



Fondation
Abbé Pierre
pour le logement
des défavorisés

L'état du **mal-logement** en France

21^e RAPPORT ANNUEL

Bretagne

UN ÉCLAIRAGE RÉGIONAL

2016

Cet éclairage régional 2016 a été réalisé pour l'agence régionale de la Fondation Abbé Pierre.

Remerciements au directeur Stéphane MARTIN et à l'équipe bénévole de l'agence Bretagne.

Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés

Agence Bretagne

11 Boulevard Beaumont

35000 Rennes

02 99 65 46 73

Remerciements à l'ensemble des organismes sollicités

Consultants partenaires de l'éclairage :

Marie BEHRA

Laurent MONTÉVIL

IDEA Recherche

4 allée Marie Berhaut

Cap Nord B

35000 Rennes

02 23 46 13 40

www.idea-recherche.com

Conception graphique et infographie © :

IDEA Recherche, Agnès BESNARD

Février 2016

Sommaire

Introduction.....	4	PARTIE 2 // SANTÉ ET MAL-LOGEMENT EN BRETAGNE.....	23
PARTIE 1 // BAROMÈTRE DU MAL-LOGEMENT EN BRETAGNE.....	5	Introduction.....	24
Le contexte breton : synthèse	6	> La santé.....	24
L'absence de domicile personnel.....	8	> Cartographie de l'état de santé des Bretons	25
> Les sans-abri.....	8	Quand l'absence de logement rend malade	27
> L'urgence hivernale.....	10	> La rue et le difficile accès aux soins.....	27
> Les hébergements en établissements sociaux.....	11	> L'absence de logement empêche l'accès aux soins et les parcours de soins	31
> Les demandes et attributions faites à des personnes sans logement	11	> Les dispositifs existants en Bretagne.....	32
Les difficultés d'accès au logement	12	> Le réseau Louis Guilloux.....	40
> Une demande Hlm croissante.....	12	Quand le logement rend malade.....	42
> Des attributions qui stagnent.....	13	> Le radon	42
> Le DALO	13	> La précarité énergétique.....	45
> Le DAHO	14	> Le saturnisme	48
Les mauvaises conditions d'habitat.....	15	> De l'inconfort à l'insalubrité	49
> Mauvaises conditions d'habitat	15	> Le carnet de santé de l'habitat	50
> L'inconfort sanitaire	15	Quand la maladie empêche le parcours résidentiel	52
> La vulnérabilité énergétique	16	> Se loger ce n'est pas habiter.....	52
> Les démarches amiables dans la lutte contre l'habitat indigne.....	16	> Les 300 logements accompagnés	52
> Zoom sur les demandeurs de logement social.....	16	> L'incurie dans le logement.....	54
Les difficultés pour se maintenir dans son logement.....	18	> La « précarisation domiciliée »	55
> Le surendettement	18	> Le Conseil Local de Santé Mentale de Brest	56
> Les impayés.....	18	Conclusion	58
> Les procédures d'expulsions.....	19	Les projets soutenus en Bretagne par la Fondation Abbé Pierre depuis 2012.....	59
L'offre de logements	20	Annexes	64
> Un parc Hlm à développer.....	20	> Sources.....	64
> Chute de la production de logements	20	> Table des sigles	65
> Un parc privé conventionné limité.....	21	> Remerciements.....	67
> L'offre d'hébergement/logement	21		
> L'accueil des gens du voyage.....	22		

Introduction

L'année 2015 fut une année douloureuse, très troublée pour notre pays où les questions de sécurité furent omniprésentes éclipsant parfois les questions sociales.

Les crises migratoires et l'urgence humanitaire ont montré que les questions de solidarités résonnent heureusement encore fortement dans le pays et notre région. Les débats politiques et citoyens furent nombreux, notamment en ce qui concerne la crainte d'accompagnements différenciés des ménages sans situations de logement.

C'est dans ce contexte particulier, à la fois de sentiment de repli sécuritaire et d'ouverture aux plus fragiles, que l'agence Bretagne réalise son cinquième éclairage régional qui cette année ne vise pas l'exhaustivité d'un panorama du mal logement mais se focalisera sur quelques indicateurs choisis pour montrer où en est le mal logement en Bretagne en 2016.

Nous avons fait le choix d'une présentation dynamique et simplifiée sous la forme d'un baromètre du mal logement recentré sur quelques données et chiffres clés. La Fondation analyse, interpelle mais elle agit également et le document met en lumière certaines actions régionales de la Fondation Abbé Pierre avec le concours d'opérateurs associatifs.

Cette année, nous avons pu exploiter certaines données intéressantes comme l'enquête nationale logement de 2013 ainsi que les diagnostics à 360 degrés réalisés à l'initiative de l'Etat avec la mobilisation des partenaires dans chaque département.

Cette initiative liée au plan quinquennal de lutte contre la pauvreté a le mérite de poser un socle méthodique et commun d'indicateurs qu'il faudra revisiter dans le futur. Les enjeux portent aujourd'hui sur la nécessité d'aller plus loin dans les analyses locales afin que les outils (PLH, PLUI, PDALHPD)

puissent permettre aux collectivités dans le cadre du renforcement de leur compétence de répondre plus finement aux besoins des ménages en précarité, en difficulté de logement, d'hébergement.

Les liens entre le mal logement et la santé sont évidents, la Fondation a déjà pu souligner que le logement était une question de santé publique. Pourtant les réponses restent cloisonnées et parfois s'ignorent. L'agence Bretagne a voulu, dans le fil du 21^e état du mal logement en France, s'interroger sur les réalités locales bretonnes à travers trois thématiques : Quand l'absence de logement rend malade, Quand le logement rend malade, Quand la maladie empêche le parcours résidentiel.

Lors de nos investigations auprès de professionnels de santé et du logement, nous avons pu constater que des bonnes pratiques existent et qu'elles doivent essaimer aujourd'hui car beaucoup d'entre elles sont reproductibles.

Pour conclure, il est indispensable que nous prenions conscience que le mal logement qui touche de plus en plus de bretons est l'affaire de tous dans une vision décroisée, coopérative et renouvelée.

Nous ne lâcherons rien !

Stéphane Martin,
Directeur de l'Agence Régionale Bretagne de
la Fondation Abbé Pierre pour le logement des
défavorisés

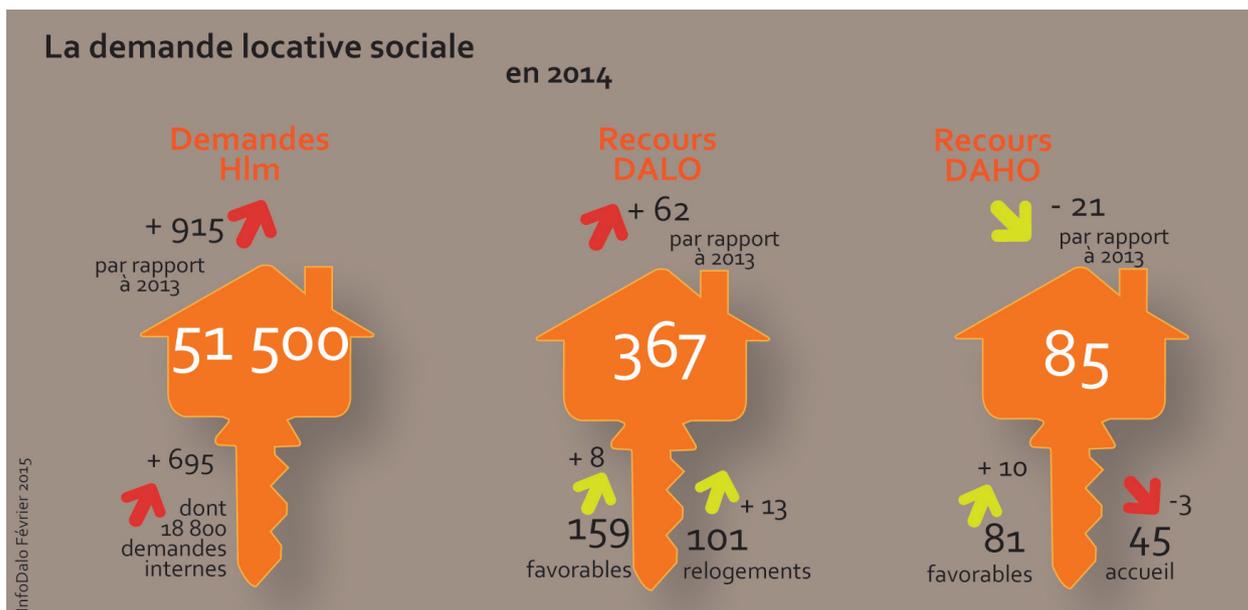
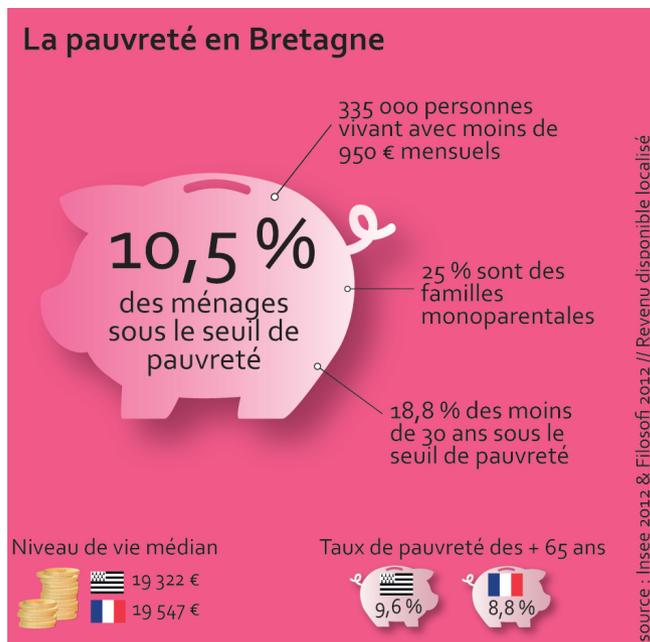




