le corps du présent document. Le diagramme final de GANTT est disponible en [annexe 4](#).

1 Introduction

En France, on estime à 450 000 le nombre de logements occupés considérés comme indignes. De tels logements peuvent porter atteinte à la santé et à la sécurité de leurs occupants. La lutte contre l'habitat indigne (**LHI**) est donc une priorité gouvernementale régulièrement réaffirmée. Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics ont transformé leur dispositif de lutte contre l'habitat indigne en se dotant d'instances partenariales transversales (Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (**DIHAL**), Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne (**PNLHI**)) ainsi que de nouveaux moyens d'agir, issus de dispositifs récents comme les lois pour l'Accès au Logement et Urbanisme Rénové (**ALUR**) ou pour l'Evolution du logement, de l'Aménagement et du Numérique (**ELAN**). L'ordonnance du 16 septembre 2020, complétée par un décret du 24 décembre 2020, a d'ailleurs procédé à la refonte des polices administratives spéciales de lutte contre l'habitat indigne, dans un objectif d'harmonisation et de simplification des polices de l'habitat.

Dans le Morbihan, un Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (**PDLHI**) a vu le jour en 2008. Cette instance publique, coopérative, mène une action transversale (technique, financière, sociale, juridique) contre le mal logement, en articulation avec la lutte contre la précarité énergétique, à l'échelle départementale. Les membres du pôle ont réaffirmé leur engagement en ce sens via une convention de partenariat signée en 2020. Le PDLHI a par ailleurs identifié, lors de ses travaux, la nécessité de formaliser les modalités de traitement des situations complexes (incurie, Diogène...) pour améliorer leur prise en charge. En effet, les situations d'incurie questionnent régulièrement les acteurs du PDLHI, car elles dépassent le cadre de la lutte contre l'habitat indigne stricto sensu.

Ce stage d'études vise à répondre, de façon opérationnelle, au besoin identifié par le PDLHI. Ce travail a ainsi pour objectif d'établir un bilan des situations d'incurie rencontrées dans le département du Morbihan, et de dresser un premier diagnostic de la situation. Par ailleurs, il doit permettre de définir une procédure de gestion de ces situations, à travers une gestion à valider par le PDLHI. Enfin, il a également pour objectif de planifier des actions destinées à mieux prévenir et repérer les situations d'incurie.

2 Etat des lieux et contexte

2.1 Le logement indigne et la situation morbihannaise

2.1.1 Le logement est un déterminant de santé

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹. Le corollaire de cette vision positive de la santé est une vision positive de la santé mentale, qui n'est plus l'absence de troubles mentaux, mais « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* »². Le logement est reconnu comme étant un des facteurs clés déterminants de la santé³ : un environnement non sécuritaire ou défavorable peut avoir un impact négatif sur la santé physique et mentale. Éric BRETON, Enseignant Chercheur à l'EHESP et spécialiste en Prévention et Promotion de la santé, a précisé les liens entre logement et santé ([Annexe 5](#)). Un logement dégradé peut donc induire des pathologies lourdes ou invalidantes (CO, saturnisme...) et des dommages psychosomatiques⁴.

2.1.2 L'habitat indigne : une politique publique prioritaire

Selon les termes de l'article 83 de la loi de Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion (MOLLE), promulguée le 25 mars 2009 : « *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* ». L'habitat indigne comprend ainsi les situations de logements insalubres, qui présentent un risque pour la santé des occupants (monoxyde de carbone, saturnisme...), mais aussi les logements concernés par une procédure de mise en sécurité (risque de stabilité ou de solidité des ouvrages). En France, entre 900 000 et 1 300 000 personnes vivraient actuellement dans un habitat indigne, ce qui représente 420 à 600 000 logements, selon la Fondation Abbé Pierre⁵. Pour résorber ces situations, le Ministère en charge du logement mène des actions

¹ Organisation Mondiale de la Santé, « Constitution », 1946.

² Organisation Mondiale de la Santé, « Santé mentale : renforcer notre action », 2018, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

³ Hugues BARTON et Catherine TSOUROU, « Urbanisme et santé », 2004, <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/healthy-urban-planning>.

⁴ DIHAL, « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf.

⁵ Fondation Abbé Pierre, « Lutter contre l'habitat indigne », 2021, <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-actions/lutter-contre-lhabitat-indigne>.

visant à lutter contre la dégradation des grandes copropriétés, contre les marchands de sommeil, ou encore à requalifier les centres villes anciens et dégradés⁶.

2.1.3 Le parc potentiellement indigne du Morbihan

Selon la convention de partenariat⁷ du PDLHI, le parc de logement du Morbihan compte 457 614 logements dont 345 725 sont des résidences principales. Ces résidences principales sont occupées à 68 % par des propriétaires occupants, 21 % par des locataires du parc privé et 9 % par des locataires du parc social.

Parmi les 307 695 logements constituant le parc privé :

- Environ 145 000 (47 %) ont été construits avant 1975 (soit avant la première réglementation thermique) ;
- 9 500 (soit 30,8 %) sont considérés comme n'ayant aucun confort (au sens de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (**INSEE**)) : absence de sanitaires et de chauffage central ;
- 14 200 (4,6 %) sont considérés comme potentiellement indignes.

Ces 14 200 logements considérés comme potentiellement indignes abritent plus de 24 200 morbihannais. Ils en sont propriétaires occupants à 54,3 % et locataires à 38,6 %⁸. Ce parc de logement se retrouve à la fois en milieu urbain où il est le plus important en volume et en milieu rural où il est plus important en proportion. Une carte bretonne du parc privé potentiellement indigne a été réalisée en 2015 ([Annexe 6](#)).

2.1.4 Immobilier breton : une situation tendue

La Bretagne est une région attractive, connaissant ces dernières années une croissance économique et démographique soutenue⁹. En matière d'habitat, le territoire doit donc satisfaire les besoins des actuels résidents mais aussi des nouveaux, des modes de vie qui évoluent (monoparentalité, perte d'autonomie - la population bretonne est plus âgée et vieillit plus rapidement que la population métropolitaine¹⁰), et la gestion économe des espaces... La situation du Morbihan est encore plus crispée : une étude de l'INSEE¹¹ de 2016 indique que le solde migratoire annuel du département est positif de 5 000 personnes. Cette attractivité a été stimulée par la suite du fait de la crise du Covid-19 et de la possibilité généralisée de

⁶ Ministère de la Cohésion des territoires, « Dossier de presse : La lutte contre l'habitat indigne, une priorité du Gouvernement », 2019, https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-06/2019.01.01_dp_habitat_indigne.pdf.

⁷ Préfecture du Morbihan et CD56, « Protocole partenarial de lutte contre l'habitat indigne dans le Morbihan », 2020.

⁸ DREAL BRETAGNE, « Pré-repérage des situations de parc potentiellement indigne en Bretagne », 2013, http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2016_document_grand_public_v2.pdf.

⁹ Préfecture de Bretagne, « Les repères statistiques du logement », 2019, http://www-maj.dreal-bretagne.e2.rie.gouv.fr/IMG/pdf/20201118_reperes_statistiques_2019.pdf.

¹⁰ ARS Bretagne, « Plan régional de santé 2018-2022 », 2018, <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-prs-2-2018-2022>.

¹¹ Muriel CAZENAVE, « Morbihan : une forte attractivité résidentielle et des activités présentielle en plein essor » (INSEE, 2016), <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2527284>.

télétravail, sans compter la nouvelle ligne ferroviaire à grande vitesse qui réduit le temps de transport vers l'Île-de-France. Depuis, les prix de l'immobilier en Bretagne, et notamment dans le Morbihan, continuent leur flambée¹² et témoignent d'une situation de tension des marchés immobiliers très importants, surtout en zone littorale. Cette difficulté à se loger, à accéder à la location non saisonnière (au 1er janvier 2021, il y aurait eu plus de 15 000 demandes dans le parc social, un record¹³), favorisent la mise à la location de logements indignes, qui commencent à apparaître (logements sans chauffage, bâtiments agricoles de type poulaillers...). Ces sujets nouveaux émergent au sein du PDLHI.

2.1.5 Un PDLHI qui coordonne et structure l'action

Le PDLHI du Morbihan a été créé en mars 2008, afin de mener une action globale (technique, financière, juridique, sociale...) contre l'habitat indigne. Piloté par le Préfet et le Conseil Départemental (**CD**), il constitue l'organe départemental de la LHI, vers qui tous les signalements doivent cheminer. Le PDLHI s'inscrit dans le cadre du Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (**PDLAHPD**)¹⁴, dont il est une déclinaison thématique et opérationnelle. Le Comité restreint réunit la Direction Départementale des Territoires et de la Mer (**DDTM**), le CD, la Caisse d'Allocations Familiales (**CAF**) et l'ARS. Le PDLHI associe en sus :

- Les services de l'Etat : la Délégation locale de l'Agence Nationale pour l'Habitat (**ANAH**), la Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (**DDETS**) ;
- Les collectivités territoriales : les délégataires des aides à la pierre : Lorient Agglomération et Golfe du Morbihan Vannes Agglomération, les établissements publics de coopération intercommunale (**EPCI**) disposant d'un programme local de l'habitat (**PLH**) et/ou maîtres d'ouvrage de programme d'intérêt général (**PIG**) et opération programmée d'amélioration de l'habitat (**OPAH**), les maires de Lorient et Vannes via leurs SCHS ;
- Les organismes de prestations sociales : la Caisse d'Allocations Familiales (**CAF**), la Mutualité Sociale Agricole (**MSA**) ;
- Les associations parmi lesquelles l'Agence d'Information sur le Logement du Morbihan (**ADIL**), la Confédération sociale des familles (**CSF**), l'Agence Régionale de la Fondation Abbé Pierre (**FAP**), les Compagnons Bâisseurs de Bretagne (**CBB**), les organismes tutélaires du Morbihan (Union Départementale des Familles (**UDAF**)...) et les associations œuvrant en faveur des personnes défavorisées (Association Morbihannaise d'Insertion Sociale Et Professionnelle (**AMISEP**), Sauvegarde 56...) ;

¹² Stanis DU GUERNY, « Morbihan : le marché immobilier continue de grimper », 2021, <https://www.lesechos.fr/pme-regions/bretagne/morbihan-le-marche-immobilier-continue-de-grimper-1348322>.

¹³ Agence Immobilière BENEAT CHAUVEL, « Les prix de l'immobilier continuent de flamber dans le Morbihan ! », 2021, <https://www.beneat-chauvel.com/actualites/les-prix-de-limmobilier-continuent-de-flamber-dans-le-morbihan>.

¹⁴ Préfecture du Morbihan, « Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées 2017-2022 », 2017.

- Les représentants des professionnels et des bailleurs publics et privés : opérateurs de dispositifs d'amélioration de l'habitat (Solidaires pour l'Habitat (**SOLIHA**)...), l'Association Départementale des organismes HLM (**ADO Habitat 56**) ;
- Des établissements financiers : le Crédit Agricole du Morbihan et Procivis ;
- Les tribunaux : magistrats désignés par les Procureurs de la République près les tribunaux de grande instance de Vannes et Lorient.

La DDTM est chargée de l'animation et du secrétariat du PDLHI, qui se réunit chaque mois en comité technique pour faire une revue des situations et décider collectivement, pour chacune, la meilleure orientation possible. Un comité plénier, réunissant l'ensemble des partenaires, se réunit annuellement pour discuter des objectifs et priorités de la LHI. Le fonctionnement du PDLHI a été entériné en 2020 lors de la signature d'un nouveau protocole partenarial.

2.2 L'incurie dans l'habitat : de quoi parle-t-on ?

2.2.1 La grande diversité des situations d'incurie

Dans le paysage de l'indignité, les situations d'incurie occupent une place à part. L'étymologie du mot incurie vient du latin *in* (absence) et *curia* (soin) : absence de soin. Selon le psychiatre Nicolas MERYGLOD¹⁵, « *l'incurie désigne essentiellement le fait pour une personne donnée d'apporter trop peu de soins à ce qui la concerne. Elle est à rapprocher d'un certain abandon de soi, du soin porté à soi. Elle peut concerner l'état de la personne elle-même (son apparence, sa propreté et son hygiène, d'éventuels soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé), mais aussi son environnement, et en particulier son habitat* ». Pour autant, la littérature ne présente pas de définition univoque de l'incurie, qui traduit un trouble comportemental, et qui peut se retrouver dans d'autres manifestations (hygiène du corps, difficultés ou absence de gestion administrative...) ¹⁶.

La DIHAL a défini l'incurie, dans son guide de référence « Agir face aux situations d'incurie dans le logement »¹⁷ (2013), comme une « *occupation inadéquate du logement avec une accumulation de déchets ou d'objets, parfois avec la présence d'un très grand nombre d'animaux* »¹⁸. Dans cette définition, l'accumulation de déchets ou d'objets renvoie au syndrome de Diogène (**SD**), et le très grand nombre d'animaux au syndrome de Noé (**SN**). Les risques associés à l'incurie sont somatiques (dénutrition, hypothermie...), mais aussi biologiques (microorganismes, insectes (infections, allergies...), chimiques (accumulation de

¹⁵ Nicolas MERYGLOD, « L'incurie dans l'habitat », 2007, https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/L_incurie_dans_l_habitat-N_Meryglod_2007.pdf.

¹⁶ Marion BOULESTEIX, « Syndrome de Diogène et autres situations d'incurie du logement : validation d'un score d'aide décisionnelle d'hospitalisation lors des évaluations à domicile. » (Université de LIMOGES, 2018).

¹⁷ DIHAL, « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013.

¹⁸ DIHAL, « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf.

produits d'entretien, de médicaments...), physiques (risque de chutes liées à l'encombrement, affaissement des planchers, incendie...) ou encore psychologiques (exclusion, marginalisation, précarité)^{19,20}. Selon la DIHAL, l'incurie concerne 450 000 logements et plus d'un million de personnes. Elle se heurte aux limites thérapeutiques actuelles, malgré de nouvelles possibilités, par exemple avec la réalité virtuelle²¹.

2.2.2 Diogène et Noé : deux formes spécifiques de l'incurie du logement

En 1975, les gériatres américains A. CLARK et G. MANKIKAR ont décrit le syndrome de Diogène pour caractériser un trouble du comportement, chez la personne âgée, associant une négligence de l'hygiène corporelle et domestique ainsi qu'une accumulation d'objets (sylllogomanie) qui conduisent à des conditions de vie insalubres²². Le nom de cet ensemble de symptômes vient de Diogène de Sinope (413-327 av. JC), qui méprisait les conventions sociales, et entassait les déchets dans le tonneau dans lequel il vivait²³. Bien que cette désignation ait fait l'objet de nombreuses controverses, elle demeure à ce jour particulièrement utilisée, notamment par les médias qui relatent ces situations parfois spectaculaires dans les colonnes consacrées aux faits divers.

Pour le psychiatre Jean FURTOS, le SD est un cas particulier du syndrome d'auto-exclusion qui se joue dans le rapport au corps, au logement et aux autres : « *Habiter, c'est pouvoir mettre de soi dans son logement, qui devient comme un autoportrait* »²⁴. Jean-Claude MONTFORT (psychiatre également) a pointé 5 signes distinctifs du SD :

- Le rapport aux choses : la sylllogomanie et « *l'aspect poubelle* » (odeurs, saleté...),
- L'incurie ou l'auto-négligence (administrative, corporelle, du logement),
- La misanthropie (méfiance, isolement),
- La non-demande (d'aide, d'accompagnement),
- La présence d'un porteur de panier, qui fait les allers retours entre l'extérieur et le logement (proche, voisin, soignant...).

¹⁹ Reine ROY et Pierre AUGER, « Insalubrité, syndrome de Diogène et santé publique », 2005, <https://www.inspq.qc.ca/es/node/1099>.

²⁰ BOULESTEIX, « Syndrome de Diogène et autres situations d'incurie du logement : validation d'un score d'aide décisionnelle d'hospitalisation lors des évaluations à domicile. »

²¹ Anne-Sophie RIGAUD et al., « Réalité virtuelle en gériatrie : l'exemple du Diogène ».

²² Yves BOUTON et Jean-Luc DECROCK, « Le Syndrome de Diogène », 2013, <http://clic-douaisis.fr/wp-content/uploads/2017/02/syndrome-de-diogne-dr-bouton-et-decrock-10avril2013.pdf>.

²³ S. DERVINOS-HODBERT et al., « Sylllogomanie ou syndrome de Diogène, revus à travers histoire, littérature et clinique : Clinique des psychoses. », *Information psychiatrique (L')*, n° vol. 77, n° 9 (2001) : 909-15.

²⁴ ORSPERE-SAMDARRA, « Incurie dans l'habitat Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention », 2004, https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/Actes_JE_Incurie_Orspere-Samdarra.pdf.

Par ailleurs, selon MONTFORT, « *Le critère principal de ce syndrome est une personne qui, aux yeux d'un observateur, aurait besoin de tout mais ne demande rien.* »²⁵ Cette absence de demande demeure aujourd'hui encore la spécificité du SD²⁶.

De nombreuses études ont été réalisées autour du SD. Elles visaient notamment à qualifier les situations (sexe, âge, logements, prévalence...) et à identifier une étiologie. Le SD a ainsi été décrit initialement comme un syndrome gériatrique et plutôt féminin. Finalement, les situations décrites dans la littérature ou racontées par les personnes ressources interrogées dans le cadre de ce travail, concernent de nombreux hommes, et des personnes ayant pour certaines moins de 30 ans.

D'un point de vue étiologique, ces situations peuvent être associées à des troubles psychiatriques (schizophrénie, délires paranoïaques, psychose, troubles obsessionnels compulsifs, dépression...), à des troubles neurocognitifs (démence, maladies neurodégénératives, antécédents d'accident vasculaire cérébral, WERNICKE-KORSAKOFF...), ou à des situations de dépendance à l'alcool. Généralement, il est admis qu'environ 50 % des patients atteints du syndrome de Diogène présentent une pathologie psychiatrique^{27,28,29}. Néanmoins, la cause pourrait être médicale dans 50 % des situations³⁰. La dépendance à l'alcool est aussi régulièrement soulignée.

Ce constat a amené MONTFORT à différencier les SD primaires (pas de maladie identifiée) des SD secondaires (maladie : ALZHEIMER, psychose...)³¹. Pour les SD primaires, MONTFORT parle de SD qui résultent de traumatismes (notion de « *paradis perdu* »). Cette hypothèse est corroborée, dans le cadre de ce stage, par le témoignage du Service Technique de l'Habitat de la Ville de Paris, qui a suivi récemment deux situations de Diogène qui concernaient deux personnes de moins de trente ans, ayant vécu les attentats du Bataclan de novembre 2015.

Si la littérature autour du SD est assez riche, le syndrome de Noé a été moins investigué (un peu plus à l'étranger, sous le terme de « *animal hoarding* »). L'incurie est alors associée à un très grand nombre d'animaux (chats, chiens, oiseaux, Nouveaux Animaux de Compagnie (**NAC**)...), d'où la référence à Noé et à son arche - qui vivent généralement en espace clos et sont responsables de nuisances (bruit, excréments...). L'occupant leur témoigne un

²⁵ Jean-Claude MONTFORT et Isabelle PEAN, « Syndrome de Diogène : arrivée aux urgences », 2013, https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/099_Monfort.pdf.

²⁶ Alexandre LEROY, « Le syndrome de Diogène en 2017 : où en sommes-nous ? À partir d'une revue de la littérature et d'une étude de cas », 2017, <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-BORDEAUX/dumas-01627045>.

²⁷ Mutualité Française Midi-Pyrénées et al., « Journée de sensibilisation pluridisciplinaire sur le syndrome de Diogène », 2012.

²⁸ DERVINOS-HODBERT et al., « Syllomanie ou syndrome de Diogène, revus à travers histoire, littérature et clinique ».

²⁹ MERYGLOD, « Thèse de médecine ».

³⁰ Claire PATRY, Sylvain CLOSIER, et Elise LAFON, « Accompagnement des personnes atteintes du syndrome de Diogène », *Revue de l'infirmière*, n° 236 (2017) : 34-36.

³¹ MONTFORT et PEAN, « Syndrome de Diogène : arrivée aux urgences ».

attachement très fort, bien que les animaux soient généralement en surnombre, en mauvaise santé (mal nourris, pas soignés). Les cadavres d'animaux sont parfois même conservés par l'occupant. D'après une étude de PATRONEK³², le SN toucherait majoritairement des femmes (76 %) dont 46 % auraient plus de 60 ans. Les témoignages s'accordent sur un nombre croissant de SN.

2.3 Les situations d'incurie remontées au PDLHI du Morbihan

Au titre de sa centralisation des signalements de situation d'indignité, le PDLHI a été destinataire de signalements de situations d'incurie, et notamment de SD et SN (ou assimilés). Ces situations sont en effet les plus facilement repérables : encombrement qui « déborde » à l'extérieur du logement, sur les terrasses ou par les fenêtres, odeurs qui incommode le voisinage, présence de nuisibles, bruit des animaux, affaissement des planchers sous le poids des entassements...