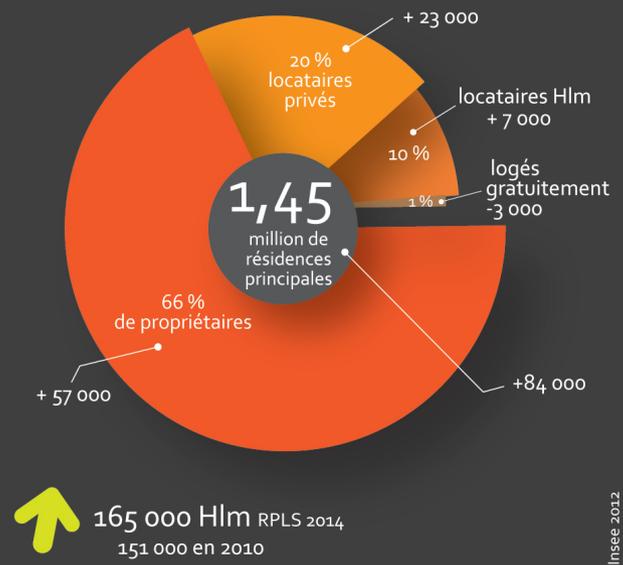
PARTIE **1**

Baromètre du mal-logement en Bretagne

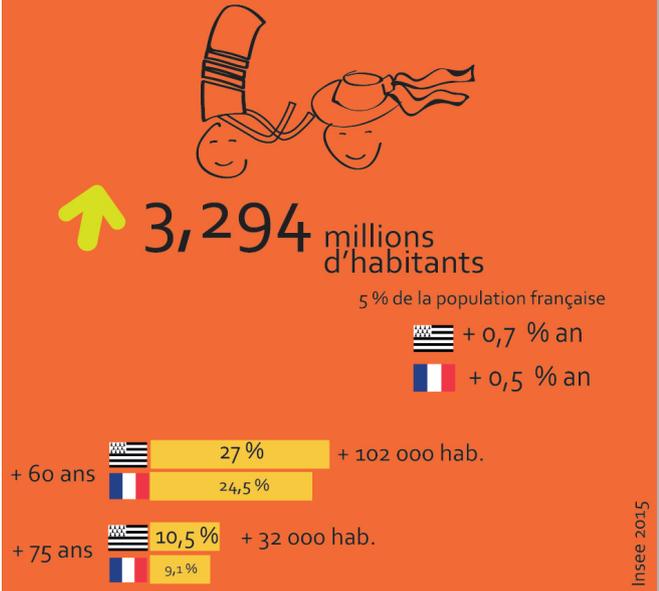
Le contexte breton : synthèse



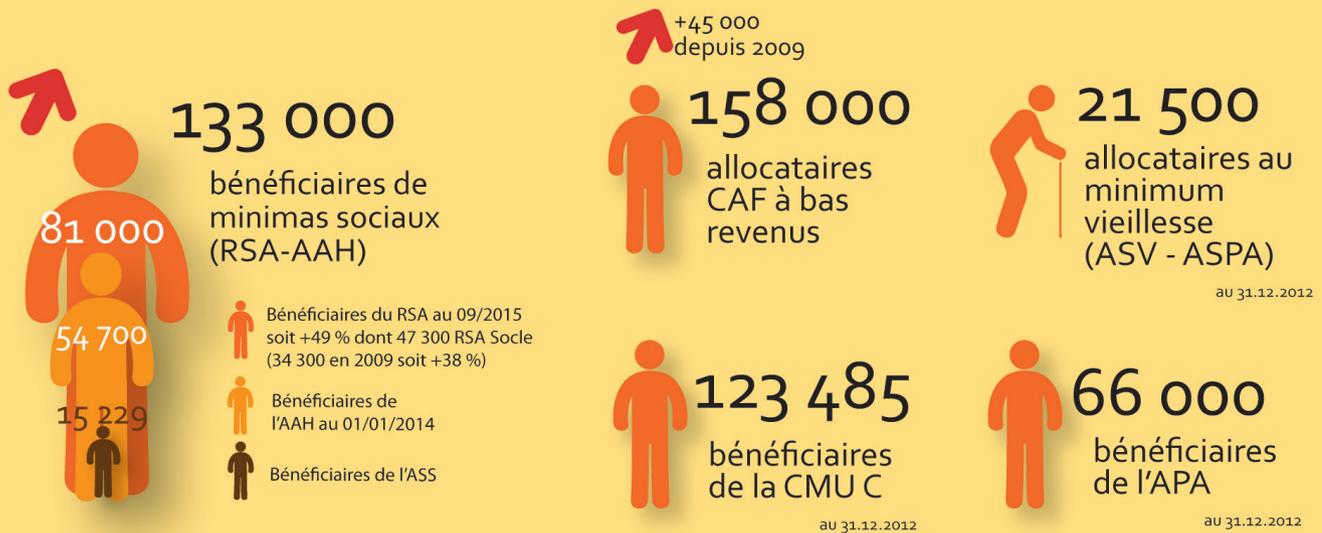
Le logement en Bretagne (depuis 2007)



Les Breton(ne)s en 2015



Les indicateurs sociaux



L'absence de domicile personnel

D'après l'enquête Logement 2013, en France 5,1 millions de personnes ont connu au moins un épisode sans logement personnel au cours de leur vie. Si cet épisode est passager pour certains, il dure plusieurs mois pour d'autres, voire plusieurs années : **plus de 2 millions de personnes ont ainsi déclaré avoir ainsi connu une absence de logement personnel** pendant au moins un an, et 440 000 d'entre elles pendant plus de 5 ans. Dans la majorité des cas, les solidarités privées sont largement mobilisées (hébergement chez des amis ou de la famille), mais les différentes formules d'**hébergement institutionnel** jouent aussi un rôle fondamental : **plus de 800 000 personnes y ont eu recours** à un moment de leur parcours (centres d'hébergement d'urgence ou d'insertion, accueils pour demandeurs d'asile, logements ou chambres payés par une association ou un organisme d'aide...). En dernier recours, des lieux non prévus pour l'habitation sont mobilisés (rue, véhicule, hall d'immeuble ou abri de fortune) : d'après les résultats de l'enquête Logement, 340 000 personnes ont déclaré en 2013 y avoir vécu à un moment de leur vie.

› Les sans-abri

Le recensement des personnes sans-abri varie d'un département à l'autre en Bretagne. En recoupant ces chiffres, on peut estimer qu'au moins 600 personnes vivent à la rue, dont une partie de migrants.

Sur le territoire de Rennes Métropole, un peu plus de 5 000 rencontres ont été effectuées par les équipes du SAMU social de Rennes au cours des maraudes en 2013, dont 80 % concernent des hommes.

Le recensement des « campements illicites » de la DIHAL fait apparaître la Bretagne pour la première fois en 2014 avec 26 lieux recensés pour 533 personnes accueillies en septembre 2014. La situation s'est

Environ 600 personnes repérées comme vivant à la rue, en squats ou en accueil de jour



Diagnostics 360° - 2015

Campements illicites recensés en Bretagne en octobre 2015



« Etat des lieux national des campements illicites » 15/12/15

aggravée début 2015 (29 lieux pour 672 personnes en mars 2015) pour se stabiliser fin 2015.

Certaines personnes, comme les sortants d'incarcération, se retrouvent sans logement.

En 2014, sur les 1 500 sortants d'Ille-et-Vilaine, 156 n'avait pas de solution logement et 104 avaient une solution précaire d'hébergement.

A l'échelle régionale, on peut estimer cette population aux environs de 3 000 personnes chaque année¹.



La fap agit et soutient le Point Information Jeunesse de la maison d'arrêt de Ploemeur pour permettre un meilleur accès au logement des sortants de prison.

¹ 2 700 personnes en 2014, pour la Bretagne sans les Côtes d'Armor. Diagnostics à 360°. 2015.

› L'urgence hivernale

Le dispositif d'urgence hivernale recense les demandes d'hébergement faites aux quatre 115 et aux SIAO départementaux.

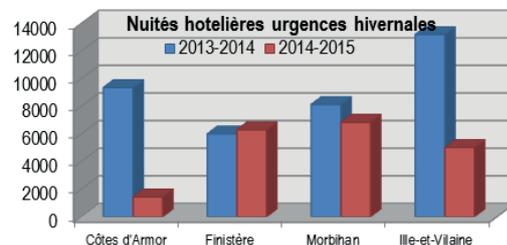
Bien que limitées à la période hivernale (novembre à mars), ces demandes révèlent la détresse des personnes sans logement ni hébergement. Depuis 2014, la FNARS Bretagne réalise un baromètre permettant de suivre l'évolution du dispositif.