Ces signalements se font à l'aide d'une fiche de repérage commune aux situations de précarité énergétique ou à l'habitat indigne et indécent ([Annexe 7](#)), avec un encart dédié au signalement des situations d'incurie. Les signalements peuvent être réalisés par l'occupant ou par un tiers, et sont centralisés par le pôle. Dans les situations d'incurie, le signalement est toujours fait par un tiers.

Pour autant, le PDLHI n'a jamais réalisé de capitalisation des situations d'incurie dont il a été destinataire, ni construit de réponse standardisée à ces sollicitations. A l'inverse, il a toujours opté pour des solutions sur mesure.

Afin de mieux traiter ces situations, le PDLHI s'est fixé un objectif de formalisation des modalités de traitement des situations complexes (incurie, Diogène...) dans ses perspectives de travail, lors du comité plénier du 20 mai 2019.

3 Les situations d'incurie dans le Morbihan : une vision partielle car morcelée

Afin d'établir un diagnostic de la situation morbihannaise vis-à-vis de l'incurie, les données du PDLHI ont été analysées. Des entretiens avec certains acteurs sont venus préciser les modes d'action de chacun.

3.1 Capitalisation et analyse des données du PDLHI

Depuis sa création en mars 2008, le PDLHI n'a jamais tracé les situations d'incurie. Afin de dresser un bilan de son activité, l'ensemble des comptes rendus mensuels et autres documents internes PDLHI ou ARS, ont été analysés. Les données sont malheureusement

³² Gary PATRONEK, « Hoarding of Animals: An Under-Recognized Public Health Problem in a Difficult-to-Study Population », 1999, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308348/pdf/pubhealthrep00029-0083.pdf>.

lacunaires, et certaines traces écrites ont disparu. Bien que l'échantillon soit fragile, il a permis d'établir des tendances. L'analyse des données est fournie à l'[annexe 8](#).

67 situations ont pu être recensées, sur 9 années : 2011, puis 2014 à 2021. Elles correspondent à un total de 71 Personnes en Situation d'Incurie (**PSI**) (qui présentent soit un SD, soit un SN, ou assimilés). 57,5 % sont des hommes et 42,5 % des femmes. 96 % des personnes vivent seules.

Les éléments presque toujours tracés sont les âges des personnes, le lieu de résidence, et l'origine du signalement.

Quel que soit leur sexe, l'âge médian des PSI est de 66 ans. Les lieux de résidence ont été regroupés par EPCI (échelon d'action territoriale privilégié de l'ARS) et le nombre de signalements a été ramené à la population de l'EPCI selon l'INSEE. Les EPCI présentant les ratios les plus importants de situations d'incurie, eu égard à leur population, sont situés dans le centre ouest du Morbihan, dans les mêmes secteurs que ceux dont le taux de parc privé potentiellement indigne (**PPPI**) sur les résidences du parc privé (**RPP**) est le plus élevé. Néanmoins, l'EPCI Auray-Quiberon Terre Atlantique se distingue par un ratio également important, alors que sa part de PPPI n'est particulièrement importante. En 2016, une journée thématique sur l'incurie s'est tenue à Auray à l'initiative de la Sauvegarde 56. Cette journée a déclenché un grand nombre de signalements. Ce résultat est intéressant : il signifie qu'une action de sensibilisation locale va favoriser les signalements... Les repérages sont émis majoritairement par les communes (pour 28 % des cas), puis par l'ADIL (13 %) et le CD (10 %). Enfin, notons que 7 situations ont donné lieu à la prise d'un arrêté d'urgence au titre du Code de la Santé Publique (L1311-4).

La rencontre des acteurs, réalisée sous forme d'entretien semi-directif, a permis de mieux appréhender la situation morbihannaise.

3.2 Les acteurs morbihannais de l'incurie

3.2.1 Les membres du Comité restreint du PDLHI

La DDTM est la cheville ouvrière du PDLHI. Elle réalise les visites dans les situations d'incurie. Si elle sollicite avec succès le champ du social (Centres médico-sociaux (**CMS**) notamment) et parfois les Dispositifs d'Appui à la Coordination (**DAC**) pour une aide à l'évaluation, elle rencontre des difficultés à proposer un accompagnement médical. En effet, le PDLHI ne possède pas de compétences sur ce champ, et aucune collaboration n'est engagée avec les acteurs du sanitaire.

En ce qui concerne la LHI, le Conseil Départemental copilote le PDLHI et porte le PIG LHI, qui vise à sortir de l'insalubrité des logements occupés par leurs propriétaires. La collectivité peut repérer des situations d'incurie via les professionnels qui interviennent au domicile des Morbihannais (travailleur social, évaluateur chargé d'apprécier la perte d'autonomie, chargé

de visite du dispositif Morbihan Solidarité Energie (**MSE**...), en être informé par les instances partenariales (comme le PDLHI) ou par des signalements, dans le cadre des majeurs vulnérables. La découverte d'une situation d'incurie par un travailleur social fait rarement l'objet d'un signalement au PDLHI car celui-ci n'est pas repéré comme centralisant ces situations. Elles sont donc gérées avec des partenaires de terrain (Centre Communal d'Action Sociale (**CCAS**) ou DAC par exemple). Chaque situation fait l'objet d'une prise en charge au cas par cas (« *c'est du cousu main* ») où l'adhésion de la personne est fortement recherchée. Les travailleurs sociaux du CD peuvent mobiliser, en fonction des situations et de l'acceptation des personnes, les partenaires ou dispositifs existants (accompagnement social lié au logement, mesure de protection, Fond unique d'aide...).

L'ARS est généralement sollicitée, soit par la DDTM, soit par une mairie, pour prise d'un arrêté préfectoral d'urgence de type L1311-4. Cet arrêté enjoint l'occupant à désencombrer et nettoyer son logement sous 8 à 15 jours. En cas de carence, la mairie peut se substituer.

Enfin, la CAF n'est pas confrontée à des situations d'incurie.

3.2.2 Les membres du Comité technique du PDLHI

- **Les services de l'Etat**

Issue de la fusion de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (**DDCS**) et de l'unité départementale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (**UD DIRECCTE**), la DDETS du Morbihan a été créée le jeudi 1er avril 2021. Sans doute du fait de cette nouvelle organisation, la DDETS est actuellement absente du Comité technique du PDLHI.

- **Les collectivités territoriales**

Le SCHS de Lorient est également confronté à des situations d'incurie. Ces situations ne sont pas systématiquement partagées avec le PDLHI. Les deux inspectrices de salubrité vont à la rencontre de la personne, et privilégient la médiation à toute action coercitive. Elles associent au besoin le CCAS et le DAC. Le service pointe le besoin d'interconnaissance, du fait d'un nombre conséquent d'acteurs : « *On n'est ni du social, ni du sanitaire* ».

Le SCHS de Vannes est également amené à gérer des situations d'incurie signalées sur le territoire communal, par le voisinage par exemple. Il entreprend une première visite avec le CCAS. Une réunion avec l'ARS, la DDTM, le CD et, le cas échéant, l'organisme de tutelle, l'Etablissement Public en Santé Mentale (**EPSM**), l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (**EMPP**) est organisée pour évaluer le degré d'urgence de la situation.

Pour les collectivités de plus petite taille, un besoin d'accompagnement se fait sentir, d'autant que les EPCI n'ont pas pris la compétence habitat. A Sarzeau, un policier municipal a été confronté à deux situations récemment « *Parfois, on se demande comment on va faire, on est démunis* ».

- **Les associations**

Les PSI peuvent être identifiées par l'ADIL, soit par le conseil juridique prodigué aux propriétaires bailleurs, mairies ou travailleurs sociaux, soit par le dispositif MSE.

La Fondation Abbé Pierre peut financer des actions portées par d'autres associations, comme des associations tutélaires, pour aider financièrement au désencombrement.

L'Association Capacité Autonomie Protection (**ASCAP**) identifie des situations d'incurie, en général au début de la mission de protection. Seule la mesure de tutelle permet de financer un désencombrement sans adhésion de la PSI, mais cette solution va à l'encontre de la relation de confiance établie entre elle et son mandataire.

La Sauvegarde 56 repère également des PSI, lors de visites à domicile ou parfois même dans les logements qu'elle met temporairement à disposition. Ces situations sont alors gérées par l'association qui pointe la nécessité d'un « *opérateur de terrain agile et rapide* ».

L'ensemble des situations identifiées par les associations ne sont pas systématiquement partagées avec le PDLHI.

3.2.3 Les dispositifs et acteurs de l'incurie en dehors du PDLHI

- **De nouveaux Dispositifs d'Appui à la Coordination**

Parmi les différents témoignages recueillis, les DAC ont été identifiés comme étant des partenaires réguliers, voire incontournables. Au sein de ces DAC, les gestionnaires de parcours coordonnent les parcours de soin des personnes, dès lors que leur situation est complexe. Sous statut associatif, les DAC bénéficient d'une gouvernance élargie (professionnels de santé, services sociaux et médico-sociaux, établissements de santé, associations d'usagers, élus...). Créés par la loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (**OTSS**), ils sont issus de la fusion de l'ensemble des dispositifs préalablement existants : les Plateformes Territoriales d'Appui (**PTA**), les Méthodes d'Action pour l'intégration des Services d'Aide et de Soins dans le Champ de l'Autonomie (**MAIA**) et les Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (**PAERPA**). Selon René NIVELET³³, médecin à l'ARS Bretagne, la loi a conforté une convergence déjà entamée en Bretagne, ce qui a permis une création rapide de quatre DAC qui couvrent l'ensemble du département :

- Appui au Parcours de Soins (**APS56**) pour le territoire Vannes-Auray ;
- CAP Autonomie Santé (**CAP AS**) pour le territoire de Lorient ;
- Espace Autonomie Santé Centre Ouest Bretagne (**EAS COB**) pour le territoire de Pontivy ;
- Espace Autonomie Santé Est Morbihan (**EAS EM**, en cours de création) pour le territoire de Ploërmel.

³³ René NIVELET, « Dispositifs d'appui à la coordination & Communautés Professionnelles Territoriales de Santé », <https://www.omedibretagne.fr/wp-content/uploads/2020/05/NIVELET.pptx>.

La situation avancée du Morbihan, avec sa structuration déjà existante autour de quatre DAC, est une réelle opportunité pour la gestion des situations d'incurie. Certes, les DAC peuvent être saisis pour toute situation complexe (tout âge, pathologie) par un professionnel de santé ou tout un chacun. Ils participent à une évaluation multidimensionnelle et à l'organisation des parcours sur les champs sanitaire, médico-social et social. De plus, les DAC du Morbihan ont un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (**CPOM**) avec le CD et l'ARS, qui intègre déjà un volet habitat.

A l'occasion de ce travail, trois DAC ont été rencontrés (APS56, CAP AS et EAS COB). Ils sont confrontés à des situations d'incurie, souvent en seconde intention (après la mairie, les soignants ou travailleurs sociaux). Les PSI sont alors accompagnées par les DAC et leurs partenaires (mairie, CCAS, services d'aide à domicile, de soins à domicile, des libéraux, le service du département pour accompagnement social, hôpital psychiatrique de secteur...). Le lien entre les DAC et le PDLHI se renforce, avec une demi-journée d'échanges programmée autour de la LHI entre chaque DAC et un binôme CD/DDTM en octobre 2021, et l'organisation par EAS EM d'une demi-journée d'information sur la LHI à destination des collectivités qui aura lieu le 23/11/21, avec l'appui du CD, de la DDTM et de l'ARS.

- **Le secteur de la santé mentale**

Le secteur de la santé mentale est territorialisé : EPSM du Morbihan (Vannes-Auray-Ploërmel), EPSM Charcot Sud Bretagne (Lorient), Centre Hospitalier (**CH**) de Redon et CH spécialisé à Plouguernevel en Côtes-d'Armor, qui accueille également des Morbihannais.

A l'EPSM du Morbihan, toutes les personnes suivies sont évaluées par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, psychiatre, infirmier, aide médico-psychologique, assistant social...) et font l'objet d'un plan d'action personnalisé en lien avec le projet thérapeutique. L'EPSM dispose également d'appartements associatifs pour les personnes en situation d'adhésion. Il s'agit d'une solution intéressante pour les PSI, pour une transition plus ou moins longue avant le retour à l'autonomie. Ces solutions d'hébergement à moyen terme existent aussi dans les autres établissements morbihannais, mais ne concernent que les PSI avec besoin en santé mentale, et adhérant à un accompagnement.

Le territoire du Morbihan est également couvert par des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. Ces EMPP sont pluriprofessionnelles (psychologues, infirmiers, médecin, assistants sociaux...). Leur mission première est d'aller vers les personnes en situation de précarité, dont les PSI. Elles ont déjà été confrontées à des situations d'incurie, qui ne sont pas partagées avec le PDLHI. Les équipes mobiles sont ainsi plus souples, dans leurs pratiques, que les Centres Médico-Psychologiques (**CMP**), qui n'interviennent qu'en présence d'un avis médical ou si la situation est déjà connue et suivie.

- **Les forums santé précarité**

Ces événements ont été organisés en septembre 2021 à Vannes, Pontivy, et Josselin, par la DD56 de l'ARS Bretagne. Ils ont pour objectifs de faciliter l'accompagnement et l'orientation des personnes en situation de précarité et favoriser l'interconnaissance des acteurs. Ils visent les professionnels. Parmi les différents thèmes abordés, « Logement et santé » a réuni des stands du PDLHI, ADIL, SOLIHA et Fondation Abbé Pierre. Les autres thèmes étaient « Accès aux soins / prévention / hébergement » et « Soins ou Parcours de santé », en présence des EPSM et EMPP, DAC... Il s'agit donc d'une opportunité pour croiser les organismes de l'habitat, de la santé et du social au sein d'un même événement.

- **Les Points Santé**

Au sein des dispositifs santé précarité du Morbihan, les Points Santé (Lorient, Vannes-Auray-Ploërmel et Pontivy) assurent l'accueil, l'orientation, l'accompagnement des personnes en situation de précarité sur des questions d'accès aux soins et aux droits. Les Points Santé participent par ailleurs à l'évaluation en santé des personnes dans le cadre du Service intégré de l'Accueil et de l'Orientation (**SIAO**), pour les hébergements d'urgence ou d'insertion, et ont un dialogue de gestion annuel avec l'ARS. L'évaluation des besoins en santé des personnes en situation d'incurie serait possible par un binôme infirmier et psychologue des Points Santé du département.

3.3 Analyse stratégique : forces, faiblesses, opportunités, menaces

Les différents entretiens semi-directifs menés ont permis de dresser un panorama élargi des acteurs, et d'éclaircir les rôles de chacun dans le champ de l'incurie.

Il apparaît que le nombre de situations dont le PDLHI est destinataire est faible au regard du nombre de situations rencontrées par les autres acteurs sur l'ensemble du territoire (mairies, travailleurs sociaux du CD, SCHS, associations, DAC, EMPP), et sans doute un peu plus du nombre de situations réelles. La connaissance des situations d'incurie, à l'échelle départementale, est très relative.

Le PDLHI n'est pas clairement identifié comme une instance portant ce sujet. Par ailleurs, les échanges ont permis de pointer l'inexistence d'une coordination territoriale sur le sujet. Enfin, l'incurie peut désorienter les professionnels qui y sont confrontés : d'une part car elle peut susciter une certaine répulsion, d'autre part car les propositions d'accompagnement se voient opposer un refus des personnes. Les accompagnements, sociaux ou sanitaires, sont régulièrement repoussés. L'incurie questionne ainsi sur les limites de l'action publique, et pose un dilemme éthique, entre liberté et sécurité.

L'ensemble de ces éléments a été synthétisé et organisé sous la forme d'une matrice d'analyse de type Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (**FFOM**, ou *SWOT* en anglais) de la situation actuelle du PDLHI vis-à-vis des situations d'incurie. Sur la première ligne de la

matrice sont regroupés les éléments internes, et sur la seconde ligne les éléments externes au PDLHI. La première colonne contient les points positifs, la seconde les points négatifs.



Figure 1 : Analyse FFOM

Cette représentation graphique a permis de résumer les points saillants de la situation actuelle du PDLHI concernant le sujet de l'incurie. Elle a fait l'objet d'une adhésion lors de sa présentation auprès des membres du Comité restreint du PDLHI (CAF, CD, DDTM) les 5 et 6 octobre 2021.

4 Vers une gestion des situations d'incurie par le PDLHI56

4.1 L'objectif : une prise en charge respectueuse

Dans son guide de référence « Agir face aux situations d'incurie dans le logement »³⁴, la DIHAL précise le mode de gestion des situations d'incurie : comme les situations relèvent à la fois de l'habitat, de la santé et du social, il s'agit de mobiliser les compétences complémentaires des professionnels de ces trois champs pour construire une action centrée autour de la personne. Cette action est à réaliser prioritairement à tout acte coercitif de la Mairie ou du Préfet. Elle doit ainsi être synergique et complète (proposition d'accompagnements sanitaire et social), afin de répondre aux besoins des personnes, et reposer sur de l'aller-vers (du fait de la non-demande évoquée précédemment). L'objectif est le maintien à domicile, moyennant un coaching sur le long terme. Cette gestion peut être pilotée par le PDLHI, mais nécessite une interconnaissance des acteurs et partenaires, et les conventions de fonctionnement idoines. La figure ci-dessous représente la prise en charge à mettre en place.

³⁴ DIHAL, « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013.



Figure 2 : Pour une prise en charge respectueuse des situations d'incurie dans le Morbihan

Si le guide de la DIHAL donne le cap, il nécessite un travail d'adaptation à chaque territoire, déjà entrepris pour certains^{35,36,37}.

4.2 Les modalités de gestion réglementaire : des limites éprouvées

D'un point de vue coercitif, le Maire peut user de son pouvoir en matière de salubrité (articles L1421-4 du Code de la Santé Publique (**CSP**), ou L2212-2 du Code Général des Collectivités Territoriales (**CGCT**)) sur la base du Règlement sanitaire départemental du Morbihan (article 23-1) : « Dans les logements et leurs dépendances, tout occupant ne doit entreposer ou accumuler ni débris, ni déjections, ni objets ou substances diverses pouvant attirer et faire proliférer insectes, vermine et rongeurs ou créer une gêne, une insalubrité, un risque d'épidémie ou d'accident. Dans le cas où l'importance de l'insalubrité et les dangers définis ci-dessus sont susceptibles de porter une atteinte grave à la santé ou à la salubrité et à la sécurité du voisinage, il est enjoint aux occupants de faire procéder d'urgence au déblaiement, au nettoyage, à la désinfection, à la dératisation et à la désinsectisation des locaux. En cas d'inobservation [...] il peut être procédé d'office à l'exécution des mesures nécessaires dans les conditions fixées par le Code de la santé publique. » Dans le cas particulier des SN, le Maire peut agir sur la base de l'article 26 du RSD. Pour les déchets en extérieur, il peut user

³⁵ Gabrielle BRUNET DE LA CHARIE, « Les situations d'incurie dans l'habitat : des contextes différents et des procédures à adapter », 2017, <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/ies/Gabrielle%20BRUNET%20DE%20LA.pdf>.

³⁶ Nadine SAINTOL, « Santé mentale et habitat : adéquation entre l'offre de logement et la prise en charge de personnes en souffrance psychique dans le Loir et Cher », 2017, <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/ies/Nadine%20SAINTOL.pdf>.

³⁷ Florence MARTY, « Amélioration de la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : Eléments de réflexion et recommandations en Nouvelle Aquitaine », 2018, <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/imrset/Florence%20Marty.pdf>.

du L541-2 du Code de l'Environnement. Mais les réponses vont différer selon les élus, selon leur morale et pratiques, entre médiation et réponse législative³⁸.

Le Préfet peut également agir (par l'intermédiaire de la DD56 de l'ARS, des SCHS de Vannes ou Lorient). En cas d'incurie, selon la FAQ du 16/02/2021³⁹, il est possible de mettre en œuvre les différents dispositifs coercitifs suivants : le L1311-4 du CSP, le L511-19 du Code de la Construction et de l'Habitation (**CCH**) et le L511-10 du CCH. Après échange avec des spécialistes⁴⁰, un tableau d'aide au choix suivant a été produit ([Annexe 9](#)). D'autres dispositions spécifiques peuvent être sollicitées pour les SN (la maltraitance animale avec l'arrêté du 25/10/1982, l'article L214-6-1 du Code Rural), en lien avec la Direction Départementale des Populations (**DDPP**)⁴¹. Ces procédures, qui visent l'occupant, permettent la réalisation de désencombrement et du nettoyage d'office.

Néanmoins, elles sont généralement déconseillées en situation d'incurie. En effet, si ces dispositions coercitives se révèlent efficace à court terme (suppression du risque), elles sont brutales, choquantes et favorisent la récurrence, car elles peuvent aggraver le mode d'occupation du logement et surtout l'état psychique de son occupant^{42,43}. L'action partenariale est donc à favoriser largement. Pour autant, les outils coercitifs peuvent être utilisés en situation d'urgence (risque de départ de feu, affaissement de planchers...) ou comme levier de négociation avec la PSI, mais être toujours suivis d'un accompagnement.

4.3 L'enquête en ligne réalisée sur la gestion des cas d'incurie

Pour aller plus loin, les services santé environnement d'ARS et des Services Communaux d'Hygiène et de Santé ont été sollicités pour partager leurs modalités de gestion, à l'aide d'un formulaire en ligne. D'autres informations complémentaires ont également été questionnées. Réalisée sur Google Forms®, disponible du 03 septembre au 01^{er} octobre 2021, l'enquête en ligne « *La gestion des cas d'incurie dans votre structure* » a été relayée par le Réseau d'Echange en Santé Environnement (**RESE**) auprès du réseau professionnel visé. L'enquête a également été transmise directement par mail à destination de contacts, et des stagiaires ayant suivi la formation continue proposée en juin 2021 par l'EHESP. L'analyse détaillée des résultats est fournie en [annexe 10](#).

³⁸ Pauline LENESLEY et Séverine TERROM, « Pilotage territorial : A propos de l'accompagnement d'une personne affectée par un syndrome de Diogène - Normandie Université », 2020, <https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/hal-02929563>.

³⁹ PNLHI DIHAL, DHUP, et DGS, « Foire aux questions relative à l'ordonnance LHI, version 2 », 16 février 2021.

⁴⁰ Alexandre NANNI, technicien au Pôle Espace Clos, ARS DD22, Elisabeth KOUVTANOVITCH, chargée du dossier insalubrité de l'habitat, Bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courantes (**EA2**) de la Direction Générale de la Santé (**DGS**), et Jean MEISTER, juriste chargé notamment des contentieux de l'insalubrité (EA2 et EA3) à la DGS

⁴¹ DIHAL, « Traitement des situations d'incurie dans le logement » (Support de formation, Arras, 2019).

⁴² Florence MARTY, « Amélioration de la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : Etat des lieux et recommandations en Nouvelle Aquitaine » (2019).

⁴³ DDTM30, CD30, et ARS30, « Le traitement des situations d'incurie du Gard ».

L'enquête a récolté 38 contributions. Parmi elles, 32 proviennent d'ARS et 6 de collectivités. Les répondants travaillent majoritairement en délégation départementale d'une ARS, avec une zone d'action départementale (pour 31 contributions sur 38). Les participants se sont exprimés sur le nombre de cas annuels signalés à leur structure chaque année. La majorité est donc confrontée à 6 à 10 situations annuelles d'incurie. Ils sont très majoritairement d'accord pour indiquer le nombre de cas est en augmentation (plus de 70 % des réponses).

4.3.1 Analyse des réponses de 32 contributions d'origine ARS

Pour ces contributions, les signalements sont majoritairement issus des mairies (31,8 %), puis du PDLHI (20 %). La gestion des situations d'incurie nécessite l'implication de partenaires, dont les différents services de la mairie (28,6 %), un dispositif de coordination des parcours (16,2 %), du Conseil départemental (15,2 %) ou du PDLHI (14,3 %). Les autres partenaires identifiés sont les établissements de santé mentale, le Conseil local en santé mentale, les équipes mobiles de psychiatrie, des opérateurs (conventionnés pour de l'aller vers par l'ARS, cités à deux reprises) ou la DDTM. Les services Santé Environnement des ARS ont été questionnés sur les missions associées à la gestion des situations d'incurie.

- 6,1 % des répondants ont mentionné la prise immédiate d'un arrêté d'urgence sur la base de l'article L1311-4 du Code de la Santé Publique ;
- 59,2 % ont indiqué la prise éventuelle d'un arrêté d'urgence L1311-4 ;
- 34,7 % ont répondu la participation à la mise en place d'un accompagnement (social et/ou médical et/ou psychique) de la PSI.

Ainsi, le recours au L1311-4 est loin d'être systématique. Un seul répondant a fait référence au nouvel article L511-19 du CCH, qui vise à faire cesser tout « *danger imminent, manifeste ou constaté* ». Le temps de traitement d'un dossier d'incurie est en moyenne de 2,5 jours. Enfin, les répondants pointent l'absence d'implication des autres services de l'ARS.

4.3.2 Analyse des réponses de 6 collectivités

Pour les 6 collectivités, les signalements proviennent en premier lieu des bailleurs (23,5 %), puis du voisinage (17,6 %). La gestion des situations se fait à l'aide des différents services de la mairie (27,8 %), des établissements de santé mentale (16,7 %), le Conseil local en santé mentale (16,7 %), un dispositif de coordination de parcours (16,7 %). Le conseil départemental, le PDLHI, les bailleurs et les entreprises de Désinsectisation Dératisation Désinfection (**3D**) ont également été cités une fois chacun.

Les missions des SCHS sont :

- Visite du logement et de la rédaction d'un rapport de visite (100 %) ;
- Mise en place d'un accompagnement (social et/ou médical et/ou psychique) de la PSI (100 %) ;
- 5 répondants sur 6 sollicitent éventuellement la prise d'un arrêté d'urgence L1311-4.

Du fait même de la visite et rédaction du rapport de visite, le temps passé pour chaque situation d'incurie est plus élevé en SCHS, avec une moyenne de 3,15 jours par situation d'incurie.

4.3.3 Une absence notoire de procédure

Pour les ARS ou les collectivités, la question « *La gestion des cas d'incurie dans votre territoire fait-elle l'objet d'une procédure formalisée et partagée ?* » appelle la réponse « *Pas du tout* » à 28,9 %, « *Pas vraiment* » à 65,8 % et « *Oui* » à 5,3 %.

4.4 Les modalités de gestion dans la bibliographie

Les différentes modalités de gestion des situations d'incurie ont été capitalisées dans deux tableaux ([Annexe 11](#)), et s'articulent autour de deux stratégies. Ces deux stratégies peuvent également être complémentaires et se déployer sur un même territoire.

4.4.1 L'équipe mobile d'aller-vers

La première stratégie est le recours à une équipe mobile pluriprofessionnelle, pratiquant l'aller-vers au travers de Visites A Domicile (**VAD**).

Il peut s'agir d'un opérateur dédié qui bénéficie pour cela d'une convention de partenariat avec l'ARS ou le CD (ALPIL/Rhône, La Sasson/Savoie, YPSYDOM/Charente-Maritime, ADGESTI/Sarthe, GIP Gers Solidarité/Gers...). Le bilan des actions des équipes dédiées n'est pas toujours disponible, mais semble intéressant. En revanche, la pérennité de ces dispositifs d'aller-vers est régulièrement questionnée, ainsi que leur zone d'action.

Il peut également s'agir d'une équipe mixte, non dédiée (par exemple un binôme SCHS/CH), pratiquant aussi la VAD. L'action peut naître au sein d'un Conseil Local en Santé Mentale (**CLSM**) (Nantes^{44,45}, Nîmes⁴⁶, Limoges⁴⁷), ou directement dans les pratiques communales, en interservices communaux (à Angers, Niort, Toulouse⁴⁸...). Ces dispositifs bénéficient parfois d'un appui de l'ARS. A Paris, le Service technique de l'Habitat a directement recruté

⁴⁴ Ville de Nantes, « L'incurie dans le logement : Retour d'expérience de la ville de Nantes » (Ateliers DIHAL, 2014).

⁴⁵ Ville de Nantes, « Santé mentale et logement » (2017).

⁴⁶ DDTM30, CD30, et ARS30, « Le traitement des situations d'incurie du Gard ».

⁴⁷ MARTY, « Amélioration de la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : Etat des lieux et recommandations en Nouvelle Aquitaine ».

⁴⁸ Ville de Toulouse, CD31, et CH Gérard MARCHANT, « Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène », 2012, <https://www.toulouse.fr/documents/106863/183824/protocolediogene/e8c54aec-d394-4db1-bdea-45205a703eb5>.

un infirmier en psychiatrie en 2019 : le nombre d'arrêtés d'urgence pris depuis aurait été réduit de moitié.

4.4.2 La coordination partenariale

La seconde stratégie consiste à mettre en œuvre les recommandations du guide de la DIHAL⁴⁹, soit une coordination partenariale des situations, à l'échelle départementale (Pôle Orne de LHI⁵⁰, groupe projet incurie au niveau départemental et groupes de travail territoriaux dans le Gard⁵¹...).

Cette stratégie nécessite un plus grand travail d'interconnaissance, et un investissement fort des partenaires. Cette organisation partenariale peut être facilitée par des outils locaux, comme des guides, qui replacent le Maire en situation de coordonnateur local (Normandie⁵², Vendée⁵³ ou Maine-et-Loire⁵⁴, par exemple), et facilitent l'identification des partenaires.

En Maine-et-Loire, les acteurs de la santé mentale et du logement ont même signé en 2016 une convention de coopération et de partenariat⁵⁵, qui précise l'organisation des relations entre partenaires.

4.5 Proposition d'une procédure de gestion des situations d'incurie par le PDLHI du Morbihan

4.5.1 Le choix d'une gestion partenariale

Pour ce qui est de la situation du Morbihan, le diagnostic établi a souligné la volonté des acteurs de se mobiliser sur le sujet. La mise en œuvre d'une gestion partenariale a ainsi semblé la plus pertinente. Un logigramme décisionnel (figure 3) a été construit afin de fixer un cadre de gestion pour les PSI signalées au PDLHI.

Il est décomposé en trois phases : le signalement, le traitement et l'accompagnement pour « Sortir de l'incurie », et nécessite notamment, à la suite d'une évaluation initiale, de qualifier l'urgence de la situation à être traitée. Cette procédure a fait l'objet d'un retour positif lors de sa présentation auprès des membres du Comité restreint du PDLHI (CAF, CD, DDTM).

⁴⁹ DIHAL, « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013.

⁵⁰ Marie-Caroline MALEWICZ, « La démarche du pôle de l'Orne ».

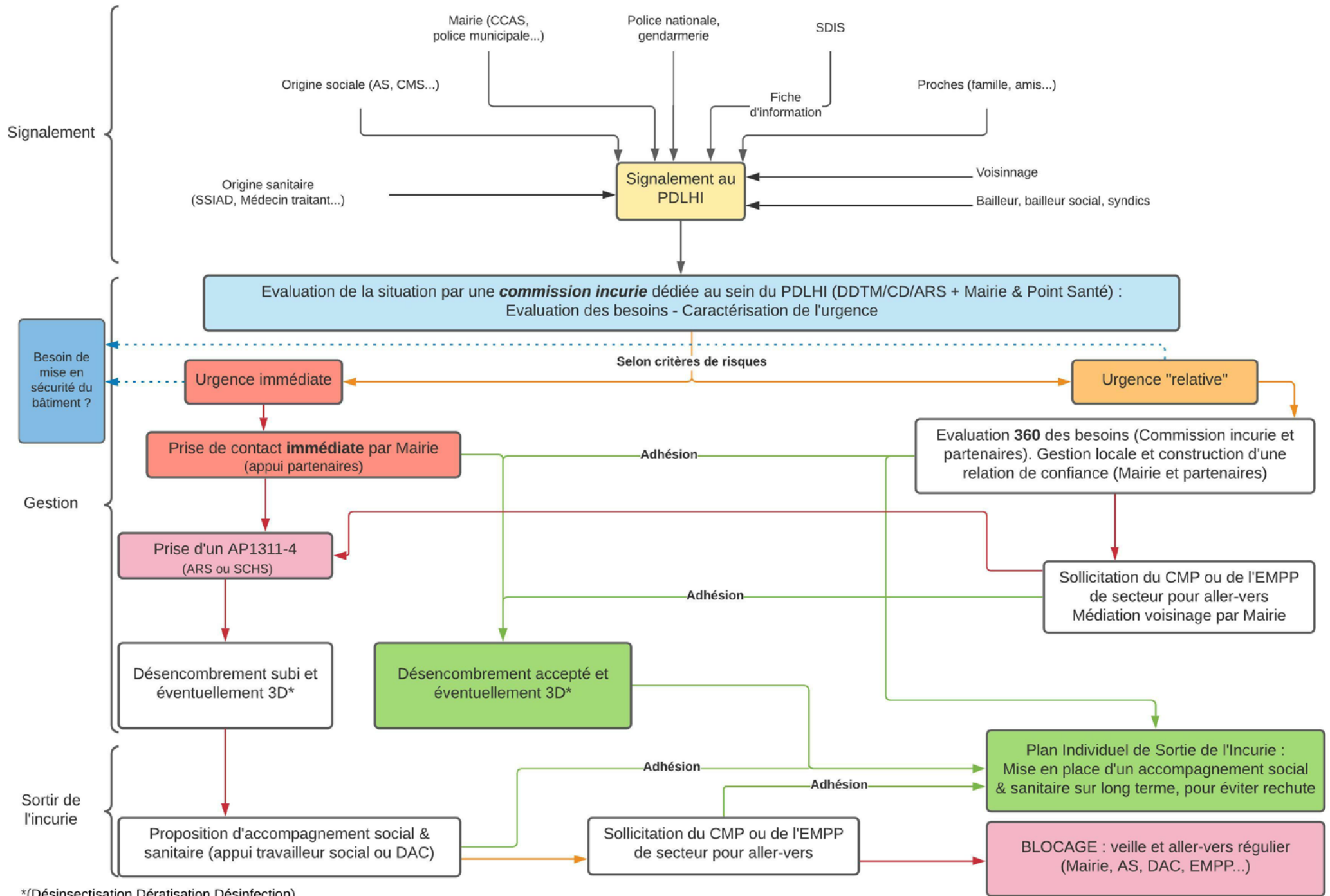
⁵¹ Hélène JACQUET-FONTAINE, Mireille MARTIN-ESPOSITO, et Evelyne DUSSERE-BERARD, « Le traitement des situations d'incurie dans le département du GARD » (Ateliers DIHAL, 2014).

⁵² Préfecture de Normandie et ARS Normandie, « Guide de repérage et du signalement des situations d'habitat dégradé », 2017, http://www.normandie.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_habitat_degrade_normandie_2017_0.pdf.

⁵³ Préfecture de Vendée, ARS Pays de la Loire, et CD85, « Le guide de l'incurie en Vendée », 2020, http://www.vendee.gouv.fr/IMG/pdf/guide_incurie_maj28012020.pdf.

⁵⁴ ARS Pays de la Loire, Préfecture du Maine-et-Loire, et CD49, « Agir pour améliorer l'habitat - Guide départemental à destination des élus », 2015, http://www.maine-et-loire.gouv.fr/IMG/pdf/Guide49_habitat_indigne_elus.pdf.

⁵⁵ DDCS49, CD49, et ARS49, « Convention de coopération et de partenariat Logement - Hébergement - Santé mentale », 2016.



* (Désinsectisation Dératisation Désinfection)

Figure 3 : Logigramme de prise en charge des situations d'incurie dans le Morbihan

Ce logigramme servira donc de base à une pièce écrite, qui constituera un avenant à la convention de partenariat signée en 2020, et qui sera validée par le comité élargi du PDLHI en 2022. Néanmoins, l'adoption de cette procédure nécessite un prérequis : renforcer la légitimité du PDLHI dans sa mission de gestion des situations d'incurie, avec un portage hiérarchique et politique, seul à même de garantir un engagement fort des partenaires.

Il faut également conventionner avec les Points Santé, DAC et EMPP (partenariats, dialogues de gestion, CPOM), en coordination avec le département Animation Territoriale de la DD56. C'est l'un des enjeux de cette procédure : ce travail devrait permettre une plus grande coopération entre les départements Santé Environnement et Animation Territoriale.

4.5.2 La création d'une commission incurie et les besoins afférents

La procédure proposée est basée sur la création d'une « commission incurie », nouvelle instance du PDLHI, qui se réunira en dehors du comité technique mensuel. Elle sera constituée du DDTM, de l'ARS et du CD, ainsi que de la Mairie et, au besoin, du Point Santé. Elle sera réunie au besoin, en cas de signalement, et aura pour objectif, pour chaque PSI remontée, d'évaluer les besoins des personnes dans les trois champs (social/santé/logement) et de proposer d'y répondre.

En sus, la mise en place de ce dispositif devra s'accompagner d'un outil pour évaluer le logement et le risque associé à la situation, pour caractériser l'urgence de l'action (situation des personnes, maison individuelle ou logement collectif, affaissement des planchers, risque de départ de feu, présence de nuisibles...). Des outils comme la grille de MONTFORT⁵⁶ ou la grille de l'ARS Hauts-De-France⁵⁷, pourront être utilisés. Une grille de diagnostic partagé, comme celle présente au sein du Guide Incurie de la Vendée⁵⁸, pourra être utile à l'évaluation globale des besoins.

La mise en œuvre de ce nouveau dispositif pourra être expérimentée, dans un premier temps, à l'échelle du Pays de Ploërmel, pour évaluation et déploiement départemental. Il s'agit en effet d'un territoire identifié comme état favorable à un test du dispositif :

- En novembre 2021, EAS EM (le DAC de secteur) y organise une journée sur la LHI, qui inclura le sujet de l'incurie, à la demande des élus du territoire ;
- Le territoire est très concerné par le sujet de l'incurie selon notre bilan 2011-2021 (3ème territoire en ratio du nombre d'incuries ramené à la population, voir [annexe 8](#)) ;
- Un projet de CLSM est en train d'émerger : l'un des axes de travail devrait être l'incurie.

⁵⁶ Jean-Claude MONTFORT et al., « Grille Evaluation des risques et des nuisances des situations de type Diogène© », 2012.

⁵⁷ ARS Hauts de France, « Grille d'évaluation du logement », Inconnue.

⁵⁸ Préfecture de Vendée, ARS Pays de la Loire, et CD85, « Le guide de l'incurie en Vendée ».

5 Proposition d'un plan d'action « incurie » pour prévenir et repérer les situations

Au-delà du prérequis et du conventionnement incontournables précédemment discutés, la mise en œuvre de cette nouvelle procédure doit s'accompagner d'un plan d'actions à engager par le PDLHI selon deux axes : favoriser la coordination partenariale et améliorer le dispositif de repérage.

Certaines des actions suivantes ont été partiellement présentées aux membres du Comité restreint du PDLHI (CAF, CD, DDTM). Elles constituent, à ce stade, des propositions, qui devront être discutées.

5.1 Des actions pour favoriser la coordination partenariale

La coordination partenariale visée nécessite une interconnaissance et une organisation élargie. Il est primordial de développer un partenariat avec les acteurs de la santé mentale (EPSM, CMP), pour pouvoir se mobiliser autour d'une PSI. La convention de partenariat entre acteurs de la santé mentale et du logement du Maine-et-Loire semble, à ce titre, particulièrement intéressante.

Pour les besoins d'hébergement ou de relogement, la commission incurie se doit de remobiliser la DDETS et de rencontrer les EPSM qui disposent de logements transitionnels. L'idéal serait de disposer d'un « contingent incurie », afin d'héberger au besoin les PSI le temps du désencombrement et du nettoyage.

Pour situations de Noé, la commission incurie doit entrer en contact avec de nouveaux partenaires (DDPP, Société Protectrice des Animaux (**SPA**), Urgence Maltraitance Animale, Fondation Brigitte Bardot...) afin de mettre en place des solutions rapides pour évaluer l'état de santé des animaux, puis les évacuer vers un refuge ou les euthanasier au besoin.

5.2 Des actions pour améliorer le repérage

Afin d'améliorer le repérage, plusieurs actions doivent être entreprises.

5.2.1 Des actions internes au pôle, pour faciliter les remontées

En cas de découverte d'une situation d'incurie, le lien n'est pas fait avec le pôle ; la fiche de repérage (avec son encart incurie) n'est pas ciblée comme l'outil de signalement. Le PDLHI n'est pas identifié comme étant l'instance d'aide à la gestion des situations d'incurie. Il serait possible de créer une entrée unique, par exemple [*incurie@morbihan.fr*](mailto:incurie@morbihan.fr), qui faciliterait les signalements et renverrait vers le PDLHI. Pour autant, cette entrée unique ne permettrait pas de repositionner le PDLHI comme une instance d'aide à la gestion des situations.

La question de la fiche de repérage se pose aussi : il peut être judicieux de créer une fiche spécifique de signalement, mais multiplier les fiches de déclaration peut apporter de la confusion.

5.2.2 Des actions à destination des tiers

Dans l'objectif de repositionner le PDLHI comme une instance d'aide à la gestion des situations, il semble également nécessaire de mener des actions (comme organiser des journées thématiques, de sensibilisation ou de formation) à destination des signaleurs potentiels (maires et élus, propriétaires des bâtiments, syndics, travailleurs sociaux, soignants à domicile, établissements de santé, porteurs de repas, tutelles, associations...). Il s'agit surtout de lutter contre l'idée que signaler c'est trahir, mais qu'au contraire, c'est aider. De telles actions permettraient de faciliter les signalements.