On observe une baisse du nombre total de demandes cumulées reçues par les 115 et SIAO de la région entre 2013-2014 et 2014-2015 : - 2 543. On comptait 5 605 demandes de ménages différents, soit 7 950 personnes, durant l'hiver 2014 contre 3 302 ménages, soit 4 159 personnes durant l'hiver 2015. L'Ille-et-Vilaine concentre les 2/3 des demandes totales et 44 % des demandes des ménages différents de la région.

Cette baisse est très nette pour les nuitées hôtelières financées -17 076 (-87 %) correspondant aux prémices de la mise en œuvre du plan de réduction de ces dernières.

Total demandes d'hébergement formulées aux 115/ SIAO par ménage

Urgence Hivernale	22	29	35	56	Total
2013-2014	2 468	3 454	14 066	4 379	24 907
2014-2015	1 671	3 306	14 453	1 934	22 364



Demandes d'hébergement



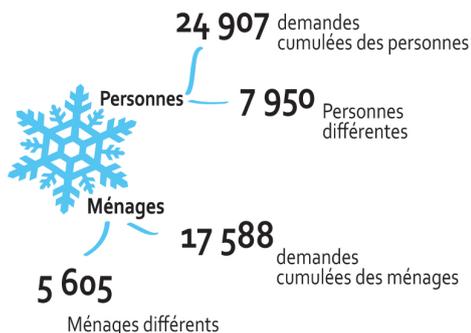
Nuitées hôtelières



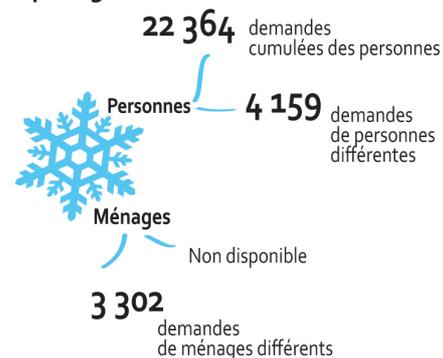
Chiffres à tempérer : l'hiver 2014-2015 a été plus doux. Beaucoup d'hommes seuls n'appellent plus le 115.

Urgence hivernale

2013-2014



2014-2015



› Les hébergements en établissements sociaux

En 2014, les établissements sociaux de Bretagne ont orienté au moins 136 personnes vers un logement adapté, au moins 524 personnes vers un logement de droit commun et au moins 123 personnes vers des places de stabilisation ou d'insertion de CHRS.

Selon les diagnostics à 360°, 991 ménages ont été hébergés en structure d'insertion ou de stabilisation en 2013 (absence de données 2014).



Plus de 1000 ménages hébergés en structures d'insertion ou de stabilisation en 2013 (données manquantes pour l'Ille-et-Vilaine)

Plus de 800 personnes orientées vers une solution logement ou d'insertion par les CHRS en 2014

› Les demandes et attributions faites à des personnes sans logement

Les organismes Hlm bretons continuent d'accueillir des ménages sortants d'hébergement : 5 % des attributions en 2013 et 6 % en 2014, soit près de 1 400 ménages accueillis (environ +300).

Le SNE (Système National d'Enregistrement de la demande Hlm) recense 2 943 demandeurs Hlm sans solution logement en 2014, soit une quarantaine de plus qu'en 2013. C'est en Ille-et-Vilaine qu'ils sont les plus nombreux (1 600) alors que dans les autres départements, ils sont entre 340 et 550.

Nombre demandeurs Hlm sans solution logement - SNE

	22	29	35	56	Bretagne
2013	374	438	1 623	478	2 913
2014	337	443	1 608	555	2 943



Les demandeurs de logements Hlm sans solution logement

= 3 000
en 2014



6 % des attributions par les organismes Hlm à des ménages sortant d'hébergement en 2014, soit environ 1 400 ménages

Les difficultés d'accès au logement

D'après un sondage réalisé en 2013, 8 Français sur 10 estiment qu'il est difficile de trouver un logement³. Les difficultés sont particulièrement aiguës pour les ménages les plus modestes, les isolés, les jeunes en difficulté d'insertion, les femmes seules avec enfant(s) disposant de faibles ressources... mais elles le sont aussi pour de nombreux ménages insérés socialement. Le marché du logement fonctionne en effet aujourd'hui comme une « centrifugeuse » qui sélectionne les « candidats » les plus solvables, et refoule les autres vers les réponses apportées par la puissance publique. Notamment vers un parc Hlm qui n'est pas calibré pour répondre à l'ensemble des besoins.

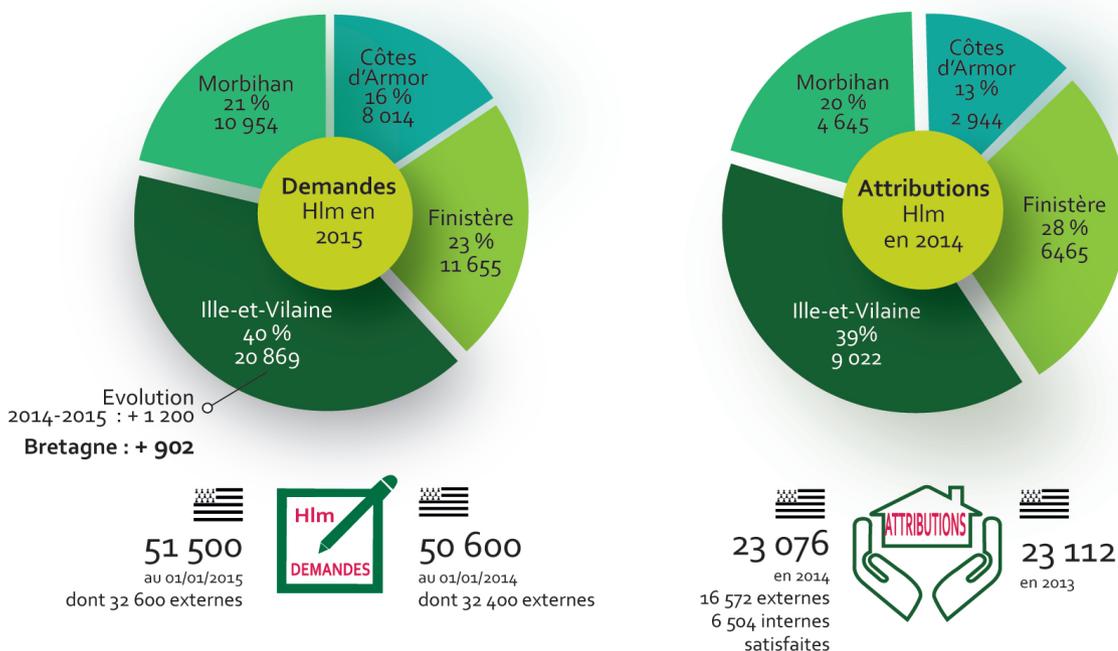
› Une demande Hlm croissante

Selon les fichiers départementaux, 51 500 demandes ont été enregistrées par les organismes HLM et leurs partenaires en 2014 contre 50 600 en 2013⁴ soit plus de 900 nouvelles demandes.

La part des demandes internes (ceux déjà logés dans le parc Hlm) progresse plus rapidement que les demandes externes (+700 contre +200).

La situation varie fortement selon les départements : à l'exception de l'Ille-et-Vilaine, la demande totale cesse de progresser et c'est principalement la demande externe qui diminue. Les demandes de mutations se maintiennent dans le Finistère et

Demands et attributions Hlm



3 Sondage Ipsos pour Nexity, « Les Français et le logement : lucides ou résignés », octobre 2013.

4 Source : La demande locative sociale en Bretagne au 01/01/2014 et au 01/01/2015. ARO Habitat Bretagne.

dans une moindre mesure dans le Morbihan. En Ille-et-Vilaine, les 2 types de demandes progressent fortement alors qu'elles diminuent dans les Côtes d'Armor.

› Des attributions qui stagnent

Les attributions stagnent depuis 2013 autour de 23 100 demandes satisfaites. Les mutations progressent un peu alors que les demandes externes sont plus difficiles à satisfaire.

Le Finistère et les Côtes d'Armor, qui connaissent une légère baisse de la pression de la demande, parviennent à satisfaire les demandes externes et internes, ce qui n'est pas le cas du Morbihan et surtout de l'Ille-et-Vilaine. Dans ce département la satisfaction des demandes de mutations internes se maintient juste, à la différence des attributions externes qui diminuent, dans un contexte de forte pression.

Cette pause dans les attributions se traduit par un allongement des délais moyens d'attribution qui passent de 9,4 mois au 1/01/2014 à 10 mois au 1/01/2015.

Si 15 % des demandes externes et 24 % des demandes des locataires Hlm ont plus de 2 ans d'ancienneté, près d'un quart ont déjà eu une proposition de logement et 39 % plusieurs.