A plus long terme, il serait pertinent de monter des journées d'échange et de capitalisation. Pour cela, il est possible s'appuyer sur les Forums Santé Précarité, dont l'un pourrait voir le jour à Ploërmel en lien avec le CLSM.

5.3 Anticiper les limites de l'action

Prévenir la récurrence semble être le plus simple, car les PSI sont identifiées. Mais l'accompagnement sanitaire et social se doit d'être étayé et durable (Plan Individuel de Sortie de l'Incurie, dans figure 3), car la rechute n'est pas immédiate. Sur ce point particulier, une réflexion se doit d'être menée. Les appartements inclusifs des EPSM sont intéressants à cet égard, mais ne peuvent y être accueillies que les PSI ayant des besoins en santé mentale.

Enfin, le repérage ne peut se faire qu'avec la VAD : l'amplification du repérage, notamment précoce (premiers signes, odeurs...), passe par la multiplication des visites au domicile par des travailleurs sociaux, tutelles ou équipes mobiles, ou autres acteurs.

Ces projets d'action seront rediscutés avec le PDLHI à la suite de ma prise de poste, dès février 2022. Il conviendra notamment de travailler à la bonne compatibilité de ce travail et des différentes actions qui en découleront, avec d'autres schémas ou plans : le PDLAHPD en première instance, mais aussi le Plan Territorial en Santé Mentale⁵⁹ (PTSM) du Morbihan (dont l'action 12 porte sur le thème de l'aller-vers), et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins breton (**PRAPS** 2019-22, qui n'évoque pas l'incurie).

⁵⁹ Délégation départementale du Morbihan ARS BRETAGNE, « Plan territorial en santé mentale du Morbihan », 2022.

6 Conclusion

Au niveau du PDLHI du Morbihan, 67 cas d'incurie ont été recensés sur 9 années. Mais les entretiens avec des acteurs de terrain ont montré l'existence d'autres situations : la connaissance de l'incurie à l'échelle du département est donc très partielle.

Afin de résorber ces situations, les outils législatifs disponibles sont peu adaptés, occasionnant un risque de rechute. Notre enquête en ligne a montré que les ARS ou SCHS ne disposent généralement pas de procédure spécifique de traitement. Néanmoins deux axes de gestion ressortent du benchmark réalisé : le recours à des équipes mobiles d'aller-vers ou la coordination partenariale. Ce deuxième choix semble le plus adapté à la situation morbihannaise. Un logigramme de gestion, incluant la création d'une commission incurie et associant de nouveaux acteurs, a été construit et présenté au Comité restreint du PDLHI. Il pourra être testé à travers le CLSM de Ploërmel.

Ce travail pose ainsi les bases d'un avenant à la convention de partenariat du PDLHI du Morbihan, qui légitimera une prise en charge coopérative des personnes en situation d'incurie. Des actions, visant à favoriser l'organisation interprofessionnelle et à améliorer le repérage, feront l'objet d'un arbitrage dans les mois qui viennent au sein du pôle.

Cette étude et ses suites se situent au croisement de l'animation territoriale (qui porte le sujet santé et précarité) d'une part, et de la protection des populations contre les risques liés aux milieux et modes de vie d'autre part. Ces futures missions nécessiteront un positionnement décloisonné et transversal de l'ingénieur d'études sanitaires au sein de l'ARS du Morbihan, en contact direct avec les acteurs de terrain, et augurent d'un exercice professionnel particulièrement stimulant.

Pour finir, la Cour des Comptes a pointé, dans un avis sur la LHI publié le 9 juin 2021⁶⁰, le besoin d'une meilleure coordination entre l'Etat et les collectivités territoriales sur cette compétence partagée. Sur le point particulier de l'incurie, l'articulation entre collectivités territoriales et Préfet est à améliorer : les situations d'incurie sont souvent connues localement. Il serait possible d'agir plus tôt, avant la mise en danger des personnes ou du voisinage. Cette question de la prévention était d'ailleurs au cœur des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021⁶¹ : « *Agir en amont, mieux prévenir et mieux repérer : l'affaire de tous* ». Elle semble être la piste à privilégier, sous réserve de disposer des moyens dédiés.

⁶⁰ Delphine GERBEAU, « Lutte contre l'habitat indigne : une politique à parfaire selon la Cour des comptes », *La Gazette des Communes*, 2021, <https://www.lagazettedescommunes.com/761915/lutte-contre-lhabitat-indigne-une-politique-a-parfaire-selon-la-cour-des-comptes/>.

⁶¹ Santé Publique France, « Santé mentale et COVID-19 », 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>.

Bibliographie

- ADIL, ARS33, PTA de la Gironde, ATINA, Bordeaux Métropole, EMPP du CH Cadillac, EMOG du CH Bordeaux, et al. « Accompagner une personne atteinte du syndrome de Diogène - Un guide pour agir ensemble en Gironde à destination des professionnels », 2019. <http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/wp-content/uploads/2020/02/Guide-Syndrome-de-Diog%C3%A8ne-PTA33.pdf>.
- Agence Immobilière BENEAT CHAUVEL. « Les prix de l'immobilier continuent de flamber dans le Morbihan ! », 2021. <https://www.beneat-chauvel.com/actualites/les-prix-de-limmobilier-continuent-de-flamber-dans-le-morbihan>.
- ALPIL. « Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat - Dispositif Métropole de Lyon ». Présenté à Ateliers DIHAL Traiter l'incurie en habitat indigne, 2017.
- ARS Bretagne. « Plan régional de santé 2018-2022 », 2018. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-prs-2-2018-2022>.
- ARS Bretagne, Délégation départementale du Morbihan. « Plan territorial en santé mentale du Morbihan », 2022.
- ARS Hauts de France. « Grille d'évaluation du logement », Inconnue.
- ARS Pays de la Loire, Préfecture du Maine-et-Loire, et CD49. « Agir pour améliorer l'habitat - Guide départemental à destination des élus », 2015. http://www.maine-et-loire.gouv.fr/IMG/pdf/Guide49_habitat_indigne_elus.pdf.
- ASEA43, ARS Auvergne Rhône Alpes, et CH Saint Marie. « L'EPIH, Equipe Pluridisciplinaire d'Intervention dans l'Habitat ». 2020. <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/habitat/exp/dd43/diap0921.pdf>.
- Association Audoise Sociale et Médicale. « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021. <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69179>.
- Association Aurore. « L'accompagnement dans le logement des personnes en souffrance psychique ». 2014.
- Association GIP Gers Solidaire. « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021. <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69060>.
- Association l'Amandier. « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021. <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69111>.
- Association pour le Logement dans le Gard. « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021. <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69074>.
- BARTON, Hugues, et Catherine TSOUROU. « Urbanisme et santé », 2004. <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/healthy-urban-planning>.
- BOULESTEIX, Marion. « Syndrome de Diogène et autres situations d'incurie du logement : validation d'un score d'aide décisionnelle d'hospitalisation lors des évaluations à domicile. » Université de LIMOGES, 2018.
- BOUTON, Yves, et Jean-Luc DECROCK. « Le Syndrome de Diogène », 2013. <http://clcdouais.fr/wp-content/uploads/2017/02/syndrome-de-diogne-dr-bouton-et-decrock-10avril2013.pdf>.
- BRETON, Éric. « Prévention et promotion de la santé », 2021.
- BRUNET DE LA CHARIE, Gabrielle. « Les situations d'incurie dans l'habitat : des contextes différents et des procédures à adapter », 2017. <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/ies/Gabrielle%20BRUNET%20DE%20LA.pdf>.
- BUTTARD, Christine, et Florence CULOMA. « Une approche psychosociale des personnes et le traitement de l'incurie dans leur logement ». Ateliers DIHAL Traiter l'incurie en habitat indigne, 2017.

- CAZENAVE, Muriel. « Morbihan : une forte attractivité résidentielle et des activités présentielle en plein essor ». INSEE, 2016. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2527284>.
- CRES PACA. « L'équipe Diogène Incurie (EDI - CMSMH) : accompagner les personnes en difficulté face aux situations d'incurie sévère dans le logement ou présentant des syndromes de Diogène », 2020. http://www.cres-paca.org/arkotheque/client/crespaca/thematiques/detail_document.php?ref=37682&titre=l-equipe-diogene-incurie-edi-cmsmh-accompagner-les-personnes-en-difficulte-face-aux-situations-d-incurie-severe-dans-le-logement-ou-presentant-des-syndromes-de-diogene-.
- DDCS49, CD49, et ARS49. « Convention de coopération et de partenariat Logement - Hébergement - Santé mentale », 2016.
- DDTM30, CD30, et ARS30. « Le traitement des situations d'incurie du Gard ». Présenté à Ateliers DIHAL, 2014.
- DERVINOS-HOBBERT, S., A. BARBE-HAIRY, V. LABLEIGNE, D. LEGUAY, B. LIEVRE, Cesame Les Ponts de Cé FRA, et Secteur Iv de psychiatrie générale Cesame FRA. « Syllogomanie ou syndrome de Diogène, revus à travers histoire, littérature et clinique : Clinique des psychoses. » *Information psychiatrique (L')*, n° vol. 77, n° 9 (2001) : 909-15.
- DIHAL. « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf.
- . « Agir face aux situations d'incurie dans le logement », 2013. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf.
- . « Traitement des situations d'incurie dans le logement ». Support de formation, Arras, 2019.
- DIHAL, PNLHI, DHUP, et DGS. « Foire aux questions relative à l'ordonnance LHI, version 2 », 16 février 2021.
- DREAL BRETAGNE. « Pré-repérage des situations de parc potentiellement indigne en Bretagne », 2013. http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2016_document_grand_public_v2.pdf.
- DU GUERNY, Stanis. « Morbihan : le marché immobilier continue de grimper », 2021. <https://www.lesechos.fr/pme-regions/bretagne/morbihan-le-marche-immobilier-continue-de-grimper-1348322>.
- Fondation Abbé Pierre. « Lutter contre l'habitat indigne », 2021. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-actions/lutter-contre-lhabitat-indigne>.
- GERBEAU, Delphine. « Lutte contre l'habitat indigne : une politique à parfaire selon la Cour des comptes ». *La Gazette des Communes*, 2021. <https://www.lagazettedescommunes.com/761915/lutte-contre-lhabitat-indigne-une-politique-a-parfaire-selon-la-cour-des-comptes/>.
- JACQUET-FONTAINE, Hélène, Mireille MARTIN-ESPOSITO, et Evelyne DUSSEREBERARD. « Le traitement des situations d'incurie dans le département du GARD ». Ateliers DIHAL, 2014.
- LENESLEY, Pauline, et Séverine TERROM. « Pilotage territorial : A propos de l'accompagnement d'une personne affectée par un syndrome de Diogène - Normandie Université », 2020. <https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/hal-02929563>.
- LEROY, Alexandre. « Le syndrome de Diogène en 2017 : où en sommes-nous ? À partir d'une revue de la littérature et d'une étude de cas », 2017. <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-BORDEAUX/dumas-01627045>.
- MALEWICZ, Marie-Caroline. « La démarche du pôle de l'Orne ». Présenté à Ateliers DIHAL Traiter l'incurie en habitat indigne, 2017.
- MARTY, Florence. « Amélioration de la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : Éléments de réflexion et recommandations en Nouvelle Aquitaine », 2018. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/imrset/Florence%20Marty.pdf>.

- . « Amélioration de la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : Etat des lieux et recommandations en Nouvelle Aquitaine », 2019.
- MERYGLOD, Nicolas. « L'incurie dans l'habitat », 2007. https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/L_incurie_dans_l_habitat-N_Meryglod_2007.pdf.
- Ministère de la Cohésion des territoires. « Dossier de presse : La lutte contre l'habitat indigne, une priorité du Gouvernement », 2019. https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-06/2019.01.01_dp_habitat_indigne.pdf.
- MONTFORT, Jean-Claude, et Isabelle PEAN. « Syndrome de Diogène : arrivée aux urgences », 2013. https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/099_Monfort.pdf.
- MONTFORT, Jean-Claude, Isabelle PEAN, Laurence HUGONOT-DIENER, Catherine WONG, et Emmanuel DEVOUCHE. « Grille Evaluation des risques et des nuisances des situations de type Diogène© », 2012.
- MONTFORT, Jean-Claude, Catherine WONG, Isabelle PEAN, Laurence HUGONOT-DIENER, et Emmanuel DEVOUCHE. « Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive ». *PSYCHOLOGIE & NEUROPSYCHIATRIE DU VIEILLISSEMENT* 8, n° 2 (2010).
- Mutualité Française Midi-Pyrénées, ACSE, CA Grand Montauban, ARS Midi-Pyrénées, Centre Hospitalier de Montauban, et PARI. « Journée de sensibilisation pluridisciplinaire sur le syndrome de Diogène », 2012.
- NIVELET, René. « Dispositifs d'appui à la coordination & Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ». 2019. <https://www.omedibretagne.fr/wp-content/uploads/2020/05/NIVELET.pptx>.
- Organisation Mondiale de la Santé. « Constitution », 1946.
- . « Santé mentale : renforcer notre action », 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- ORSPERE-SAMDARRA. « Incurie dans l'habitat Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention », 2004. https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/Actes_JE_Incurie_Orspere-Samdarra.pdf.
- PATRONEK, Gary. « Hoarding of Animals: An Under-Recognized Public Health Problem in a Difficult-to-Study Population », 1999. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308348/pdf/pubhealthrep00029-0083.pdf>.
- PATRY, Claire, Sylvain CLOSIER, et Elise LAFON. « Accompagnement des personnes atteintes du syndrome de Diogène ». *Revue de l'infirmière*, n° 236 (2017) : 34-36.
- PDLHIS Nouvelle Aquitaine. « Lutter contre l'habitat indigne dans les territoires : jeux d'acteurs, jeu d'outils ». Présenté à Journée Régionale Des Pôles Départementaux De Lutte Contre L'habitat Indigne, 2019.
- Préfecture de Bretagne. « Les repères statistiques du logement », 2019. http://www.maj.dreal-bretagne.e2.rie.gouv.fr/IMG/pdf/20201118_reperes_statistiques_2019.pdf.
- Préfecture de Normandie, et ARS Normandie. « Guide de repérage et du signalement des situations d'habitat dégradé », 2017. http://www.normandie.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_habitat_degrade_normandie_2017_0.pdf.
- Préfecture de Vendée, ARS Pays de la Loire, et CD85. « Le guide de l'incurie en Vendée », 2020. http://www.vendee.gouv.fr/IMG/pdf/guide_incurie_maj28012020.pdf.
- Préfecture du Morbihan. « Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées 2017-2022 », 2017.
- Préfecture du Morbihan, et CD56. « Protocole partenarial de lutte contre l'habitat indigne dans le Morbihan », 2020.
- RAEBURN, T, C HUNGERFORD, P ESCOTT, et M CLEARY. « Supporting recovery from hoarding and squalor: insights from a community case study ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22 (2015).

- RIGAUD, Anne-Sophie, Laurence HUGONOT, Maribel PINO, Samuel BENVENISTE, Inge CANTEGREIL, et Maria-José URBIOLA. « Réalité virtuelle en gériatrie : l'exemple du Diogène ». 2020.
- ROY, Reine, et Pierre AUGER. « Insalubrité, syndrome de Diogène et santé publique », 2005. <https://www.inspq.qc.ca/es/node/1099>.
- SAINTOL, Nadine. « Santé mentale et habitat : adéquation entre l'offre de logement et la prise en charge de personnes en souffrance psychique dans le Loir et Cher », 2017. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/ies/Nadine%20SAINTOL.pdf>.
- Santé Publique France. « Santé mentale et COVID-19 », 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>.
- Ville de Nantes. « L'incurie dans le logement : Retour d'expérience de la ville de Nantes ». Ateliers DIHAL, 2014.
- . « Santé mentale et logement », 2017.
- . « Santé mentale et logement ». Présenté à Ateliers DIHAL Traiter l'incurie en habitat indigne, 2017.
- Ville de Saint-Etienne. « Guide Incurie dans le logement ». Consulté le 6 octobre 2021. <https://www.saint-etienne.fr/services-pratiques/sant%C3%A9environnement/guide-incurie-logement/guide-incurie-logement-%C3%A0-saint-%C3%A9tienne>.
- Ville de Toulouse, CD31, et CH Gérard MARCHANT. « Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène », 2012. <https://www.toulouse.fr/documents/106863/183824/protocolediogene/e8c54aec-d394-4db1-bdea-45205a703eb5>.

Liste des annexes



Liste des annexes	I
Annexe 1 : Point méthodologique avant la période de stage	II
Annexe 2 : Entretiens professionnels réalisés au cours du stage	V
Annexe 3 : Enquête en ligne « <i>La gestion des cas d'incurie dans votre structure</i> »	VII
Annexe 4 : Diagramme de GANTT final	XVI
Annexe 5 : Schéma descriptif des liens entre logement et santé	XVII
Annexe 6 : Carte bretonne du Parc Privé Potentiellement Indigne, 2015	XVIII
Annexe 7 : Fiche de repérage du Morbihan	XX
Annexe 8 : Analyse des situations d'incurie du PDLHI	XXII
Annexe 9 : Tableau comparatif des différentes polices préfectorales mobilisables en situation d'incurie	XXVI
Annexe 10 : Analyse des réponses à l'enquête en ligne « <i>La gestion des cas d'incurie dans votre structure</i> »	XXIX
Annexe 11 : Benchmark des actions mises en place sur l'incurie en France	XXXVI

Annexe 1 : Point méthodologique avant la période de stage



1. Carte mentale réalisée en anticipation de la période de stage

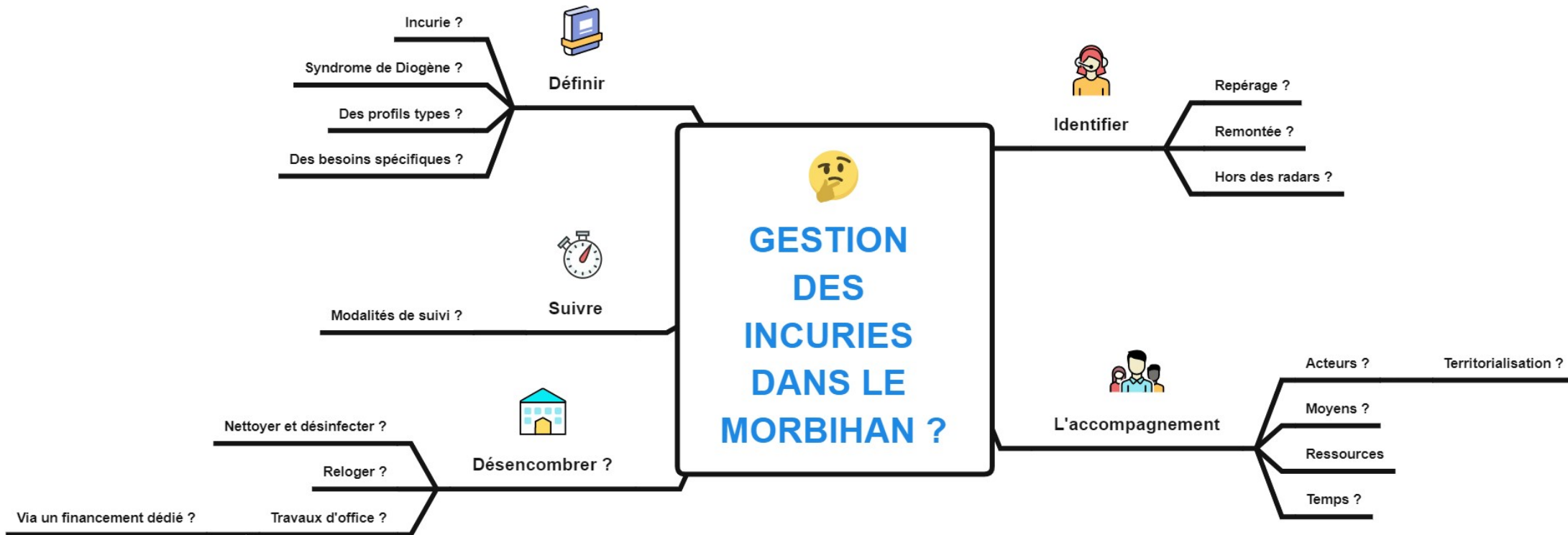


Figure 4 : Carte mentale « Gestion des situations d'incurie dans le Morbihan ? »

2. Grille d'analyse bibliographique de contenu

	Vos concepts	Synonymes, termes associés, spécifiques, génériques
Qui ? Qui est concerné ? Qui a le problème ? Qui est intéressé par le résultat ?	Personnes en situation d'incurie ou présentant des symptômes de Diogène Instances : ARS DD et siège (SE/AT), DDT, DDCCS, Procureur Collectivités : CD56, SCHS Professionnels de santé et du médicosocial (notamment plateformes d'accompagnement des parcours complexes en santé, réseau gérontologique...) Associations : ADIL A compléter selon les entretiens – voir carte mentale acteurs	Diogène, incurie, entassement, syllogomanie, apragmatisme ARS, DDASS, PDLHI
Quoi ? De quoi s'agit-il ? Quel est l'état de la situation ? Quelles sont les caractéristiques ?	Une situation d'insalubrité dans les logements des personnes avec symptômes de Diogène. Trouble éventuel du voisinage. Gestion du désencombrement du logement Accompagnement médico-psychologique de la personne	Lutte contre l'habitat indigne Lutte contre l'habitat insalubre, insalubrité Traitement des situations, accompagnement
Où ? Où cela se produit-il ? Où le problème apparaît-il ?	France métropolitaine Bretagne Morbihan	France
Quand ? Depuis quand ? Quelle fréquence ? A quel moment ?	Depuis 2008 (création du PDLHI du MORBIHAN)	
Comment ? De quelle manière se produit le problème ? Quelle méthode ? Quels moyens ?	Aborder le problème avec une vision élargie et humaine, mais sous l'angle des missions et possibilités de l'ARS	Prise en charge pluriprofessionnelle Accompagnement
Pourquoi ? Cette question doit être posée à chaque moment du QQQC	Pour faciliter la gestion des cas de Diogène Pour améliorer la détection des cas de Diogène	
Votre équation de recherche : (Diogène OU incurie*) ET (traitement* OU accompagnement*) ET France (Diogène OU incurie*) ET (traitement* OU accompagnement*) ET France ET ARS (Diogène OU incurie*) ET (traitement* OU accompagnement*) ET France ET DDASS (Diogène OU incurie*) ET (traitement* OU accompagnement*) ET France ET PDLHI		

Tableau 1 : Grille d'analyse bibliographique de contenu

3. Diagramme de GANTT

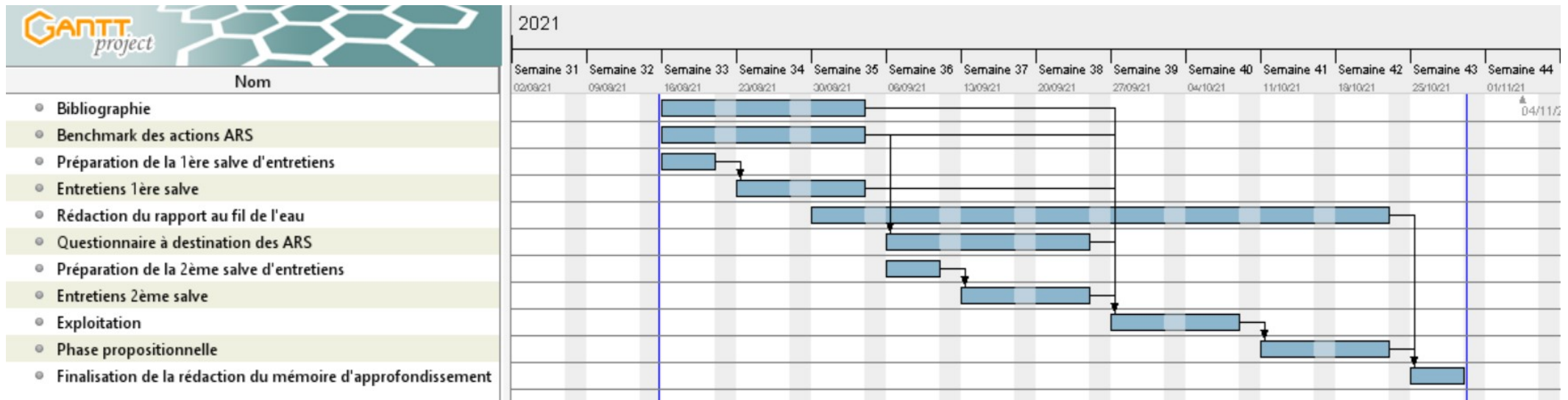


Figure 5 : Diagramme de GANTT prévisionnel

Annexe 2 : Entretiens professionnels réalisés au cours du stage



	Organisme	Fonction des professionnels rencontrés
Etat et établissements publics	ARS Bretagne, DD22	<ul style="list-style-type: none"> • Technicien Pôle Espace Clos
	ARS Bretagne, DD56	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable du pôle Offre médicosociale / Personnes Handicapées • Responsable du pôle Offre médicosociale / Personnes âgées et la chargée de mission • Technicienne Pôle Espace Clos • Chargé de mission Animation Territoriale • Gestionnaire dossiers santé / soins sans consentement • Responsable du Pôle Offre de soins hospitalière • Médecin, Direction adjointe Soins de proximité • Responsable du pôle Prévention et Promotion de la santé
	ARS Bretagne, DD35	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable du Pôle Espace Clos de la DD35
	CAF du Morbihan	<ul style="list-style-type: none"> • Chargé de développement Logement
	DDTM du Morbihan	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur et animateur du PDLHI56
	Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Chargée du dossier insalubrité de l'habitat, Bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie • Juriste chargé notamment des contentieux de l'insalubrité
	Ministère de la transition écologique et solidaire / DGALN	<ul style="list-style-type: none"> • Cheffe de projet gouvernance des acteurs de la construction et activités réglementées
Collectivités	Angers	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de santé publique, Direction de la santé publique
	Conseil Départemental du Morbihan	<ul style="list-style-type: none"> • Chargée de mission Logement et Accompagnement Social, Service Habitat Logement / Direction générale des interventions sanitaires et sociales • Cadre référente action sociale et insertion, CMS Vannes
	Lorient	<ul style="list-style-type: none"> • Service Communal d'Hygiène et de Santé
	Nantes Métropole	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecteur de salubrité
	Sarzeau	<ul style="list-style-type: none"> • Brigadier-chef de la police municipale
	Vannes	<ul style="list-style-type: none"> • Service Communal d'Hygiène et de Santé
	Paris	<ul style="list-style-type: none"> • Adjointe du Service Technique de l'Habitat • Adjointe au chef du BCLHI • Infirmier du Service Technique de l'Habitat

Santé	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité de Redon	<ul style="list-style-type: none"> • Assistante sociale • Infirmier
	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité de Saint-Avé	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier et infirmière • Psychologue • Cadre de santé
	Etablissement public de Santé mentale de Saint-Avé	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance sociale
Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)	Appui aux Parcours de Soin 56	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice, Présidente de l'Union des Réseaux et dispositifs de coordination en santé de Bretagne (URSB) et Vice-Présidente de la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé
	CAP Autonomie Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice • Coordinatrice de parcours
	Espace Autonomie Santé Centre Ouest Bretagne	<ul style="list-style-type: none"> • Directeurs, vice-président de l'URSB
Autres associations	ADIL56	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice • Coordinatrice Morbihan Solidarité Energie • Juriste de l'ADIL de Lorient
	ASCAP56	<ul style="list-style-type: none"> • Mandataire judiciaire à la protection des majeurs
	Sauvegarde 56	<ul style="list-style-type: none"> • Agent du Pôle Insertion adultes familles, SIAO

Tableau 2 : Entretiens professionnels réalisés au cours du stage

Annexe 3 : Enquête en ligne « *La gestion des cas d'incurie dans votre structure* »

⬅ Le déroulé de l'enquête est présenté ci-dessous.

Page 1 sur 10 : Page d'accueil, présentation de l'enquête

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

Vous travaillez dans le pôle espace clos d'un service Santé Environnement en ARS ou dans un Service Communal d'Hygiène et de Santé ?

Dans le cadre de ma formation statutaire d'ingénieur d'étude sanitaires, je réalise un travail de prospection sur la gestion des cas d'incurie.

Je vous remercie par avance de consacrer quelques minutes à cette enquête, qui sera disponible en ligne jusqu'au 1er octobre 2021.

Nota : Les réponses seront traitées de manière globale et les données recueillies ne servent qu'à alimenter mon mémoire pour l'EHESP, elles seront détruites ultérieurement.

Stéphane COLLE
stephane.colle@ars.sante.fr
Stagiaire IES
Pôle Espace Clos
Service SE
ARS DD56
02 97 62 77 59

[Connectez-vous à Google](#) pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

***Obligatoire**

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail _____

[Suivant](#) Page 1 sur 10 [Effacer le formulaire](#)

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

Connectez-vous à Google pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

*Obligatoire

En ce qui vous concerne

Ces questions ne sont pas obligatoires mais permettront une meilleure interprétation de l'enquête.

Vous êtes

- T3S
- IES
- IGS
- Inspecteur de la salubrité
- Autre : _____

Dans quelle commune, département ou région exercez-vous ? *

Votre réponse _____

Vous êtes en poste sur le sujet de la Lutte contre l'Habitat Indigne depuis

- Moins de 12 mois
- 12 mois à 3 ans
- Plus de 3 ans

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 2 sur 10

[Effacer le
formulaire](#)

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

Connectez-vous à [Google](#) pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

*Obligatoire

Les cas d'incurie

A quelle fréquence êtes-vous confronté (e) à des cas d'incurie ? *

- Moins de 1 cas par an
- 1 à 5 cas annuels
- 6 à 10 cas annuels
- 11 à 25 cas annuels
- Plus de 25 cas annuels

Selon vous, le nombre des cas d'incurie est

- Stable
- En augmentation
- En diminution
- Je ne sais pas

Qui est à l'origine du signalement d'incurie ?

- Bailleur social
- PDLHI
- Mairie
- CAF
- ARS
- Autre : _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 3 sur 10

[Effacer le
formulaire](#)

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

Connectez-vous à Google pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

*Obligatoire

La gestion des cas d'incurie

Qui sont vos partenaires dans la gestion des cas d'incurie ? *

- le PDLHI
- le Conseil départemental
- Les différents services de la mairie (CCAS...)
- Un dispositif de coordination des parcours (MAIA, CLIC, PTA, DAC...)
- Un ou des établissements de santé mentale
- Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)
- Autre : _____

La gestion des cas d'incurie dans votre territoire fait-elle l'objet d'une procédure formalisée et partagée ? *

- Oui
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Je ne sais pas

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 4 sur 10

[Effacer le
formulaire](#)

Page 5 sur 10 : uniquement en cas de réponse « *Oui* » à la question « *La gestion des cas d'incurie dans votre territoire fait-elle l'objet d'une procédure formalisée et partagée ?* »

The screenshot shows a survey page with the following elements:

- Title:** La gestion des cas d'incurie dans votre structure
- Text:** Connectez-vous à Google pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)
- Section Header:** La gestion des cas d'incurie
- Text:** Si cela est possible, merci de me transmettre cette procédure à l'adresse stephane.colle@ars.sante.fr
- Navigation:** Retour, Suivant, Page 5 sur 10, Effacer le formulaire

En cas de réponse « *Pas vraiment* », « *Pas du tout* », ou « *Je ne sais pas* » à la question « *La gestion des cas d'incurie dans votre territoire fait-elle l'objet d'une procédure formalisée et partagée ?* », passage à la page 6 sur 10.

Page 6 sur 10 : service d'appartenance du répondant

The screenshot shows a survey page with the following elements:

- Title:** La gestion des cas d'incurie dans votre structure
- Text:** Connectez-vous à Google pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)
- Section Header:** La gestion des cas d'incurie dans les services
- Text:** Vous travaillez en
- Radio Buttons:** ARS, SCHS
- Navigation:** Retour, Suivant, Page 6 sur 10, Effacer le formulaire

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

[Connectez-vous à Google](#) pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

***Obligatoire**

La gestion des cas d'incurie en ARS

La mission du service SE de l'ARS consiste à *

- Prendre immédiatement un arrêté 1311-4
- Prendre éventuellement un arrêté 1311-4
- Participer à la mise en place d'un accompagnement (social et/ou médical et/ou psychique) de la personne en situation d'incurie
- Autre : _____

Si vous le souhaitez, vous pouvez ici compléter votre réponse (intérêt ou non du 1311-4, etc.)

Votre réponse _____

Pouvez-vous évaluer le temps moyen consacré à la gestion d'1 cas d'incurie dans votre service ?

- Non
- Environ 1 journée consacrée à chaque cas d'incurie
- Environ 2 journées consacrées à chaque cas d'incurie
- Environ 3 journées consacrées à chaque cas d'incurie
- Plus de 3 journées consacrées à chaque cas d'incurie

Un autre service de l'ARS est-il impliqué dans la gestion de cas d'incurie ?

Votre réponse _____

Avez-vous des informations complémentaires à me transmettre (pratique de terrain, travaux en cours, dispositif innovant...)?

Votre réponse _____

[Retour](#) [Suivant](#) [Effacer le formulaire](#)

Page 7 sur 10

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

[Connectez-vous à Google](#) pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

***Obligatoire**

La gestion des cas d'incurie en SCHS

La mission du SCHS consiste à *

- Visiter le logement et rédiger un rapport de visite
- Prendre immédiatement un arrêté 1311-4
- Prendre éventuellement un arrêté 1311-4
- Participer à la mise en place d'un accompagnement (social et/ou médical et/ou psychique) de la personne en situation d'incurie
- Autre : _____

Si vous le souhaitez, vous pouvez ici compléter votre réponse.

Votre réponse

Pouvez-vous évaluer le temps moyen consacré à la gestion d'1 cas d'incurie dans votre service ?

- Non
- Environ 1 journée consacrée à chaque cas d'incurie
- Environ 2 journées consacrées à chaque cas d'incurie
- Environ 3 journées consacrées à chaque cas d'incurie
- Plus de 3 journées consacrées à chaque cas d'incurie

Un autre service de la collectivité est-il impliqué dans la gestion de cas d'incurie ?

Votre réponse

Avez-vous des informations complémentaires à me transmettre (pratique de terrain, travaux en cours, dispositif innovant...) ?

Votre réponse

[Retour](#) [Suivant](#) Page 8 sur 10 [Effacer le formulaire](#)

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

Connectez-vous à Google pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

*Obligatoire

Prévenir l'incurie ?

Quelles actions mener pour un meilleur signalement des cas d'incurie ?

Votre réponse

Pensez-vous qu'il soit possible de prévenir l'incurie ?

Votre réponse


Etes-vous d'accord pour que je vous recontacte par courriel, si besoin, dans le cadre de mon mémoire ? *

Oui

Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 9 sur 10

[Effacer le
formulaire](#)

La gestion des cas d'incurie dans votre structure

Connectez-vous à Google pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

Merci

Je vous remercie pour vos réponses.

M'envoyer une copie de mes réponses

[Retour](#)

[Envoyer](#)

Page 10 sur 10

[Effacer le
formulaire](#)

Annexe 4 : Diagramme de GANTT final

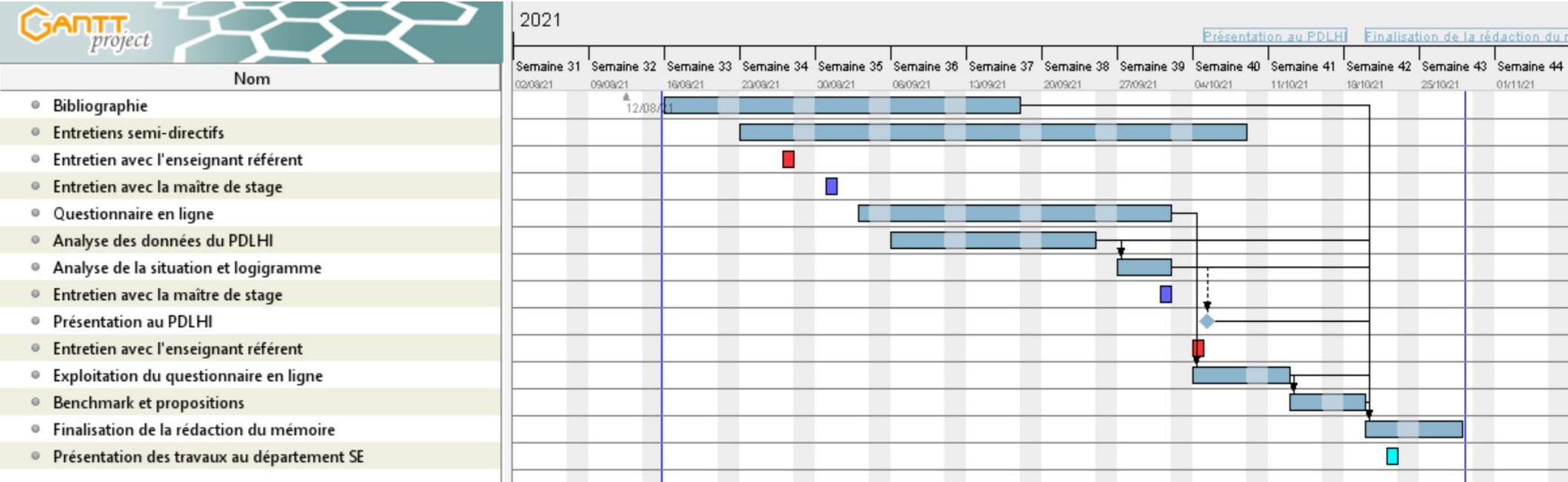


Figure 6 : Diagramme de GANTT final

Annexe 5 : Schéma descriptif des liens entre logement et santé

⬅ Le diagramme ci-dessous est extrait du cours Prévention et Promotion de la Santé d'Éric BRETON⁶².

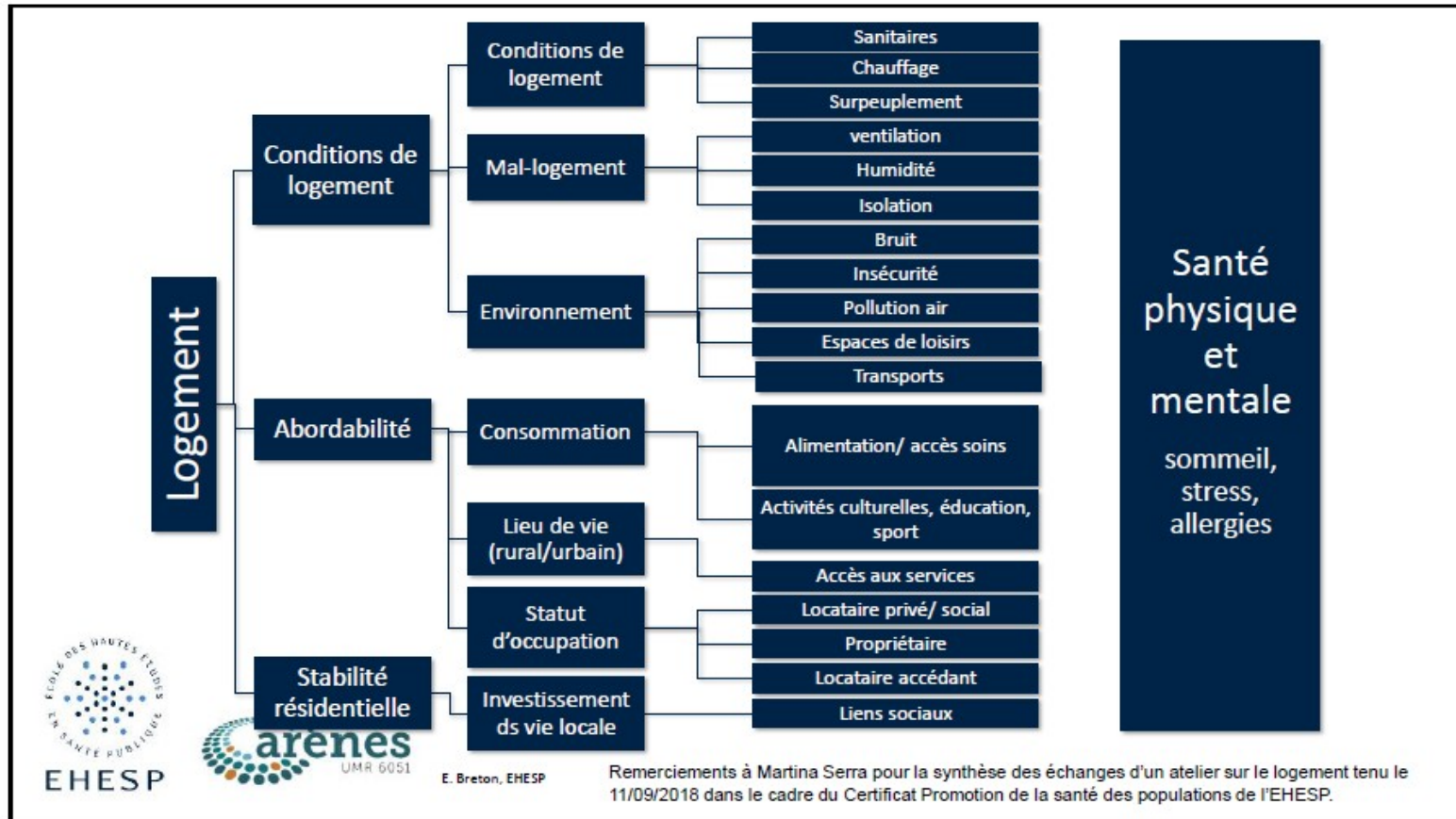


Figure 7 : Schéma descriptif des liens entre logement et santé

⁶² Éric BRETON, « Prévention et promotion de la santé » (2021).