› Le DALO

Le recours au DALO est faible en Bretagne par rapport aux autres régions. Les Côtes d'Armor (depuis 2011) et le Finistère (depuis 2008) recensent plus d'une centaine de recours annuels. On observe une augmentation sensible des recours depuis 2013 dans le Morbihan (46 en 2012, 70 en 2013 et 94 en 2014). La situation en Ille-et-Vilaine est particulière puisque disposant sur Rennes d'un dispositif partenarial ancien et globalement performant qui s'est diffusé ensuite sur l'agglomération. En 2014, 36 % des recours venaient des Côtes d'Armor, 35 % du Finistère, 25 % du Morbihan et 3 % d'Ille-et-Vilaine.

Une soixantaine de bénéficiaires restait à loger au 01/01/2015, plus particulièrement dans les Côtes d'Armor (28) et le Morbihan (23).



Le délai moyen d'attribution passe de 9,4 mois à 10 mois entre 2013 et 2014



367 recours DALO en 2014 dont 159 décisions favorables et 101 relogements réalisés (305 recours en 2013 dont 151 décisions favorables et 88 relogements) – (Bilans activité Info Daloo)



DALO sur la période 2008-2014 : (suivi cohorte)
880 décisions favorables
➔ 536 relogements effectués et 61 bénéficiaires restant à loger.



RAPPEL pour déposer un recours DALO, il faut être :

- sans domicile,
- demandeur d'un logement social depuis un délai supérieur au délai anormalement long
- menacé d'expulsion sans relogement,
- hébergé dans une structure d'hébergement ou une résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) plus de 6 mois consécutifs (ou logé temporairement dans un logement de transition ou un logement-foyer depuis plus de 18 mois),
- logé dans des locaux impropres à l'habitation ou présentant un caractère insalubre ou dangereux,
- logé dans un logement indécent ou suroccupé dès lors que vous avez à votre charge au moins un enfant mineur ou une personne handicapée ou si vous présentez vous-même un handicap.

› Le DAHO

Le versant « hébergement » du droit au logement opposable est le DAHO. Les Côtes d'Armor concentrent 79 % des recours d'hébergement de la région en 2014 et 76 % en 2013. Les autres départements ont peu de recours DAHO, le plus souvent inférieurs à la dizaine. L'Ille-et-Vilaine, comme pour le logement, recense très peu de recours.

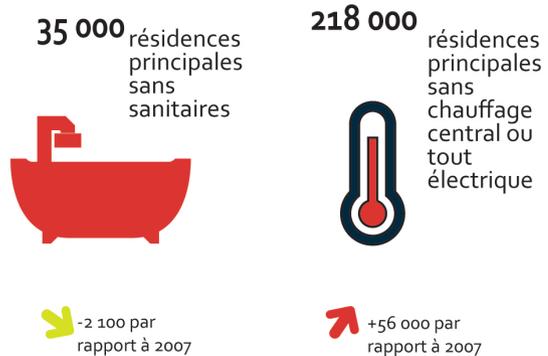


85 recours DAHO en 2014 pour 81 décisions favorables et 45 bénéficiaires accueillis (106 recours en 2013 pour 71 décisions favorables et 48 bénéficiaires accueillis)

Les mauvaises conditions d'habitat

› Mauvaises conditions d'habitat

La part des ménages qui estiment que leurs conditions actuelles de logement sont satisfaisantes ou très satisfaisantes n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies, s'établissant à 77 % en 2013 contre 52 % en 1973. À l'inverse, la part des ménages estimant que leurs conditions de logement sont insuffisantes ou très insuffisantes a régressé (de 15 % à 6 %)⁵. Si le parc de logements s'est incontestablement amélioré depuis les années 1950, le mal-logement lié à de mauvaises conditions d'habitat est loin d'avoir disparu. Mauvaise qualité des logements, insalubrité et indécence, copropriétés dégradées, « passoires thermiques »... : des millions de ménages sont aujourd'hui encore confrontés à des formes très graves de mal-logement. La Bretagne avec un parc ancien, notamment en milieu rural, n'est pas épargnée.



› L'inconfort sanitaire

Parmi les mauvaises conditions d'habitat, l'inconfort sanitaire est fréquemment cité. L'inconfort recule, comme l'attestent les exploitations de l'enquête logement 2013 faites par la Fondation Abbé Pierre : moins d'1 % au niveau national.

En Bretagne, le nombre de logements sans salle de bain ou douche diminue de 2 100 logements entre 2012 et 2007 et se situe à 35 000 unités. Par contre 56 000 résidences principales supplémentaires ne disposent pas de chauffage central ou du tout électrique soit 218 000 unités.

Les mauvaises conditions d'habitat



Près de **80 000** logements privés potentiellement indignes



4 200 logements aidés dans le cadre du programme « Habiter mieux » en 2014 et

9 778 depuis 2011 ; 1^{re} région française



3 210 copropriétés fragiles sur un total de 21 115 repérées par la DREAL (2013)



4 200 logements financés par le fonds d'aide à la rénovation thermique au 01/01/2015 soit 120 % des objectifs



La fap agit pour soutenir des propriétaires occupants impécunieux dans le cadre de son programme SOS Taudis de lutte contre les logements indignes : 30 ménages soutenus en 2015.

⁵ Insee première n°1546, « Les conditions de logement fin 2013 », avril 2015.

➤ La vulnérabilité énergétique

Un Français sur 5 est en vulnérabilité énergétique⁶

« En Bretagne, les dépenses annuelles moyennes des ménages sont égales à 1 220 € pour le chauffage et la consommation d'eau chaude, et à 670 € pour les déplacements domicile-travail et les déplacements contraints. La vulnérabilité énergétique liée au logement concerne près de 15 % des ménages, souvent des personnes seules, jeunes ou retraitées, vivant en milieu rural tandis que la vulnérabilité énergétique liée aux transports touche 12 % des ménages, fréquemment des familles éloignées des pôles urbains. Seuls 3 % des ménages cumulent les deux difficultés⁷ »

 24 % (soit 203 000) des ménages en vulnérabilité énergétique (22 % en France) dont 15 % au titre des dépenses de logement

La FAP agit et développe des partenariats avec des associations de terrain qui « traquent » la précarité énergétique chez les ménages les plus modestes et les accompagnent en vue de progrès significatifs : Alecob, Ener'gence, ALE du pays de Saint Briec, Solidarité Paysan, etc.



6 Définition Insee : « Vulnérabilité énergétique au sens "taux d'effort énergétique" : un ménage est considéré comme vulnérable énergétique si son taux d'effort énergétique est supérieur à un certain seuil. Ici, le seuil correspond au double de la médiane des taux d'effort observés en France métropolitaine, soit 8 % pour le chauffage et 4,5 % pour le carburant automobile ».

7 Insee Analyses Bretagne n°14. Janvier 2015.

➤ Les démarches amiables dans la lutte contre l'habitat indigne

Les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne développent des démarches amiables pour agir en amont et éviter la dégradation des situations, intervenir en tant que médiateur dans une relation souvent très tendue entre locataire et propriétaire et enfin traiter les premiers désordres du logement pour éviter sa dégradation rapide.

 Plus de 900 visites des pôles de lutte contre l'habitat indigne pour qualifier les logements. Des travaux réalisés dans 25 % des cas
Plus de 1000 courriers « amiables ». Si échec, engagement des procédures judiciaires : 49 procédures engagées en 2014

En 2014, 424 acteurs de terrain ont été formés à la lutte contre l'habitat indigne.

Procédures engagées devant le tribunal d'instance en 2014

Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
33	8	2	6

➤ Zoom sur les demandeurs de logement social

➤ L'habitat non conventionnel

2 174 demandeurs de logement social déclaraient vivre en habitat non conventionnel (catégorie du SNE : squat, caravane, camping, abris...) en 2013. Ils étaient 2 202 en 2014.

L'habitat non conventionnel

2 174 en 2013  2 200 en 2014



demandeurs de logement social déclarant vivre en camping, abris, caravanes...

Source : SNE

Le surpeuplement

7 400  7 200 en 2014

demandeurs de logement social vivaient en surpeuplement en 2013



Source : SNE

La Fap agit et soutient dans le cadre de son réseau Accès aux Droits Liés à l'habitat, 4 associations bretonnes (CLCV 29, CLCV 35, CSF 56, ADIL 22) qui accompagnent les ménages résidant dans des logements indignes ou non décents à obtenir satisfaction de leurs droits fondamentaux. Les résultats : 340 locataires accompagnés depuis 2013, 56 actes introductifs d'instance/procédures en justice), 54 relogements en parc social en lien avec l'accompagnement renforcé, 30 recours DALO, 17 000 € de dommages et intérêts et de frais de justice obtenus pour les locataires victimes

› Le surpeuplement

Le surpeuplement est l'un des motifs de la demande Hlm, surtout dans les demandes de mutations internes. Sur la période récente on observe une diminution de ces situations, alors que les mutations internes représentent plus de 75 % de l'augmentation la demande en 2014.

› L'hébergement chez un tiers

Le nombre de personnes hébergées chez un tiers progresse toujours pour atteindre près de 11 000, révélateur d'une situation particulièrement tendue.