Annexe 6 : Carte bretonne du Parc Privé Potentiellement Indigne, 2015

⌚ Le Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI)⁶³ est issu d'une méthode qui croise les données des logements potentiellement plus dégradés (classe cadastrale 6,7,8), occupés par des ménages à très faibles ressources (Revenu Fiscal de Référence en dessous de 70 à 150 % du seuil de la pauvreté), les indicateurs de fragilité sociale et urbaine. Le nombre de logements indiqués n'est donc pas le nombre de logements indignes, mais une évaluation de la dimension du parc de logements dans lequel la probabilité de trouver des logements indignes est forte. Les logements secondaires ou vacants ne sont pas pris en compte.

En Bretagne, 27 % du PPPI concerne des habitations construites avant 1949. Les maisons individuelles composent la majorité du parc (77 %) et les copropriétés en représentent 17 %. Les trois quarts du parc (74 %) sont habités par des propriétaires et 23 % par des locataires du secteur privé.

⁶³ DREAL BRETAGNE, « Pré-repérage des situations de parc potentiellement indigne en Bretagne ».

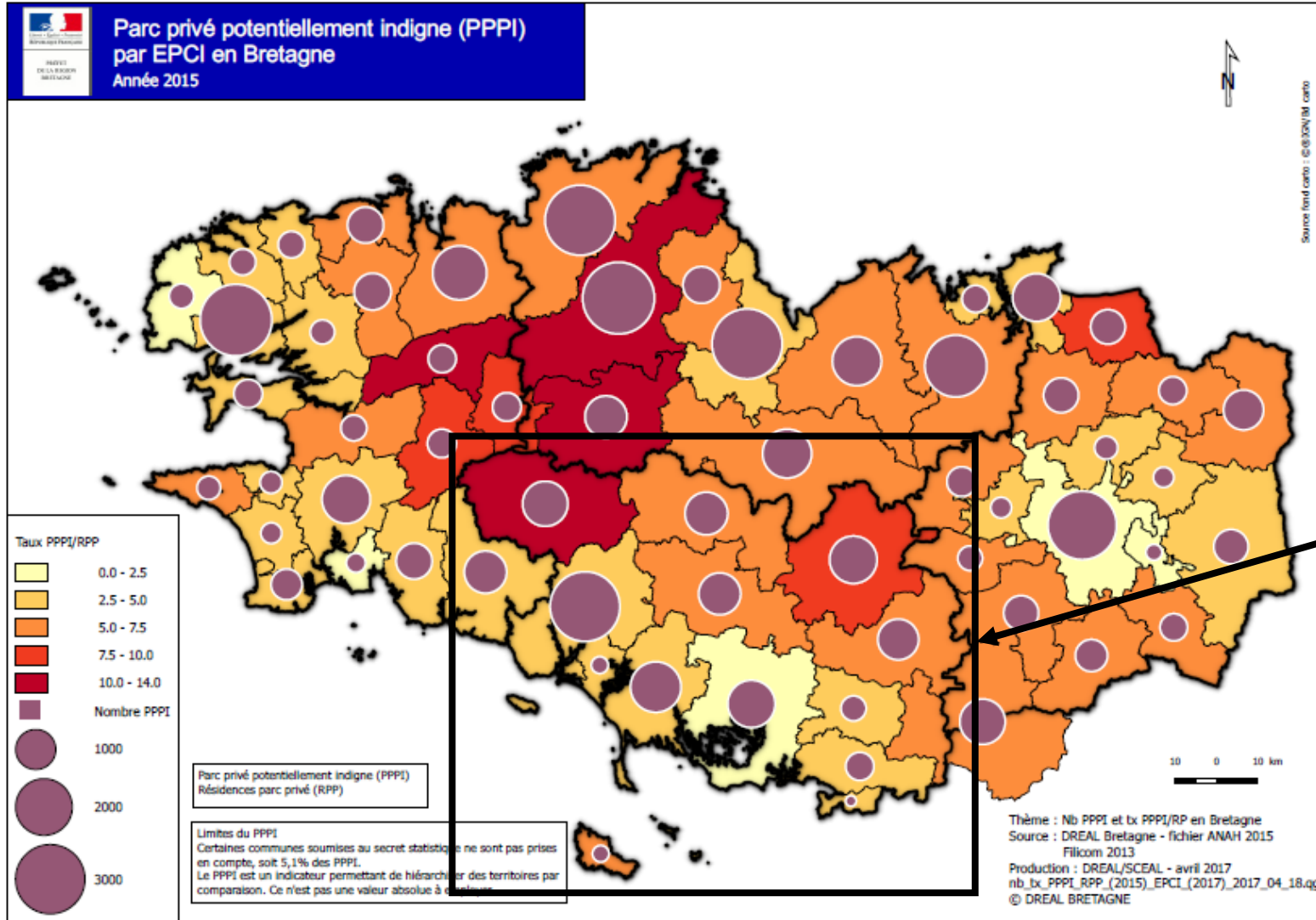


Figure 8 : Carte bretonne du Parc Privé Potentiellement Indigne, 2015

Annexe 7 : Fiche de repérage du Morbihan



FICHE DE REPÉRAGE



► TRONC COMMUN À COMPLÉTER POUR TOUTES LES SITUATIONS

Situation du ménage	
Nom / prénom :	Adresse du logement :
CP / Ville :	Bâtiment : Étage : Appartement :
Téléphone / portable :	Mail :
Nombre de personnes dans le logement :	Dont nombre d'enfants :
Age du demandeur :	Age des enfants :
Ressources mensuelles du foyer (hors allocation logement) :	<input type="checkbox"/> Moins de 500 € <input type="checkbox"/> Entre 500 € et 1 000 € <input type="checkbox"/> Entre 1 000 € et 1 500 € <input type="checkbox"/> Entre 1 500 € et 2 000 € <input type="checkbox"/> 2 000 € et plus
Aide au logement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA N° d'allocataire :
Logement	
<input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Logement collectif <input type="checkbox"/> Autre (garage, mobil home...) :	
Nombre de pièces (chambres et pièces de vie) :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 et plus
Statut d'occupation :	<input type="checkbox"/> Locataire du parc privé Nom du bailleur :
	<input type="checkbox"/> Locataire du parc public Coordonnées :
	<input type="checkbox"/> Propriétaire occupant Montant du loyer/ du prêt :
Date d'entrée dans le logement : / /	Observations :

► SITUATIONS DE PRÉCARITÉ ÉNERGÉTIQUE

Les informations recueillies sur ce formulaire sont destinées à la mise en œuvre du programme Morbihan solidarité énergie. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'ADIL.



Énergie et eau liées au logement	
Chauffage : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Fioul <input type="checkbox"/> Bois
Chauffage d'appoint : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre
Montant de la facture d'énergie par mois :	<input type="checkbox"/> Moins de 60 € <input type="checkbox"/> De 60 à 100 € <input type="checkbox"/> De 100 à 200 € <input type="checkbox"/> 200 € et plus
Montant de la facture d'eau par mois :	<input type="checkbox"/> Moins de 20 € <input type="checkbox"/> De 20 à 40 € <input type="checkbox"/> De 40 à 60 € <input type="checkbox"/> 60 € et plus
Nombre de demandes du Fonds solidarité logement (FSL) au titre des impayés d'énergie :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 et plus
Motifs du signalement	
Énergie - eau	<input type="checkbox"/> Impayés, montant : <input type="checkbox"/> Difficulté à payer les factures (sans impayé)
	<input type="checkbox"/> Surconsommation <input type="checkbox"/> Restriction de chauffage
Il fait froid, logement énergivore	<input type="checkbox"/> Absence ou mauvaise isolation <input type="checkbox"/> Logement ancien (construit avant 1975) <input type="checkbox"/> T°C :
	<input type="checkbox"/> Absence ou mauvaise ventilation <input type="checkbox"/> Les appareils de chauffage fonctionnent mal ou vous ne pouvez pas les régler
Inconfort	<input type="checkbox"/> Humidité, moisissures, condensation <input type="checkbox"/> Fenêtres et portes qui laissent passer l'air, le froid
Santé liée au logement	<input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires (asthme bronchite) <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autre

L'occupant souhaite une intervention neutre et gratuite d'un professionnel à son domicile : Oui Non

Observations complémentaires :

.....

.....

.....



Fiche complétée par :

Nom-prénom :

Organisme :

Mail/ tél :

Le : / /



A retourner à l'Adil :

14 rue Ella Maillart, 56 000 Vannes Cedex

bqarcon.adil56@gmail.com / Tél : 02 97 47 94 40



Factures d'eau ou d'énergie jointes (oui, non)



► SITUATIONS D'HABITAT INDIGNE ET INDÉCENT



Structure du bâti :

- mauvais état des planchers, murs, plafonds, charpentes ou couvertures
- risques d'effondrement, de fissurations et de chutes de matériaux
- fenêtres ou porte en mauvais état rambardes de fenêtres ou d'escaliers absentes et/ou instables
- infiltration d'eau par l'extérieur infiltrations d'eau entre appartements
- présence d'insectes et/ou de rongeurs

Année de construction : logement datant d'avant 1949 (information nécessaire pour la présomption de présence de peinture au plomb) peintures écaillées présomption d'amiante

Configuration du logement :

- pièce sans ouverture parmi les pièces principales (sauf pour WC et salle d'eau)
- nécessité d'allumer la lumière pendant la journée (sauf pour WC et salle d'eau)
- pièce principale < 9m² pièce secondaire < 7m²
- hauteur sous-plafond < 2m20 Surface du logement : m²

Chauffage et ventilation :

- Type de chauffage : fuel électricité gaz cheminée poêle à pétrole autre:.....
- absence de chauffage ou insuffisance de chauffage Chauffage d'appoint
 - humidité, moisissures, condensations absence de ventilation ventilation bouchée
 - problème de sécurité de l'installation de chauffage

Installation électrique :

- installation électrique vétuste Fils dénudés prises ou interrupteurs détériorés
- nombreux branchements sur une même prise

Assainissement-eau potable :

- absence de raccordement au réseau public d'eau potable absence d'eau chaude
- absence d'évacuation des eaux usées ou difficulté d'évacuation des eaux usées

Sanitaires :

- absence de WC absence d'évier absence de salle d'eau mauvais état des installations sanitaires

Suspicion d'incurie :

- oui non Niveau d'encombrement : faible moyen élevé
- Problème d'hygiène oui non Risque de danger Immédiat A moyen terme
- Nature du risque : Santé Sécurité

Pour les situations d'incurie

Divers :

Travailleur social connu : oui non

Nom et coordonnées du travailleur social :

Compléments d'informations :

.....

.....

OBSERVATIONS

Tous justificatifs sont souhaités (photos, état des lieux,...)

Visite au domicile : oui non

Fiche complétée par :

Organisme :

Tél :

Mail :

Fait à :, le :/..../..

Signature du « signalant » :

FICHE A RETOURNER A

Direction Départementale des Territoires et de la Mer (DDTM)
Service Urbanisme et Habitat – Politiques de l'habitat (SUH/PH)

Pôle Départemental LHI (PDLHI)

1 Allée du Général Le Troadec

BP 520 – 56019 VANNES

ddtm-habitatindigne@morbihan.gouv.fr

Tel : 02.56.63.73.52

Annexe 8 : Analyse des situations d'incurie du PDLHI



1. L'échantillon

67 situations ont pu être recensées, sur 9 années : 2011, puis 2014 à 2021. Ces 67 situations correspondent à des entassements (SD ou assimilés) ou à situations d'animaux en grand nombre (SN ou assimilés⁶⁴).

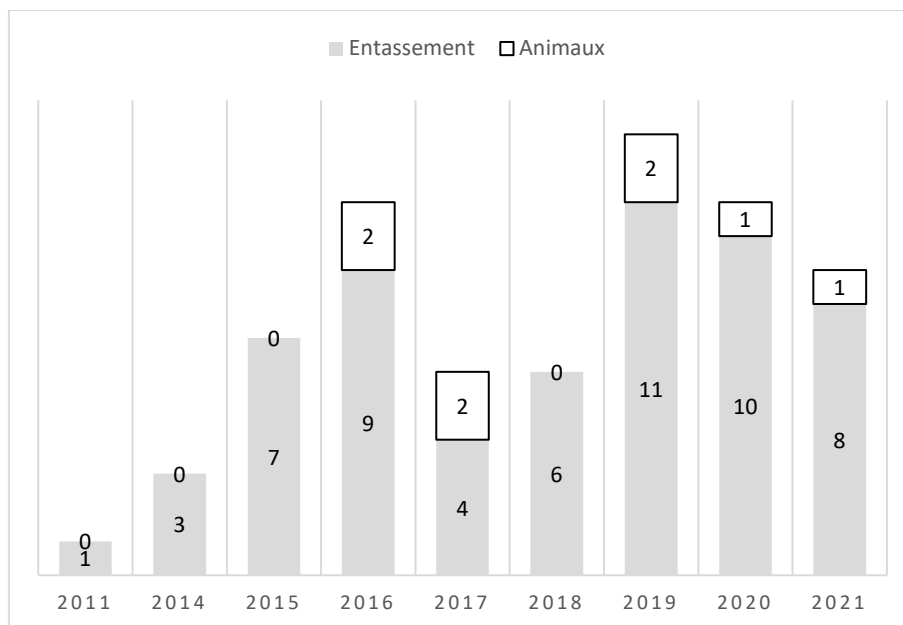


Figure 9 : Nombre annuel de nouveaux cas d'incurie

Dans cet échantillon, 96 % des personnes vivent seules, ce qui confirme les données bibliographiques. Quelques foyers de deux personnes ont été détectés (couples, mère-fille...), ainsi on observe 57,5 % hommes et 42,5 % de femmes pour un total de 71 personnes en situation d'incurie. 62 % propriétaires et 38 % sont locataires.

Pour certaines situations, quelques éléments complémentaires ont été précisés : la consommation d'alcool a été évoquée dans 6 cas, une hospitalisation à 5 reprises, une intervention du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) dans 3 situations et de la police dans 5. Mais ces éléments n'ont pas été systématiquement recherchés. 7 situations ont donné lieu à la prise d'un arrêté d'urgence du Code de la Santé Publique (L1311-4).

Parmi les éléments presque toujours enregistrés, nous avons les âges des personnes, leur lieu de résidence, et l'origine du signalement.

⁶⁴ En l'absence d'expertise médicale

2. L'âge des personnes en situation d'incurie

Les âges des personnes en situation d'incurie ont presque toujours été tracés, et ont été analysés par genre, via des boîtes à moustache présentant, de bas en haut, l'âge minimal, le premier quartile, la moyenne (croix) et la médiane (ligne), le troisième quartile et l'âge maximal.

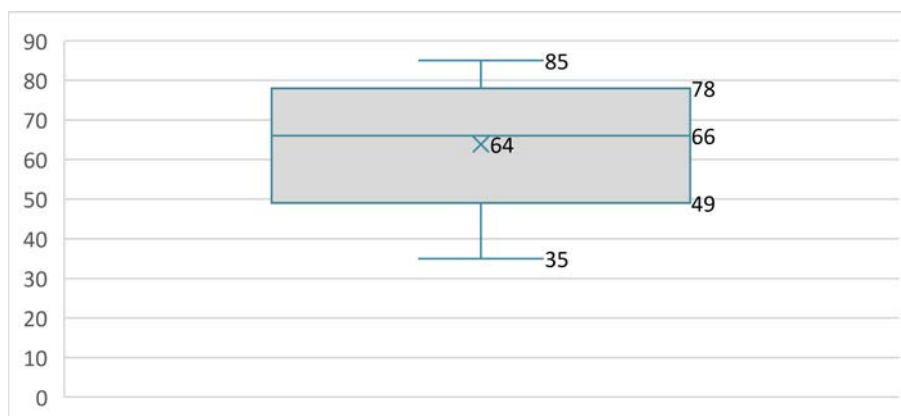


Figure 10 : Répartition de l'âge chez 42 hommes en situation d'incurie identifiés par le PDLHI ou l'ARS entre 2011 et 2021

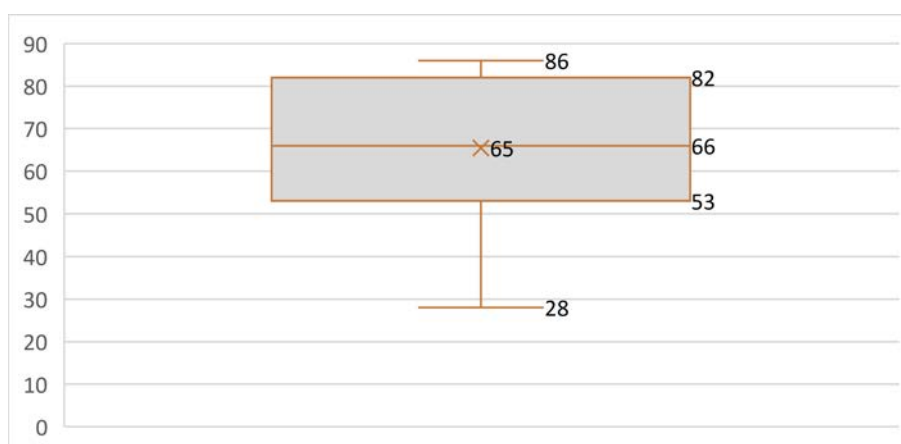


Figure 11 : Répartition de l'âge chez 31 femmes en situation d'incurie identifiées par le PDLHI ou l'ARS entre 2011 et 2021

L'intervalle des âges féminins est un peu plus large, pour autant on observe une certaine homogénéité des deux box plots. L'âge médian est, dans les deux cas, de 66 ans.

3. La localisation géographique des situations

Les lieux de résidence ont été regroupés par EPCI (échelon d'action territoriale de l'ARS) et le nombre de signalements a été ramené à la population de l'EPCI selon l'INSEE. Les EPCI présentant les ratios les plus importants de situations d'incurie, eu égard à leur population, sont présentés dans la figure ci-dessous.

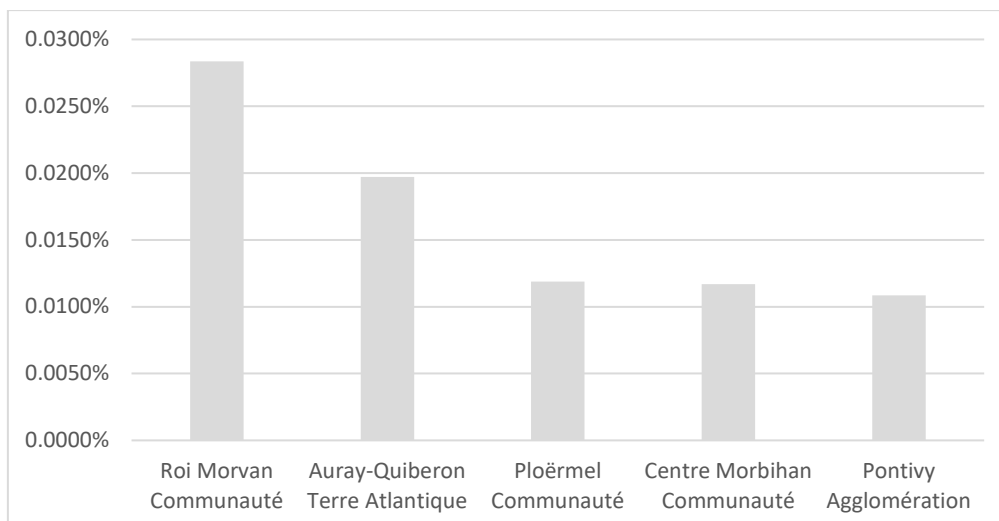


Figure 12 : Ratio nombre de cas d'incurie sur population par EPCI, pour 67 cas d'incurie identifiés par le PDLHI ou l'ARS entre 2011 et 2021

Ces résultats font écho à la carte du Parc Privé Potentiellement Indigne ([Annexe 6](#)) : les EPCI présentant les ratios les plus importants sont Roi Morvan Communauté, Ploërmel Communauté, Centre Morbihan Communauté ou encore Pontivy Agglomération, soit des territoires du Centre Ouest Bretagne, dont le taux de parc privé potentiellement indigne (PPPI) sur les résidences parc privé (RPP) est le plus élevé. Ainsi un lien pourrait être établi entre les situations d'incurie et le parc de logements potentiellement indignes.