L'hébergement chez un tiers

10 600  10 800 en 2014

demandeurs de logement social étaient hébergés chez un tiers en 2013



Les difficultés pour se maintenir dans son logement

Perte d'emploi, diminution des ressources, séparation conjugale, rupture familiale... face aux aléas de la vie, des milliers de personnes sont fragilisées et se retrouvent en difficulté pour se maintenir dans leur logement. De l'impayé au surendettement, ces situations peuvent conduire dans les cas les plus graves à l'expulsion du domicile. Sur une période récente, ces difficultés ont pris une ampleur considérable sous l'effet de la flambée des coûts du logement et d'une plus grande fragilité des ressources (liées notamment aux effets de la crise économique).

› Le surendettement

Près de 10 434 dossiers de surendettement ont été déposés en 2014 dont 1 443 pour dettes immobilières (9 988 dont 1302 en 2013). La dette moyenne immobilière est de 98 323 € au niveau régional.

Des disparités infrarégionales se dessinent avec une dette moyenne variant de 92 K€ en Côtes d'Armor ou 90 K€ dans le Finistère à 107 K€ en Ile-et-Vilaine et dans le Morbihan.

› Les impayés

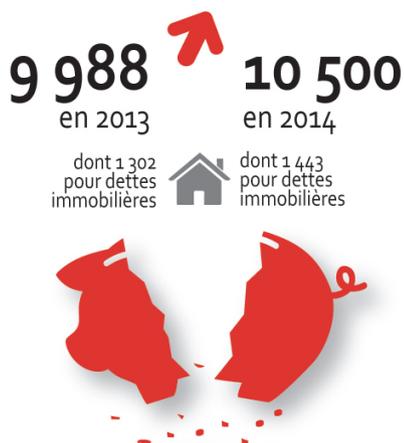
En 2014, la proportion de locataires Hlm en impayé de loyer (16,9 %) diminue par rapport à 2013 (18,0 %) mais reste supérieure à la situation de 2009 (16,4 %). La part des impayés de plus de 3 mois, révélateurs de difficultés plus prégnantes, est maintenue à 5,3 % de l'ensemble des locataires.

Les Côtes d'Armor connaissent les taux les plus élevés, quels que soient les indicateurs (total ou + de 3 mois) et le Finistère les plus faibles.

Plus de 4 000 ménages (sans compter l'Ille-et-Vilaine) bénéficiaires d'une aide au logement ont fait l'objet d'une procédure de traitement d'un impayé de loyer en 2013 (3 300 en 2012)

Le surendettement

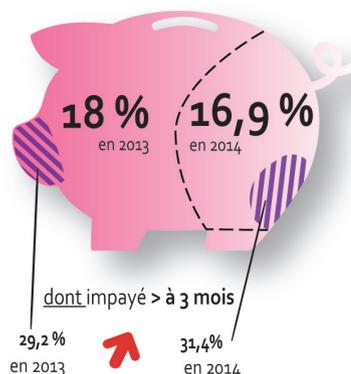
Dossiers de surendettement



Source : Banque de France

Les impayés

Locataires Hlm en impayé



Source : Aro Habitat

=

490 effacements de créances par les organismes Hlm en 2014



› Les procédures d'expulsions

Face à ces difficultés, on observe une augmentation des décisions d'expulsions par les tribunaux.

Sur les trois dernières années (2012-2014), il y a eu 249 expulsions supplémentaires pour impayés en Bretagne. A l'exception des Côtes d'Armor, les autres départements connaissent une progression : + 105 en Ille-et-Vilaine, + 116 dans le Morbihan et + 79 dans le Finistère.

Dans le parc Hlm, on observe une diminution des expulsions liées aux impayés avec concours de la force publique mis en œuvre (184 en 2014 contre 203 en 2013).

La fap agit par le biais « d'appels de détresse » pour soutenir directement des ménages en impayés de loyers : 46 demandes soutenues sur 200 acceptées entre 2014 et 2015.



Les procédures d'expulsions

Demandes d'assignation au tribunal par les bailleurs pour impayés en Bretagne

2 703 en 2010  4 455 en 2014



Décisions de justice d'expulsion pour impayés en Bretagne

2 622 en 2010  3 000 en 2014



 Expulsions pour impayés dans le parc Hlm en 2014 (203 en 2013)

203 en 2013  184 expulsions parc Hlm en 2014



L'offre de logements

► Un parc Hlm à développer

La Bretagne dispose d'un parc locatif social (10,9 %) inférieur à la moyenne nationale (16,0 %) même hors Ile-de-France (14,4 %). Cette moyenne masque de profondes disparités entre les agglomérations et les secteurs ruraux : les deux tiers de l'offre sont

50 % du parc Hlm breton avec des loyers très sociaux (43 % construit avant 1977 et 6 % de PLAI)

concentrés dans les 7 plus grandes aires urbaines dont Rennes (23,5 %), Brest (11 %) et Lorient (9,6 %).

► Chute de la production de logements

Après 3 années consécutives de hausse de la production de logement social (PLS-PLUS-PLAI), forte chute en 2014 (-25 %) (et -16 % PLUS-PLAI).

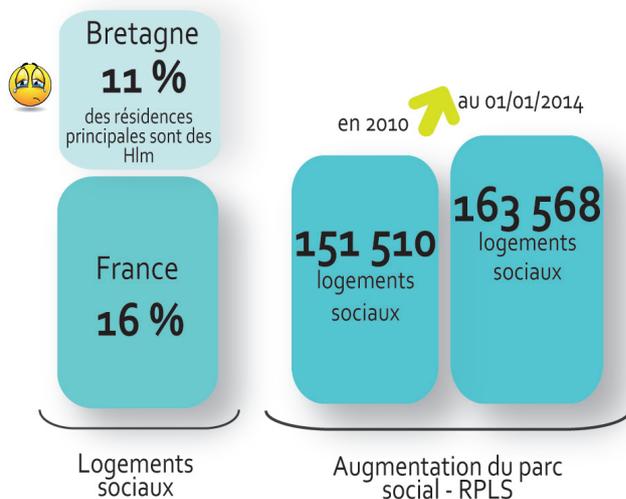
On observe une nette diminution dans le Finistère et les Côtes d'Armor, moindre dans le Morbihan et en Ile-et-Vilaine.

La chute moyenne en France est de 9 %. La Bretagne se situe au 6ème rang en termes de production LLS, comme en 2013.

- 3 200 mises en location Hlm en 2013 contre 4 200 en 2012
- 18 % de construction de logements PSLA (Accession sociale à la propriété) en 2014 (872) par rapport à 2013 (1 062)
- 19 % de PLUS (logement social)

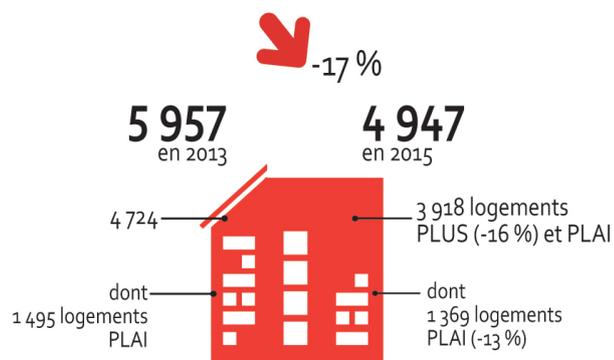


L'offre de logements



Chute de la production de logements

Logements sociaux financés



› Un parc privé conventionné limité

Avec près de 6 350 logements, l'offre privée représente 3,5 % des logements conventionnés, ce qui laisse de solides marges de progression. On observe un volume de 550 à 600 conventions annuelles sur les dernières années. Le nombre de conventions est minoré car il n'y a pas d'obligation par l'ANAH de leur enregistrement. Cela pourrait être amélioré...



Conventions ANAH :



2015 : 400 logements
2014 : 561 logements
2013 : 583 logements

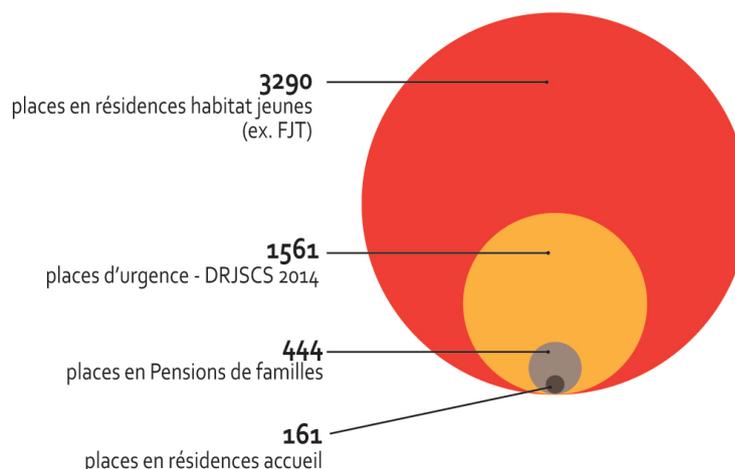
6 349 logements
conventionnés en vigueur
au 23/02/2016

› L'offre d'hébergement/logement

Source DRJSCS /DREAL – 31/12/2013

- Places de CADA : 864
- Places de Centre Provisoire d'Hébergement : 59
- Places de CHRS : 1 102
- Accueil non conventionné à l'aide sociale : 459 :
- Maison relais-Pensions de famille : 444
- Résidences Habitat Jeunes : 3 290
- Résidences sociales hors RHJ : 499
- Nombre de places d'urgence : 1561
- Dont urgence : 444
- Dont stabilisation : 39
- Dont insertion : 1078

Offre d'hébergement



Source : DRJSCS



Taux
d'équipement en
places d'hébergement
pour 1 000 adultes 20-
59 ans : 1,0‰ (France
1,9‰)



La Fap agit et aide dans le cadre de ses missions sociales (secteur pension de famille ou programme « Toit d'abord ») à l'émergence de places en pension de famille, en résidence sociale et habitat jeunes.

› L'accueil des gens du voyage

La Bretagne dispose d'un bon équipement en aires d'accueil pour les gens du voyage. L'actualisation des schémas départementaux a conduit à prescrire de nouvelles aires, notamment dans les communes ayant franchi les 5 000 habitants.

Les projets de terrains familiaux et l'habitat adapté commencent à sortir. Le schéma du Morbihan est en avance sur ces questions.

A l'échelle régionale, il reste encore beaucoup à faire sur la production d'une offre nouvelle et adaptée aux gens du voyage, que ce soit en termes de terrains familiaux locatifs ou de PLAI.



Plus de 90 % de réalisation des places en aires d'accueil des gens du voyage.

2 249 places réalisées au 01/01/2014

Terrains familiaux :

22 places réalisées et 2 opérations d'habitat adapté (4 & 6 logements)

16 + 24 places en cours de réalisation en 2016.



PARTIE **2**

Santé et mal-logement en Bretagne

Introduction

« Quand on est malade, on reste à la maison, mais quand c'est le logement qui rend malade ? »

C'est par cette campagne de sensibilisation lancée en 2007 que la Fondation Abbé Pierre souhaitait attirer l'attention des citoyens sur les dégâts du mal-logement en matière de santé. A travers ses actions, la Fondation mesure en effet la prégnance des problématiques de santé chez les mal-logés, qui apparaissent aussi en filigrane de ses analyses dans les rapports annuels successifs sur « L'Etat du mal-logement en France ». Il était donc nécessaire d'y consacrer un chapitre à part entière, tant les liens entre mal-logement et santé sont importants et divers, mais sans faire toujours l'objet d'une attention suffisante dans les réponses apportées aux personnes.

Les liens entre problème de logement et de santé sont évidents lorsque l'on se penche sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes sans domicile, qu'elles dorment à la rue ou en habitat de fortune, ou encore qu'elles « tournent » entre les différentes formes d'hébergement proposées par les dispositifs publics (accueil d'urgence et de stabilisation, hébergement d'insertion, hôtels...). Il en va de même pour tous ceux qui vivent en bidonvilles, bien souvent des familles avec enfants, dans des conditions sanitaires les plus rudimentaires et inacceptables. On pense aux ménages contraints d'habiter des logements insalubres, humides ou très dégradés, avec toutes les conséquences délétères connues sur le plan sanitaire (saturnisme, asthme, bronchites chroniques, allergies...), sans compter les risques d'accidents domestiques.

Si ces liens sont évidents, ils restent parfois difficiles à démontrer objectivement, faute de données et recherches engagées sur le sujet, comme l'observent de nombreux acteurs locaux. Cette année l'éclairage Bretagne propose un état des lieux de la situation,

prolongeant les éléments présentés dans L'Etat du mal-logement en France 2016.

➤ La santé...

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁸.

La santé est ainsi une notion complexe et relève d'une approche globale qui prend en compte l'ensemble des facteurs déterminants relatifs aux conditions de vie, à l'accès à l'emploi, aux services, à l'état de l'environnement, au cadre de vie... Elle résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Elle touche à la fois l'économie (les entreprises qui produisent), le social (l'accès aux soins) et l'environnemental (on est directement dépendant de l'endroit où l'on vit)⁹.

Schéma des déterminants de la santé Dahlgren et Whitehead (1991)



8 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

9 <https://vertigo.revues.org/14953>. Shireen Nazer. De nouvelles obligations réglementaires pour l'approche écosystémique : une démarche de planification globale au service de l'aménagement des villes favorables à la santé-environnement. Les approches écosystémiques de la santé dans la francophonie. Hors-série. 19 août 2014.

La Bretagne apparaît également défavorisée pour les maladies de l'appareil respiratoire (asthme, insuffisance respiratoire...), liées entre autres à la qualité de l'air intérieur (moisissures, produits à usage domestique, acariens...). Elles représentent 7 % de l'ensemble des décès dénombrés en Bretagne. Les femmes (indice 126) plus que les hommes (indice 111) sont concernées par une surmortalité liée à ces affections. 3 % de l'ensemble des bénéficiaires âgés de 5 à 44 ans sont sous traitement antiasthmatique. Cependant, la situation est contrastée selon les pays de Bretagne. Les taux les plus élevés s'observent dans les pays du Centre Bretagne et du nord Finistère, à l'opposé les pays situés à l'est de la région apparaissent moins concernés, les taux les plus faibles se concentrant dans les pays de Dinan, Brocéliande, Rennes et Vitré.

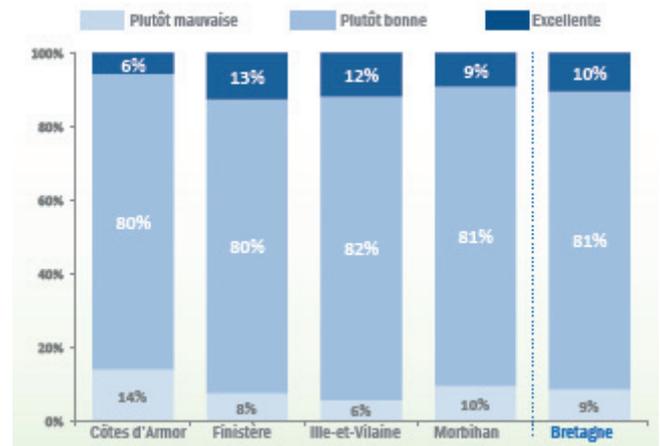
Enfin les maladies cardio-vasculaires représentent 29 % de l'ensemble des décès sur la période 2006-2010, ce qui les place au premier rang des causes de mortalité féminine, et au deuxième rang pour les hommes, derrière les cancers. Pour ces maladies, les principaux facteurs de risque identifiés relèvent davantage de comportements individuels tels que le tabagisme, le manque d'exercice physique, un régime alimentaire riche en graisses saturées et/ou sel ou encore l'usage nocif d'alcool, eux-mêmes pouvant être influencés par l'environnement physique, social et culturel des personnes.

Parallèlement, plus de 9 Bretons sur 10 ont une perception positive de leur santé globale. 81 % la jugent plutôt bonne, 10 % excellente, contre 9 % plutôt mauvaise. Cette perception se détériore avec l'âge : 14 % des 65-75 ans jugent leur santé plutôt mauvaise.

Par ailleurs, elle varie significativement selon les départements : 14 % des habitants des Côtes d'Armor

se déclarent plutôt en mauvaise santé, proportion deux fois plus élevée qu'en Ile-et-Vilaine (6 %). Aucune différence significative n'est observée selon le genre ou le type d'aire urbaine.

Perception de la santé, selon le département de résidence



Source : Observatoire régional de la santé, Baromètre santé environnement Bretagne 2014

Dans l'ensemble, les Bretons ont le sentiment d'être plutôt bien informés des risques sur la santé liés à l'usage des téléphones portables (68 % d'entre eux), à la qualité de l'eau du robinet (67 %), à la pollution de l'air extérieur (65 %), au monoxyde de carbone (64 %) et au bruit (62 %).

Cette perception diminue sensiblement vis-à-vis de la pollution de l'air intérieur (47 %) et de la pollution des sols (46 %) : respectivement 3 % et 2 % des Bretons n'ont jamais entendu parler de ces sujets. Le radon est le thème pour lequel le défaut d'information ressenti est le plus important : 44 % des habitants de la région déclarent ne jamais en avoir entendu parler.

Quand l'absence de logement rend malade

L'absence de logement autonome, de domicile personnel recouvre les situations les plus difficiles en termes de mal logement : être à la rue, en accueil d'urgence, en hébergement d'urgence ou en squat... Les conséquences en matière de santé sont multiples et dépendent de nombreux facteurs, souvent interdépendants, comme le relèvent les acteurs bretons rencontrés. Les pathologies peuvent être préexistantes à la situation de mal logement, certaines peuvent aussi être aggravées par les conditions extrêmement pénibles de la rue et de l'errance, d'autres peuvent être la conséquence du mal logement.

› La rue et le difficile accès aux soins

Compte tenu du profil des personnes vivant à la rue, c'est-à-dire occupant l'espace public en journée et pouvant chercher refuge la nuit ailleurs, dans des squats, en accueil d'urgence (115) ou en hébergement, les difficultés sont de plusieurs ordres.

L'absence de logement ou de domicile personnel peut être à l'origine ou renforcer des problèmes de santé. Elle est aussi l'un des principaux obstacles à la poursuite d'un traitement ou d'un parcours de soins, que ce soit en santé physique ou mentale.

› Les publics

La vie dans la rue est une réalité que l'on ne peut plus nier en Bretagne. Cette réalité a fortement évolué depuis les années 2000 et l'image du « clochard routard » est largement dépassée. Aujourd'hui, ce sont le plus souvent des jeunes en rupture familiale, des migrants en familles ou non, des personnes isolées ayant des problèmes de santé mentale...