Néanmoins, l'EPCI Auray-Quiberon Terre Atlantique se distingue par un ratio également important, alors que sa part de PPPI n'est particulièrement importante. Or, le 25 février 2016, une journée technique a réuni les acteurs l'incurie à l'initiative de la Sauvegarde 56 (DDTM, Centre Médico-Psychologique (CMP), association de tutelles...). Cette journée a déclenché un grand nombre de signalements, et a fait ressortir ce territoire. Ce résultat est intéressant : il signifie qu'une action de sensibilisation locale va favoriser les signalements.

4. L'origine des signalements

Selon les données capitalisées, les signalements sont issus :

- Majoritairement de la commune (pour 28 % des cas),
- Puis de l'ADIL qui, via le portage de Morbihan Solidarité Energie (un dispositif qui vise à sensibiliser aux économies d'énergie dans les logements à travers une visite à domicile), permet le repérage de certaines situations (13 %) ;
- Du Conseil départemental (à hauteur de 10 %) ;
- Des associations de tutelle (7 %) ;
- Des propriétaires bailleurs, bailleurs sociaux ou syndics (6 %).

Les signalements ont été parfois émis par un Centre Médico-Social (CMS), des EPCI, un dispositif d'appui à la coordination (DAC), le SDIS, à la suite d'une intervention à domicile, via une fiche de transmission spécifique précisant un danger pour un majeur vulnérable).

A l'exception d'un signalement transmis par un centre hospitalier, les signalements d'incurie remontées au PDLHI ne proviennent jamais du champ de la santé.

Annexe 9 : Tableau comparatif des différentes polices préfectorales mobilisables en situation d'incurie



Pour rappel, ce tableau comparatif a été réalisé après échanges avec Alexandre NANNI, technicien au Pôle Espace Clos, ARS DD22, Elisabeth KOUVTANOVITCH, chargée du dossier insalubrité de l'habitat, Bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courantes (EA2) de la DGS, et Jean MEISTER, juriste chargé notamment des contentieux de l'insalubrité (EA2 et EA3) à la DGS.

	L1311-4 du CSP	L511-19 du CCH	L511-10 du CCH
Police	Action conjointe Préfet-Maire	Police spéciale du Préfet	Police du Préfet
Circonstances	Urgence, notamment danger ponctuel imminent pour la santé publique	Danger imminent, manifeste ou constaté	<u>Uniquement</u> dans le cas d'un logement insalubre
Procédure...	Procédure qui vise le responsable de la situation, pour faire cesser la situation. Pas de procédure contradictoire. Arrêté préfectoral, suivi par Mairie.	Nouvelle police d'urgence du CCH, procédure de mise en sécurité ou traitement de l'insalubrité qui vise le responsable de la situation, pour faire cesser la situation. Pas de procédure contradictoire. Pas de suivi par le Maire.	Procédure ordinaire de traitement de l'insalubrité pris à l'issue d'une procédure contradictoire qui vise le responsable de la situation (personne qui a l'usage du logement selon L511-10, 3°), pour faire cesser la situation.

	L1311-4 du CSP	L511-19 du CCH	L511-10 du CCH
...basée sur	<p>Un écrit étayé et signé (origines diverses : mairie, SCHS, ARS, travailleur social...). Le plus fréquemment, le préfet (ARS) se base sur un rapport communal.</p> <p>Peu de jurisprudence sur le 1311-4, arrêté peu contesté.</p>	<p>Un signalement <i>manifeste</i> (ou évident, d'origines diverses : mairie, SCHS, ARS, travailleur social...) ou sur un rapport ARS/SCHS prévu à l'article L. 511-8 CCH constatant ce danger imminent.</p> <p>En prévention des contentieux dans les cas où un rapport L. 511-8 CCH n'est pas établi, le caractère <i>manifeste</i> du danger imminent doit pouvoir être démontré sans ambiguïté. Nécessite l'établissement d'un écrit qui peut être un courrier/rapport du maire, de services sanitaires ou sociaux, d'un expert etc. duquel ressort manifestement l'existence du danger imminent (photos explicites, éléments incontestables...).</p> <p>En attente d'un apport de la jurisprudence</p>	<p>Un rapport de visite ARS ou SCHS conformément à l'article L511-8.</p>
Durée d'action	Moins d'1 mois		Plus d'1 mois
Substitution en cas de défaillance du responsable	<p>Possible par le Maire⁶⁵</p> <p>Recouvrement en contribution directe auprès du responsable.</p>	Possible uniquement par le Préfet.	Possible par le Préfet, qui peut confier cette possibilité au Maire par convention ⁶⁶
Protection des occupants	Non	<p>Oui MAIS a priori non concerné ici car l'occupant est responsable du trouble.</p> <p>A nuancer, car pas encore de recul : cette disposition pourrait être intéressante dans certains cas. En imposant l'hébergement à l'occupant, le temps de désencombrement et du nettoyage, et en cas de carence de ce dernier, il pourrait alors profiter d'un hébergement d'office par les pouvoirs publics.</p>	

⁶⁵ Éventuellement l'EPCI

⁶⁶ L511-16 dernier alinéa

	L1311-4 du CSP	L511-19 du CCH	L511-10 du CCH
Avantages et inconvénients des différentes procédures	Action rapide, facile à entreprendre, adaptée à des situations urgentes.		Peut être adapté en cas de non-urgence (Diogène « propre » ⁶⁷ logement isolé...)
	Peut être pris sans visite sur site de l'ARS.	Peut être pris sans visite sur site de l'ARS.	Nécessite une visite ARS.
	Pas d'interdiction d'habiter.	Peut aboutir à une interdiction d'habiter (selon situation du logement ou de la personne)	
	Le maire est impliqué pour le suivi de l'AP.	Le maire n'est pas impliqué.	Le maire n'est pas impliqué (sauf si convention avec Préfet).
Utilité en cas de situation d'incurie	Demeure le plus adapté car associe le Maire, acteur de proximité	Inconnue (Pas de recul en jurisprudence). Sujet de l'hébergement à creuser (en attente de RETour d'EXpérience (RETEX))	Peu pertinent (critères de non-urgence – risque de procédure fragile)

Tableau 3 : Les différentes polices préfectorales mobilisables en situation d'incurie

Un premier retour d'expérience dans les Deux-Sèvres

A l'été 2021, la DD79 de l'ARS Nouvelle Aquitaine a pris un L511-19 dans une situation d'incurie. Il s'agissait d'un logement loué, occupé par un couple, avec un monsieur présentant une maladie infectieuse de l'œil. Le choix de la DD s'est porté sur le L511-19 aux dépens du L1311-4 pour trois raisons :

- Le maire, par ailleurs moteur sur le dossier, avait indiqué son souhait de voir le Préfet se substituer au besoin ;
- Pour imposer l'hébergement à l'occupant : la situation sanitaire de la personne, sans doute liée à l'état du logement, nécessitait selon l'ARS de retrouver urgemment un hébergement sain ;
- Dans l'espoir d'un déclic chez le couple, du fait de ce nouvel hébergement.

Remarque : L'obligation d'hébergement visait le propriétaire. L'arrêté a donc intégré le message « À défaut, pour la personne concernée, d'avoir assuré l'hébergement temporaire des occupants, celui-ci sera effectué par l'autorité compétente. Compte tenu de la situation, il ne sera pas procédé au recouvrement de l'hébergement auprès du propriétaire. ». L'hébergement a finalement été géré autrement (hospitalisation d'office puis en EHPAD).

⁶⁷ Entassement de vêtements, papiers... En l'absence de nourriture avariée, excréments...

Annexe 10 : Analyse des réponses à l'enquête en ligne « La gestion des cas d'incurie dans votre structure »



1. Le panel des répondants

L'enquête a récolté 38 contributions. Parmi ces 38 contributions, 32 proviennent d'ARS et 6 de collectivités. Les répondants sont :

- 22 techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire (22 %)
- 9 ingénieurs d'études sanitaires (23,7 %) ;
- 2 ingénieurs du génie sanitaire (5,3 %) ;
- 3 inspecteurs de la salubrité (7,9 %) ;
- 2 ingénieurs territoriaux (5,3 %).

Les répondants travaillent majoritairement en délégation départementale d'une ARS, avec une zone d'action départementale (pour 30 contributions sur 38). L'expérience dans le poste est supérieure à 3 ans pour 28 contributions, comprise entre 12 mois et 3 ans pour sept contributions et inférieure à 12 mois pour trois contributions seulement. Ces apports sont donc issus majoritairement de personnes expérimentées dans le domaine de la lutte contre l'habitat indigne.

2. Prévalence des situations d'incurie : des estimations proches de la bibliographie

Les participants se sont exprimés sur le nombre de cas annuels signalés à leur structure chaque année. La majorité est donc confrontée à 6 à 10 situations annuelles d'incurie. Afin de mieux appréhender ce nombre de cas, le rapport du nombre de situations sur la population de la zone d'action a été calculé. Dans un premier temps, pour 31 zones d'actions départementales des ARS, ce ratio a été calculé. Le graphique suivant présente les proportions calculées, dans une dynamique décroissante.

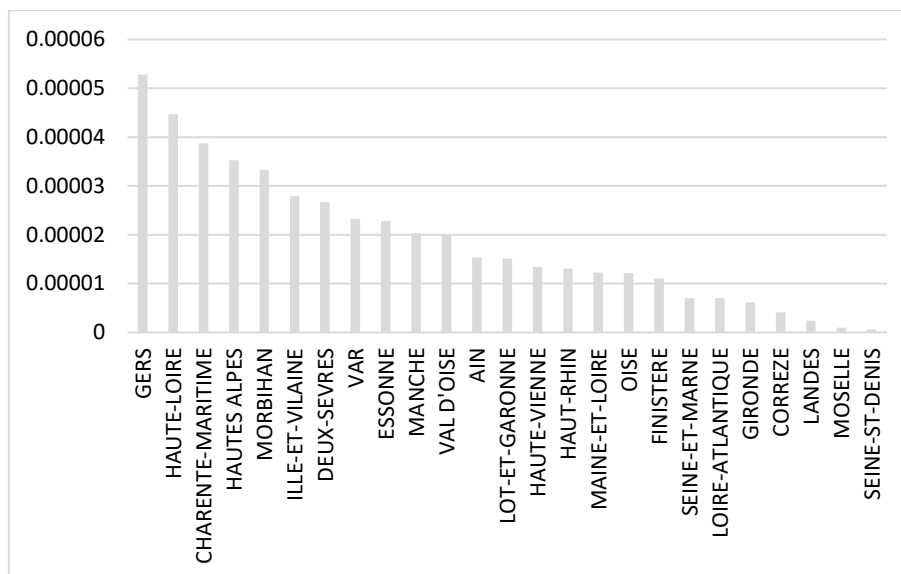


Figure 13 : Ratio du nombre de cas estimés sur la population, pour 31 départements français

Le ratio départemental moyen des contributions est donc estimé à 0,18 cas pour 10 000 personnes. Dans un second temps, pour 6 zones d'actions communales de collectivités, ce ratio a également été calculé.

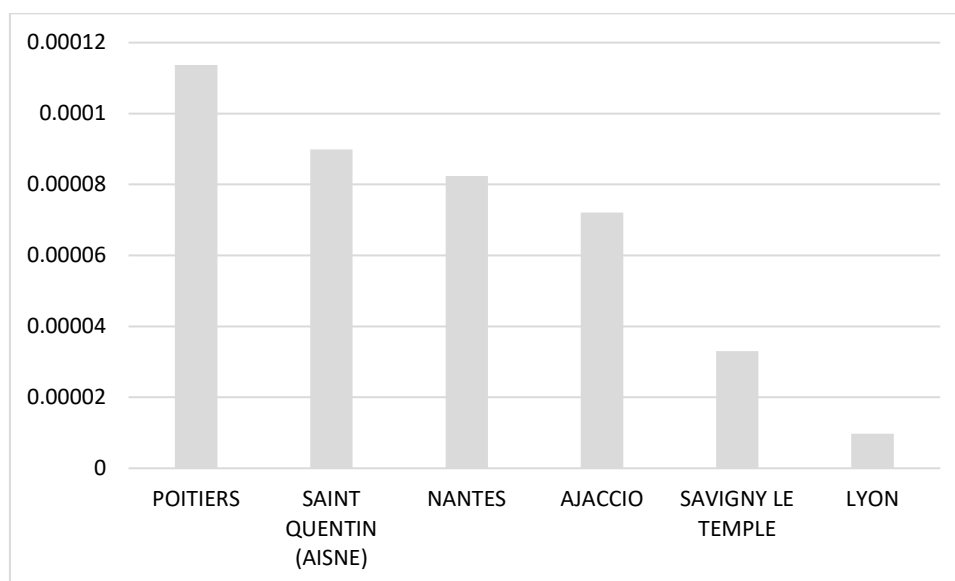


Figure 14 : Ratio du nombre de cas estimés sur la population, pour 6 communes françaises

Le rapport moyen calculé pour 6 communes est de 0,7 cas pour 10 000 personnes. Ce chiffre est supérieur au ratio départemental calculé précédemment, ce qui semble en accord avec une densité de population mécaniquement plus importante en milieu urbain.

En milieu urbain, la prévalence des situations de Diogène serait d'environ 1 personne pour 10 000 habitants en ville⁶⁸. En ne considérant que les plus de 60 ans, cette prévalence serait

⁶⁸ T RAEBURN et al., « Supporting recovery from hoarding and squalor: insights from a community case study », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22 (2015).

de 1,6 personnes pour 10 000 habitants pour les plus de 50 ans à Paris⁶⁹, voire pourrait atteindre 5 personnes pour 10 000 sujets de plus de 60 ans en milieu urbain^{70,71}, soit 5 cas pour 10 000 habitants âgés de plus de 60 ans. Plus globalement, sans critères d'âge ou de lieu de vie (milieu urbain, péri-urbain ou rural), la prévalence des situations de Diogène serait de 0,29 cas pour 10 000 habitants⁷² en Nouvelle Aquitaine.

Les proportions évaluées dans l'enquête « *La gestion des cas d'incurie dans votre structure* », à l'échelle départementale ou communale, sont donc proches, bien qu'un peu inférieures à celles de la bibliographie.

Par ailleurs, les répondants sont très majoritairement d'accord pour indiquer le nombre de cas est en augmentation (plus de 70 % des réponses). Il ne serait stable que pour 24 % d'entre eux, tandis que 2 % ne s'exprime pas sur ce point. Il est tout à fait possible que la crise de la Covid-19 ait eu un impact sur le nombre de cas d'incurie : selon Santé Publique France⁷³, 34 % des personnes interrogées au cours de la vague 21 (15-17 février 2021) de l'enquête CoviPrev présentaient un état anxieux ou dépressif.

3. L'origine des signalements : mairies pour les ARS, bailleurs pour les collectivités

Pour 32 contributions d'origine ARS, les signalements sont majoritairement issus des mairies (31,8 %), puis du PDLHI (20 %), des bailleurs ou syndics (16,5 %) ou du voisinage (10,6 %). Pour les 6 collectivités, les signalements proviennent en premier lieu des bailleurs (23,5 %), puis du voisinage (17,6 %), du Service Départemental d'Incendie et de Secours (17,6 %) ou de la Mairie, en interne (11,8 %).

4. Une gestion partenariale des situations d'incurie, mais peu formalisée dans les services

Pour 32 contributions d'origine ARS, la gestion des situations d'incurie nécessite l'implication de partenaires, dont les différents services de la mairie (28,6 %), un dispositif de coordination des parcours (16,2 %), du Conseil départemental (15,2 %) ou du PDLHI (14,3 %). Les autres partenaires identifiés sont les établissements de santé mentale, le Conseil local en santé mentale, les équipes mobiles de psychiatrie, des opérateurs (conventionnés pour de l'aller vers par l'ARS, cités à deux reprises) ou la DDTM.

⁶⁹ Jean-Claude MONTFORT et al., « Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive », *PSYCHOLOGIE & NEUROPSYCHIATRIE DU VIEILLISSEMENT* 8, n° 2 (2010).

⁷⁰ BOUTON et DECROCK, « Le Syndrome de Diogène ».

⁷¹ MERYGLOD, « Thèse de médecine ».

⁷² MARTY, « Amélioration de la prise en charge des occupants de logements indignes et présentant des troubles de la santé mentale : Etat des lieux et recommandations en Nouvelle Aquitaine ».

⁷³ Santé Publique France, « Santé mentale et COVID-19 ».

Pour les 6 collectivités qui ont contribué à cette enquête, la gestion des situations se fait à l'aide des différents services de la mairie (27,8 %), des établissements de santé mentale (16,7 %), le Conseil local en santé mentale (16,7 %), un dispositif de coordination de parcours (16,7 %). Le conseil départemental, le PDLHI, les bailleurs et les entreprises de Désinsectisation Dératation Désinfection (3D) ont également été cités une fois chacun.

Si les partenaires de gestion sont identifiés et partagés entre les structures, la question « *La gestion des cas d'incurie dans votre territoire fait-elle l'objet d'une procédure formalisée et partagée ?* » appelle la réponse « *Pas du tout* » à 28,9 %, « *Pas vraiment* » à 65,8 % et « *Oui* » à 5,3 %.

a) Gestion par les services Santé Environnement en ARS

Un L1311-4 pas systématique

Les services Santé Environnement des ARS ont été questionnés sur les missions associées à la gestion des situations d'incurie.

- 6,1 % des répondants ont mentionné la prise immédiate d'un arrêté d'urgence sur la base de l'article L1311-4 du Code de la Santé Publique,
- 59,2 % ont indiqué la prise éventuelle d'un arrêté d'urgence L1311-4,
- 34,7 % ont répondu la participation à la mise en place d'un accompagnement (social et/ou médical et/ou psychique) de la personne en situation d'incurie.

Ainsi, le recours au L1311-4 est loin d'être systématique. Au contraire, selon les réponses, le L1311-4 est considéré :

- Comme un outil « *brutal* », qui peut aggraver une situation voire conduire à un « *décès* »,
- Comme un dispositif à ne solliciter qu'après évaluation partenariale partagée (qui doit notamment « *évaluer le bénéfice/risque lié à un nettoyage contraint* » de la prise d'arrêté),
- Qu'après mise en échec des actions entreprises visant à faire adhérer la personne, ou après l'action de mise en demeure de la mairie,
- Que si la personne en situation d'incurie n'a pas les moyens financiers de désencombrer (« *Si pas de moyens alors L1311-4 et travaux obligatoire* »),
- Comme un dernier recours, avec un effet « *électrochoc* » attendu dans la négociation,
- Comme indissociable d'un accompagnement adapté (« *Nous savons que la prise d'un AP sans suivi psychologique est vaine. Il y a récurrence* »).

Un seul des répondants fait référence au nouvel article L511-19 du Code de la Construction et de l'Habitation qui vise à faire cesser tout « *danger imminent, manifeste ou constaté* ». Par ailleurs, les répondants ont pointé à plusieurs reprises des missions de coordination avec les partenaires.

b) Un temps de gestion plutôt long

Au sujet du de gestion d'une situation incurie :

- 10 répondants estiment qu'il faut plus de 3 journées par situation,
- 1 répondant évalue un temps passé de 3 journées par situation,
- 7 répondants estiment qu'il faut 2 journées par situation,
- 1 répondants évalue un temps passé d'1 journée par situation,
- 10 répondants n'arrivent pas à estimer le temps passé par situation.

La moyenne des réponses est de 2,5 jours par situation d'incurie.

A la question « *Un autre service de l'ARS est-il impliqué dans la gestion de cas d'incurie ?* », les services SE répondent non à plus de 71 %. Ce manque d'implication des autres services est régulièrement pointé de façon négative : « *NON* », « *Non, malheureusement !* », « *aucun malheureusement !* ». Certaines ARS identifient néanmoins des liens avec :

- Le service en charge de la santé mentale et de l'hospitalisation sans consentement,
- Le service de santé publique pour faire du lien avec les professionnels de santé mentale et pour les problématiques de secret médical,
- Les services en lien avec les dispositifs de coordination.

c) Gestion par les Services Communaux d'Hygiène et de Santé

6 services communaux ont répondu à l'enquête. Il en ressort que

- 100 % des répondants ont la charge de la visite du logement et de la rédaction d'un rapport de visite,
- 100 % participent à la mise en place d'un accompagnement (social et/ou médical et/ou psychique) de la personne en situation d'incurie,
- 5 répondants sur 6 sollicitent éventuellement la prise d'un arrêté d'urgence L1311-4,
- 4 répondants sur 6 sollicitent immédiatement la prise d'un arrêté d'urgence L1311-4.

Du fait même de la visite et rédaction du rapport de visite, le temps passé pour chaque situation d'incurie est plus élevé en SCHS, avec une moyenne de 3,15 jours par situation d'incurie.