A Rennes, des jeunes occupent l'espace public avec une forte visibilité mais ils sont peu nombreux. Certains sont issus des dispositifs d'aide sociale à

l'enfance (cf. encart TREND) ou suite à un coming-out et se retrouvent à la rue alors qu'ils sont très peu autonomes. Beaucoup d'entre eux souffrent de troubles psychiques, qui ne sont pas toujours décelés, et encore moins souvent traités. Des phénomènes d'identification aux plus âgés et d'adaptation à la rue se mettent en place, plus ou moins rapidement.

Le Säs

Labellisé Point accueil écoute jeunes (PAEJ) depuis 2008, le Säs s'adresse aux jeunes de 12 à 30 ans, et à leurs parents, et vise à prévenir les conduites à risques. Il dispose d'un lieu d'information, avec mise à disposition des outils de prévention, et d'un lieu d'écoute anonyme, confidentielle et gratuite.

Les motifs de rendez-vous peuvent être la consommation de stupéfiants, des difficultés de la vie affective, familiale ou sexuelle, ou encore le mal-être lié à l'isolement... La plupart des jeunes qui fréquentent le lieu sont déjà en rupture de soin, souvent victimes d'addictions cumulées.

Le PAEJ vise une approche globale de la santé et travaille en partenariat avec de nombreuses structures ressources (Planning familial, CHGR etc.), qui assurent des consultations spécialisées. Structure « à bas seuil d'exigence », il oriente également vers les organismes d'accompagnement au logement. Son action est ainsi liée à l'accès aux droits de manière générale. Elle se développe hors-les murs pour toucher un public plus large, notamment le public qui n'est pas en demande. L'objectif du Säs est d'être un lieu multi-compétences et de développer les co-démarches avec les partenaires, dans le domaine de la santé environnementale et de l'éco-citoyenneté.



La grande majorité (70 %) des bénéficiaires de l'EMPP¹⁰ sont en grand mal être et ont des problèmes de santé mentale. Une partie d'entre eux relève de la psychiatrie et sont notamment schizophrènes. On estime qu'1 % de la population est atteint de cette maladie et environ 20 % de ceux étant à la rue (50 % aux USA) selon l'EMPP. C'est l'une des difficultés de ces malades qui, de par leur pathologie, ont une très grande difficulté à formuler une demande.

Sur Rennes, l'absence de logement n'est pas considérée comme étant à l'origine de la majorité des situations des personnes à la rue. Pour les « Européens / Français », l'existence des CHRS et dispositifs d'accueil d'urgence permet de trouver des solutions, même s'ils sont parfois saturés. La difficulté principale est bien le trouble psychosocial dont souffrent ces personnes qui les empêche de pouvoir « habiter » pleinement et conformément aux normes leur logement. Ce sont bien les difficultés rencontrées par ces personnes qui les conduisent à la rue et ne leur permettent pas d'accéder ou de rester dans un logement.

Parmi ces difficultés, les addictions et les problématiques de santé mentales sont très présentes. Pour les toxicomanes (avec ou sans chiens), les dispositifs d'accueil et d'insertion sont des espaces « contraignants » qu'ils « préfèrent » éviter. Les squats sont davantage compatibles avec leur mode de vie.

Plus largement, pour les jeunes aux trajectoires complexes et chaotiques, ayant vécu de nombreuses ruptures familiales et institutionnelles, vivre à la rue, dans les marges, correspond à un « retournement du stigmate »¹¹. Occuper un appartement correspond à ce qu'ils rejettent. La rue apparaît comme un moyen

de s'émanciper du poids de la normativité. Pour ce type de public, les politiques du housing-first sont à nuancer, car il maîtrise mal les normes d'habiter. Et, pour des raisons de responsabilité liée aux risques sanitaires notamment, des solutions alternatives, sous la forme de petits habitats mobiles, ne sont pas proposées.

De fait, l'essentiel des personnes à la rue sont des migrants. Des professionnels font les comptes, qui s'ils ne sont pas toujours précis, révèlent les tendances : « A Rennes, il y a environ 2 000 personnes qui arrivent par an et on a 400 places de CADA. Il reste 1 600 demandeurs d'asile par an à la rue dont une partie reste sur place... ».

La santé mentale

Les termes sont nombreux et recouvrent des situations diverses. L'OMS souligne dans sa constitution la dimension positive de la santé mentale : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette approche globale de la santé est parfois divisée entre santé physique et santé mentale afin de pouvoir distinguer plus facilement certaines pathologies.

Les problèmes de santé mentale dans leur globalité sont de moins en moins pris en charge par la psychiatrie qui s'est recentrée sur son « cœur de métier » en traitant principalement les personnes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires. Pour certains, on assiste à une « psychiatrisation » de la santé mentale. Ces derniers déplorent également une « sanitarisation » de la santé mentale, dans le sens où les actions autres que celles liées aux soins, ont de plus en plus de mal à trouver leur place (prévenir, aller vers, lutter contre l'isolement, etc.).

10 Équipe mobile psychiatrie précarité. Entretien avec le Dr Le Ferrand.

11 Entretien avec Mme Céline Rothé.

› Des addictions diverses

Selon les professionnels, beaucoup de personnes en souffrance psychique ont des addictions afin de calmer les douleurs et « de ne plus entendre les voix dans leur tête », le plus souvent alcool et stupéfiants (cf. encart TREND). Ces phénomènes addictifs ne se limitent pas aux seules personnes souffrant de maladie mentale.

Plus largement, les personnes à la rue, pour lesquelles « la souffrance fait partie du parcours », présentent des coupures et autres blessures liées aux altercations ou aux chutes. Les pieds peuvent également être très abîmés, en raison des grandes distances parcourues journallement dans des chaussures peu confortables, et des conditions d'hygiène limitée.

Les impacts en termes de santé sont connus : brûlures, œdèmes et autres risques dus aux injections, déchaussement des dents lié à l'usage de l'héroïne, problèmes oculaires...



Rue et addictions

La dernière étude TREND Rennes et Bretagne¹² décrit les problématiques d'addiction des sans domicile fixes repérés à Rennes, à partir d'une description du profil des personnes concernées.

Les « punks à chiens » constituent un premier groupe, qui occupent des squats d'habitation, sont installés dans des parkings souterrains ou encore « zonent » dans les espaces publics. Leurs pratiques de consommations sont essentiellement caractérisées par de grosses prises d'alcool, quelques injections de buprénorphine ainsi que des prises d'amphétamines (speed).

On trouve aussi sur les lieux de zones un groupe de SDF plus âgés. Le profil « jeunes errants » est particulièrement présent sur Rennes au cours de l'été. Il s'agit soit d'individus de passage, dépendants à l'héroïne ou à ses médicaments de substitution et aux amphétamines, qui consomment un peu ce qu'ils trouvent, soit de jeunes venant de quitter le domicile familial, qui « fantasment la fait de vivre à la rue » et n'ont pas encore développé de conduites à risques.

Phénomène nouveau qui tend à se renforcer, on observe depuis 2012 une population de jeunes en rupture de prise en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance, dont certains présentent des déficiences mentales (troubles de la personnalité, souvent liés à une grande carence affective). S'ils se caractérisent par des actes de délinquance, leurs consommations restent relativement mineures, majoritairement autour de l'alcool et du cannabis.

Le noyau dur de cette population représente une dizaine d'individus mais une trentaine de jeunes au profil similaire gravite autour de ce noyau dur¹³.



12 Source : TREND Rennes et Bretagne (Tendances récentes et nouvelles drogues). Guillaume Pavic. 2013.

13 TREND. Synthèse des résultats 2013. Guillaume Pavic. Décembre 2014.

Santé et logement : l'enquête du SIAO 22

Le SIAO 22 a réalisé une enquête sur les ménages déclarant au moins un problème de santé. Elle s'appuie sur 303 demandes au cours du 4^{ème} trimestre 2014. Ce sont des données déclaratives et il n'est pas toujours évident pour l'usager d'aborder ces questions lors du premier entretien avec un professionnel. Malgré ces limites induisant une sous-évaluation, cette enquête révèle des tendances très nettes.

Sur 303 dossiers, la moitié (48 %) des demandeurs d'un hébergement ou d'un logement adapté est confrontée à un problème de santé. Parmi eux, la santé mentale (conduites addictives et souffrances psychiques) est le problème de santé majeur, concernant la moitié des situations. La souffrance psychique concerne 39 % des personnes ayant un problème de santé. D'autres pathologies sont repérées mais minoritaires (≈3 % chacune) : maladie du système respiratoire, pathologie cardiovasculaire, cancers, appareil digestif, affections neurologiques, etc.

Bien que minoritaires, elles représentent quand même 4 à 6 situations sur chaque item, ce qui n'est pas négligeable. Cela montre également la diversité des problématiques santé au-delà de l'importance de la consommation des produits psychoactifs.

S'agissant du profil des personnes, les hommes sont surreprésentés (3/4) au sein de ceux déclarant un problème de santé, l'âge n'est pas discriminant par rapport au public accueilli au SIAO et la présence d'enfants concerne un ménage sur 10.