5. Des actions innovantes sur le territoire

En termes de gestion, les répondants ont également fait remonter différentes initiatives de leur connaissance :

- Des actions d'interconnaissance et de partenariat (Convention de partenariat entre les acteurs de la santé mentale et du logement en Maine-et-Loire depuis 2017, guide à destination des Maires dans l'Essonne, Guide Syndrome de Diogène de la Gironde paru en 2019) ;

- Des dispositifs de gestion locaux ou départementaux spécifiques :
 - Par l'intermédiaire d'équipes d'aller-vers dédiées (en Occitanie depuis 4 ans, avec les compagnons bâtisseurs à Marseille, ADGESTI dans la Sarthe ou encore IPSYDOM en Charente Maritime) ;
 - Au sein d'un contrat local de santé mentale (Limoges) ;
 - Au travers des contrats locaux de santé (Vienne) ;
- Des actions visant à faciliter le repérage et les signalements :
 - Pour les situations d'incurie dans le parc social, via le financement du parc social par le biais de la DDTM (Essonne) ;
 - Une fiche Signalement Logement Indigne (SILI) simplifiée pour les services de secours ou forces de l'ordre (Essonne) ;
- Des actions de formations et de sensibilisation (par la Collectivité européenne d'Alsace, en 2022).

Ces différents éléments ont été partiellement intégrés au benchmark réalisé ([Annexe 11](#)).

6. Améliorer le signalement des situations d'incurie

Les propositions d'amélioration de signalement ont été réparties selon 3 axes :

- Engager une sensibilisation : mener des actions (comme organiser des journées thématiques) à destination des signaleurs potentiels (maires et élus, propriétaires des bâtiments, syndicats, travailleurs sociaux, soignants à domicile, établissements de santé, porteurs de repas, tutelles, associations...) ;
- Amplifier les signalements : multiplier les visites par les services sociaux, développer les dispositifs d'équipes mobiles ;
- Coordonner les signalements : fixer une procédure pour les signalements, mettre en place un service unique qui réceptionne les signalements et coordonne une réponse adaptée à ces signalements.

7. Prévenir l'incurie : une possibilité ?

La dernière question de l'enquête est « *Pensez-vous qu'il soit possible de prévenir l'incurie ?* ». Les réponses à cette interrogation ont été assez mitigées. Elles ont été réorganisées, et les verbatims ont été volontairement conservés.

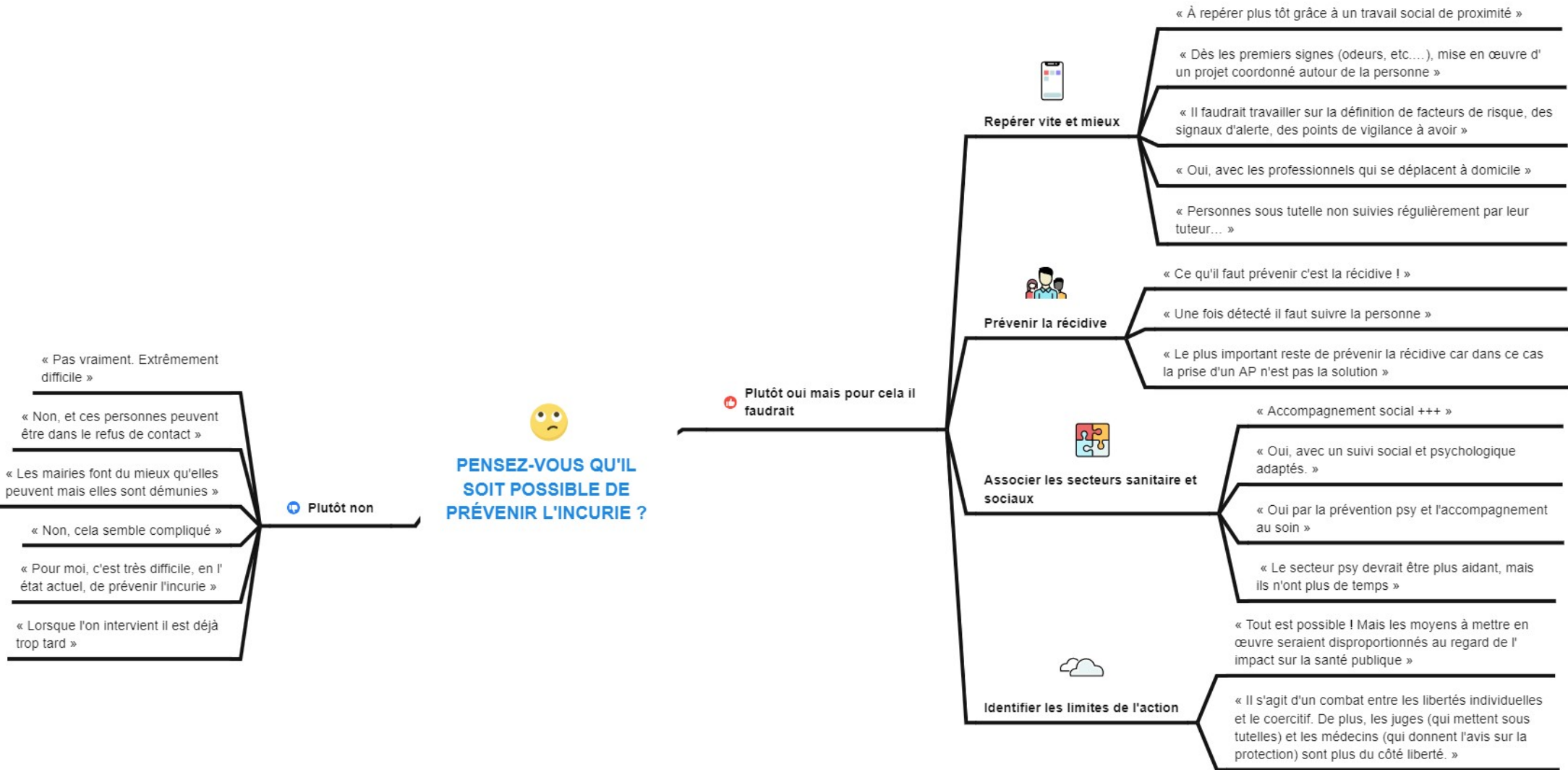


Figure 15 : Cartographie des réponses à la question « Pensez-vous qu'il soit possible de prévenir l'incurie ? »

Annexe 11 : Benchmark des actions mises en place sur l'incurie en France

⊖ Avertissement : les deux tableaux suivants ne sont pas exhaustifs.

Le premier tableau récapitule les dispositifs d'aller-vers, le second des modalités déployées de gestion partenariale.

Région	Localisation	Acteur / Porteur	Partenaires	Modalité de gestion	Description	Année
Auvergne Rhône Alpes	Haute Loire	Equipe Pluridisciplinaire d'Intervention dans l'Habitat ⁷⁴ (SAO, Le Tremplin, ASEA43)	ARS, CH Sainte-Marie	Equipe conjointe d'aller-vers	L'équipe (infirmier, EMPP, travailleur social) intervient en amont d'éventuelles mesures coercitives et ne se substitue pas aux dispositifs existants et de droit commun.	Depuis 2020
Auvergne Rhône Alpes	Rhône	ALPIL ⁷⁵ (Action pour l'insertion par le logement)	ARS, Fondation Abbé Pierre, DDPP, SPA	Equipe d'aller-vers dédiée	Dans les communes du département du Rhône non pourvues d'un service dédié (Conseil Local de Santé Mentale, Service Communal d'Hygiène et de Santé, etc.), l'ALPIL a développé une méthodologie de gestion des situations d'incurie dans l'habitat, basée le repérage des besoins de l'utilisateur, la réalisation d'un diagnostic partagé entre partenaires (social, santé, habitat). Le suivi se fait au moyen de visites régulières, idéalement hebdomadaires. En cas de présence d'animaux (Noé), partenariat avec DDPP et SPA.	2012-2015 puis conforté par un financement Métropole de Lyon-Département du Rhône

⁷⁴ ASEA43, ARS Auvergne Rhône Alpes, et CH Saint Marie, « L'EPIH, Equipe Pluridisciplinaire d'Intervention dans l'Habitat », <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/habitat/exp/dd43/diap0921.pdf>.

⁷⁵ ALPIL, « Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat - Dispositif Métropole de Lyon ».

Région	Localisation	Acteur / Porteur	Partenaires	Modalité de gestion	Description	Année
Auvergne Rhône Alpes	Savoie	Association la Sasson ⁷⁶	ARS Auvergne / Rhône Alpes et le Département de la Savoie	Equipe d'aller-vers dédiée	Accompagnement par infirmière et travailleur social. Débarrassage en relation avec la personne Phase coercitive en cas d'échec. Vacances d'une entreprise de nettoyage depuis 2020. Eviter la rechute : SAAD ⁷⁷ , SSIAD ⁷⁸ , entreprise de nettoyage. Formation de professionnels du secteur social et sanitaire.	Depuis 2015
Bretagne	Ille-et-Vilaine	ARS/CD	A venir	Equipe d'aller-vers en réflexion	Projet d'équipe mobile incurie à l'échelle du département	Début des travaux à l'automne 2022
IDF	Paris	Service Technique de l'Habitat	DAC, CMP, EMPP...	Equipe conjointe d'aller-vers (1 infirmier psy + 1 inspecteur de salubrité)	Depuis 2019, recrutement d'un infirmier au sein du service habitat, pour prendre l'attache des personnes en situation d'incurie et coordonner une réponse partenariale.	Depuis 2019
IDF	Paris	Association Aurore ⁷⁹	Paris Habitat	Equipe d'aller-vers dédiée	Aller vers les locataires en souffrance psychique de façon à leur proposer un accompagnement de transition vers les services de soins adaptés. Mise en place ou réactivation d'un réseau partenarial local autour de la situation signalée, intervention/formation auprès des personnels des bailleurs, intervention auprès des locataires	2014
Nouvelle Aquitaine	Limoges	SCHS Limoges ⁸⁰	CH Esquirol, SPA	Equipe conjointe d'aller-vers	Equipe conjointe au domicile des personnes confrontées à cette problématique lorsque la situation a été détectée. Le partenariat avec la SPA est un véritable atout car dans la majeure partie des cas, les personnes vivent entourées d'animaux, souvent en grand nombre	2014

⁷⁶ Christine BUTTARD et Florence CULOMA, « Une approche psychosociale des personnes et le traitement de l'incurie dans leur logement » (Ateliers DIHAL Traiter l'incurie en habitat indigne, 2017).

⁷⁷ Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

⁷⁸ Services de Soins Infirmiers A Domicile

⁷⁹ Association Aurore, « L'accompagnement dans le logement des personnes en souffrance psychique ».

⁸⁰ PDLHs Nouvelle Aquitaine, « Lutter contre l'habitat indigne dans les territoires : jeux d'acteurs, jeu d'outils ».

Région	Localisation	Acteur / Porteur	Partenaires	Modalité de gestion	Description	Année
Nouvelle Aquitaine	Charente maritime	Dispositif YPSYDOM ⁸¹	ARS, hôpital psy de la Rochelle	Equipe d'aller-vers dédiée	Binôme travailleur social et psychologue avec un financement ARS Nouvelle Aquitaine pour 30 visites annuelles. Etude sociologique des situations rencontrées.	2019
Occitanie	Toulouse	Ville de Toulouse ⁸²	Conseil général de la Haute-Garonne, Centre hospitalier universitaire de Toulouse, Centre hospitalier Gérard Marchant	Equipe conjointe d'aller-vers	Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène entre la Ville de Toulouse, et ses partenaires	2012
Occitanie	Aude	Association Audoise Sociale et Médicale (ASM) ⁸³	ARS, CMP USSAP MSA, CPAM, Gendarmerie, MAIA, EMPP, CMS Castelnaudary, IREPS, PTA, Organismes de protection (UDAF, APAM, ATDI), CIAS, maires du Lauragais	Equipe d'aller-vers dédiée	Intervention en complémentarité des dispositifs existants de la LHI, en apportant une dimension soignante permettant d'évaluer, orienter et accompagner les personnes vers un parcours de soin	2019
Occitanie	Nîmes	Association pour le Logement dans le Gard (ALG) ⁸⁴	ARS, CD30, DDTM	Equipe d'aller-vers dédiée	CLS Nîmes 2019-2022 : Incurie visée directement dans CLS pour pérennisation d'un dispositif d'aller vers et mutualiser les expériences entre services municipaux (Hygiène, Santé, CCAS) et partenaires. En parallèle, ALG missionnée pour aller-vers.	2019-2022

⁸¹ PDLHs Nouvelle Aquitaine.

⁸² Ville de Toulouse, CD31, et CH Gérard MARCHANT, « Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène ».

⁸³ Association Audoise Sociale et Médicale, « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021, <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69179>.

⁸⁴ Association pour le Logement dans le Gard, « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021, <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69074>.

Région	Localisation	Acteur / Porteur	Partenaires	Modalité de gestion	Description	Année
Occitanie	Gers	GIP Gers Solidaire ⁸⁵	ARS	Equipe d'aller-vers dédiée	Une infirmière Cadre de Santé en démarche d'aller vers. 5 personnes accompagnées en 2019	2019-2020
Occitanie	Haute-Garonne	Association l'Amandier ⁸⁶	CCAS, MDS, Mairies	Equipe d'aller-vers dédiée	Signalement via PDLHI, visite à domicile et évaluation. Sollicitation d'un médecin retraité.	2019
PACA	Marseille	L'équipe Diogène Incurie (EDI - CMSMH) ⁸⁷	ARS, Ville de Marseille, CH Edouard Toulouse et Valvert, Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) « Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat » (CMSMH), Compagnons Bâtisseurs	Equipe d'aller-vers dédiée	Intervention d'une équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des personnes isolées, dans le logement à l'échelle du territoire de la ville de Marseille, signalées par les partenaires, le SCHS ou l'ARS. En parallèle, organisation de sessions de formation autour de l'accompagnement des personnes présentant un syndrome de Diogène par les Compagnons Bâtisseurs, à destination des acteurs du social, du sanitaire, ou de l'habitat.	Equipe opérationnelle depuis mars 2020, pour trois ans

Tableau 4 : Benchmark des stratégies de gestion de l'incurie : les équipes d'aller-vers

⁸⁵ Association GIP Gers Solidaire, « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021, <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69060>.

⁸⁶ Association l'Amandier, « Réduction de l'exposition des personnes aux déséquilibres environnementaux », 2021, <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/69111>.

⁸⁷ CRES PACA, « L'équipe Diogène Incurie (EDI - CMSMH) : accompagner les personnes en difficulté face aux situations d'incurie sévère dans le logement ou présentant des syndromes de Diogène », 2020, http://www.cres-paca.org/arkotheque/client/crespaca/thematiques/detail_document.php?ref=37682&titre=l-equipe-diogene-incurie-edi-cmsmh-accompagner-les-personnes-en-difficulte-face-aux-situations-d-incurie-severe-dans-le-logement-ou-presentant-des-syndromes-de-diogene-.

Région	Localisation	Acteur / Porteur	Partenaires	Modalité de gestion	Description	Année
Auvergne Rhône Alpes	Saint Etienne	Ville de SAINT-ETIENNE ⁸⁸	Services internes, associations tutélaires, équipe mobile de rue...	Gestion partenariale	Schéma de traitement d'une situation d'incurie dans le logement à Saint-Étienne, qui précise les partenaires de gestion des situations.	Page web non datée.
Normandie	Orne	PODLHI ⁸⁹	Membres du POLHI, réseau des PASS	Gestion partenariale	Schéma d'intervention partenarial de traitement des situations d'incurie dans l'Orne)	2017
Normandie	Basse Normandie	Préfet, ARS ⁹⁰	Acteurs du PRSE2	Gestion partenariale	Guide de repérage et de traitement des situations d'habitat dégradé. Procédure en cas de Diogène : reprecise les compétences du maire. Détaille les phases Signalement / Constat / Mise en demeure / Enlèvement / Accompagnement	2017
Nouvelle Aquitaine	Gironde	PDLHI ⁹¹	ADIL, ARS, PTA de la Gironde, ATINA, Bordeaux Métropole, EMPP du CH Cadillac, EMOG du CH Bordeaux, CH de Saintonge, CD33, DDTM33, Union départementale des CCAS	Gestion partenariale	Guide départemental des bonnes pratiques Diogène paru en 2019. Contient un logigramme de gestion (p 36)	2019
PACA	Gard	Groupe Projet Incurie DDTM/CD/ARS ⁹²		Gestion partenariale	Groupe projet incurie / départemental, Groupes de travail territoriaux incurie GTTI (3 à 4 réunions annuelles)	Depuis 2018

⁸⁸ Ville de Saint-Etienne, « Guide Incurie dans le logement », consulté le 6 octobre 2021, <https://www.saint-etienne.fr/services-pratiques/sant%C3%A9environnement/guide-incurie-logement/guide-incurie-logement-%C3%A0-saint-%C3%A9tienne>.

⁸⁹ MALEWICZ, « La démarche du pôle de l'Orne ».

⁹⁰ Préfecture de Normandie et ARS Normandie, « Guide de repérage et du signalement des situations d'habitat dégradé ».

⁹¹ ADIL et al., « Accompagner une personne atteinte du syndrome de Diogène - Un guide pour agir ensemble en Gironde à destination des professionnels », 2019, <http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/wp-content/uploads/2020/02/Guide-Syndrome-de-Diog%C3%A8ne-PTA33.pdf>.

⁹² DDTM30, CD30, et ARS30, « Le traitement des situations d'incurie du Gard ».

Région	Localisation	Acteur / Porteur	Partenaires	Modalité de gestion	Description	Année
Pays de la Loire	Maine et Loire	ARS Pays de la Loire ⁹³	Acteurs de la santé mentale	Gestion partenariale	Convention de partenariat entre les acteurs de la santé mentale et du logement en Maine-et-Loire depuis 2017	2017
Pays de la Loire	Nantes	Ville de Nantes ⁹⁴	Bailleurs, CHU, Association Insertion Solidarité Logement, Ville	Gestion partenariale	Une action qui se construit dans le temps : mise en place d'un réseau santé mentale en 1995 pour donner suite à l'interpellation d'un bailleur social, qui réunit bailleurs/ville/services de psychiatrie du CHU. Puis mise en place d'un CLSM : CH, bailleurs, ville, Association Insertion Solidarité Logement et CCAS. 10 logements contingentés pour des personnes ayant des troubles psychiques et faisant une demande pour un 1er accès à logement social	CLSM depuis 2014
Pays de la Loire	Vendée	Préfet, ARS, CD ⁹⁵		Gestion partenariale	Le Guide de l'Incurie en Vendée : guide qui répond à une demande locale de la part des acteurs locaux. Proposition d'une modalité de gestion en p7. Gestion en 3 phases : repérage et signalement / évaluation / élaboration du plan d'action.	2020

Tableau 5 : Benchmark des stratégies de gestion de l'incurie : les dispositifs de coordination partenariale

⁹³ DDCS49, CD49, et ARS49, « Convention de coopération et de partenariat Logement - Hébergement - Santé mentale ».

⁹⁴ Ville de Nantes, « Santé mentale et logement ».

⁹⁵ Préfecture de Vendée, ARS Pays de la Loire, et CD85, « Le guide de l'incurie en Vendée ».

COLLE

Stéphane

22 Novembre 2021

INGENIEUR D'ETUDES SANITAIRES

Promotion 2021

Améliorer la prise en charge des situations d'incurie par le PDLHI du Morbihan
Etat des lieux, proposition de procédure et plan d'actions

Résumé :

L'incurie constitue, selon la DIHAL, « *une occupation inadéquate du logement avec une accumulation de déchets ou d'objets, parfois avec la présence d'un très grand nombre d'animaux* ». Dans le Morbihan, le Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne est destinataire de signalements d'incurie qui sont gérés au cas par cas. Le pôle a donc souhaité formaliser les modalités de traitement de ces situations complexes, pour améliorer leur prise en charge.

Pour cela, un bilan des situations remontées au PDLHI a été réalisé, sur 9 années d'exercice. Il a été complété par un entretien avec des acteurs de terrain. Il apparaît que la connaissance des situations d'incurie à l'échelle du Morbihan est très partielle.

A la suite d'une analyse législative, d'une enquête en ligne et d'un benchmark, une procédure de gestion partenariale, incluant la création d'une commission incurie et associant de nouveaux acteurs, a été proposée au Comité restreint du PDLHI. Ce travail préfigure un avenant à la convention de partenariat du pôle. La procédure pourra être testée à l'échelle d'un territoire via un Conseil Local en Santé Mentale.

Enfin, des actions, visant à favoriser la coordination partenariale et améliorer le repérage, ont été proposées et feront l'objet d'un échange dans les mois qui viennent au sein du PDLHI.

Mots clés :

Espaces clos, Logement, Lutte contre l'habitat indigne, Santé mentale, Incurie, Syndrome de Diogène, Sylllogomanie, Entassement, Syndrome de Noé, L1311-4, L511-19, L511-10, ARS Bretagne, PDLHI, Morbihan, Bretagne

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.