Ces personnes sont orientées pour moitié vers un CHRS, proportion comparable à celle de l'ensemble des demandeurs. L'analyse du SIAO montre que certains dispositifs sont surreprésentés dans l'accueil des demandeurs confrontés à un problème de santé, notamment de souffrance psychique. C'est le cas des places de stabilisation (42 %), des maisons relais (50 %) et des résidences accueil (100 % mais c'est aussi lié à leur public).

Enfin, si l'accompagnement sanitaire est mis en place pour 100 % des personnes en résidence accueil et maisons relais, il est peu effectif pour ceux en CHRS (44 %), ALT (32 %) ou en stabilisation (33 %). Au total, l'accompagnement sanitaire ne concerne que la moitié des demandeurs ayant des problèmes de santé. Des marges de progrès existent...

Le dispositif Sortir de la rue

La mission locale de Rennes anime depuis 2008, en collaboration avec l'APRAS et la SEA35, un dispositif expérimental visant à accompagner les jeunes à la rue dans un parcours d'insertion. Si la santé n'est pas la clé d'entrée du dispositif, elle y tient une place importante. Lors du premier rendez-vous avec un jeune, les professionnels posent quelques questions sur son état de santé et s'assurent de la couverture par la complémentaire maladie universelle. En cas d'urgence médicale, ils l'orientent vers l'assistante sociale du CHRU, qui peut accorder une CMU d'attente afin de pouvoir démarrer des soins. Des chèques-santé sont également accordés pour faire bénéficier le jeune d'une consultation médicale et de médicaments.

Mais c'est surtout pour la prise en charge des troubles psychiques que leur rôle est important. Au fil des rencontres avec le jeune, ils tentent d'établir une relation de confiance qui va le conduire peu à peu à s'inscrire dans un parcours de soin, seule condition à la poursuite d'une démarche d'insertion, quelle qu'elle soit.

La limite du dispositif réside dans le faible nombre de places d'hébergement accompagné sur Rennes, adaptées à l'accueil de ces personnes.

› L'absence de logement empêche l'accès aux soins et les parcours de soins

L'absence de logement personnel a de graves conséquences sur les parcours de soins. Les professionnels rencontrés (équipe mobile psychiatrie-précarité, réseau ville habitat – Centre Louis Guilloux, Permanence d'accès aux soins de santé) témoignent des grandes difficultés rencontrées par les personnes ne disposant pas de domicile personnel où se poser et se reposer.

Cela concerne des personnes atteintes de pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension, des pathologies infectieuses comme les hépatites, ou la tuberculose. C'est aussi la situation des personnes dialysées devant se rendre 3 fois par semaine pour des séances de 4 heures et sortant de l'hôpital très éprouvées, sans lieu où pouvoir se reposer et retournant à la rue. **L'absence de logement remet en cause la suite de leur traitement et vient renforcer les effets de la maladie.**

Ces situations concernent également les populations migrantes, vivant plus souvent en squat et dont les pathologies sont peu prises en compte, faute de logement pour ces personnes. Des migrants arrivent avec leurs pathologies, certains ne savent pas qu'ils sont malades, d'autres contractent la maladie ici.

Même le maintien de la CMUC, souvent mise en place pour une période de 6 mois à un an, s'avère difficile pour les personnes sans logement. Le renouvellement n'est pas toujours réalisé à l'échéance. À Rennes par exemple, c'est le cas de 20 % des jeunes à la rue.

Pour les maladies psychiques, les parcours de soins sont également plus délicats. Convaincre les

jeunes souffrant de troubles psychiques non traités et mal logés de la nécessité d'un traitement nécessite beaucoup de temps car cela passe par la construction d'une relation de confiance. Ensuite la phase de stabilisation du traitement, avec son lot d'effets secondaires (prise de poids...), est également plus complexe pour les personnes sans logement. Les rechutes provoquent un recours accru à l'alcool.

Les médecins tentent de négocier avec l'hôpital et la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour permettre l'accueil et la prise en charge de la personne mais « *On gère la pénurie* ». Ils se tournent alors vers le 115 « *vous ne pouvez pas le garder 10-15 jours ?* ». Les professionnels de santé témoignent de cette évolution récente « *On n'est plus dans le problème du logement mais on est dans le choix de dire qui va être logé ! Ce n'est pas notre boulot !* »

Les médecins, comme les professionnels intervenant auprès des personnes sans domicile, insistent sur les priorités : c'est avant tout l'alimentation et le toit qui mobilisent leur énergie. La santé et l'accès aux soins viennent ensuite. De plus, pour se soigner, il importe de pouvoir se nourrir et d'être logé : c'est une spirale sans fin...

➤ Les dispositifs existants en Bretagne

La FNARS Bretagne a recensé les structures gérant des points accueil santé, des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Ces données sont complétées par celles de l'ARS.

➤ La plateforme d'observation participative précarité et santé (POPPS)

La plateforme d'observation participative précarité et santé (POPPS) est née du constat de la faiblesse des données existantes sur l'état de santé des personnes en précarité et de la difficulté à identifier un levier pour agir dans ce domaine. C'est un observatoire de la santé co-construit avec les personnes concernées, initié par la FNARS Bretagne en 2011.

Après deux années de réflexion, un partenariat a été bâti avec Sébastien FLEURET du CNRS d'Angers pour monter l'observatoire. En 2013, un conseil consultatif composé de personnes accueillies et de travailleurs sociaux a été instauré dans plusieurs sous-régions, et permis de collecter les premières informations. Une enquête santé est organisée en 2014 auprès des personnes accueillies dans des établissements d'hébergement, des dispositifs d'insertion ou de santé, selon un mode participatif. Des questionnaires ont été remplis par les personnes accueillies, et des informations qualitatives ont été recueillies au cours de cafés-discussions organisés par département. Pour compléter ces matériaux, des données statistiques, notamment issues de l'Insee, ont été capitalisées. Un socle d'indicateurs communs à l'ensemble des partenaires a été déterminé, pour consolider des

données à l'échelle régionale (nombre de lits halte soins santé, nombre de point accueil santé...). L'originalité et l'intérêt de la démarche résident dans la manière dont ces informations ont été valorisées. Enregistrement de conversations, saynètes, BD... les personnes accueillies ont eu l'opportunité de s'impliquer dans la diffusion des informations obtenues sur le thème de la santé.

Les résultats portent à la fois sur la perception de l'état de santé et la difficulté d'accès aux soins, et sur des propositions d'amélioration des dispositifs.

Parmi d'autres points, les résultats mettent en évidence l'importance du lien entre santé et insertion sociale et le fait que les personnes en logement autonome ont une perception de leur état de santé moins bonne que ceux hébergés ou sans logement. Deux éléments d'explication sont avancés à ce stade : la minoration de l'état de santé lorsqu'on est à la rue d'une part, le possible arrêt du traitement lorsque les gens accèdent au logement et ne sont plus suivis.

Les résultats portent à la fois sur la perception de l'état de santé et la difficulté d'accès aux soins, et sur des propositions d'amélioration des dispositifs.

328 personnes interrogées		Type de logement ou d'hébergement
58% Age moyen 40 ans	42% Age moyen 38 ans	Hébergement insertion 34%
		Logement 31%
		Résidence sociale 13%
		Habitat précaire 7%
		Hébergement d'urgence 6%
		Dispositif santé 4%
		Rue 3%
		Maison d'arrêt 1%
Etat de santé		
55% ont un mauvais sommeil		
Moyenne de repas/jour : 2		
73% fument régulièrement		
14% consomment de l'alcool quotidiennement		
22% consomment de la drogue		

Parmi d'autres points, les résultats mettent en évidence l'importance du lien entre santé et insertion sociale et le fait que les personnes en logement autonome ont une perception de leur état de santé moins bonne que ceux hébergés ou sans logement. Deux éléments d'explication sont avancés à ce stade : la minoration de l'état de santé lorsqu'on est à la rue d'une part, le possible arrêt du traitement lorsque les gens accèdent au logement et ne sont plus suivis.



Auteurs des B.D : Philippe, Bernadette, René, Joëlle, Bertrand, Erwan, Lydie, Thomas et Eric

› Les points accueil santé

Le « point accueil santé » est un service spécifique au territoire breton. Il a pour objectif l'accueil et l'accompagnement de personnes en difficultés sociales dans une démarche santé. Pour cela, il assure l'orientation des personnes reçues vers les dispositifs de droit commun (hôpital, médecin généraliste...).

Les points santé développent également des actions de sensibilisation, de prévention auprès des publics accueillis et travaille en partenariat avec des structures médico-sociales sur leurs territoires.

Par exemple, le point H à Brest propose des consultations médicales, des soins infirmiers, des délivrances de médicaments d'urgence ainsi que des soins dentaires et des consultations avec un psychologue sur rendez-vous.

Le Point Accueil Santé-Saint-Brieuc (cf. Rapport activité ADALEA)

- 428 personnes différentes ont été reçues au Point Accueil Santé : 367 par l'infirmière et 61 par la psychologue,
- Sur ces 428 personnes, 304 sont de nouveaux usagers, soit 71 % des personnes qui sont venues au Point Accueil Santé,
- Les origines géographiques des personnes suivies par l'infirmière sont majoritairement étrangères (55 %) : 161 venant d'un pays en dehors de l'Union Européenne et 12 d'un autre pays de l'Union Européenne,

Cette majorité étrangère ne doit pas masquer que 45 % des autres personnes suivies sont françaises !

Activité du point H à Brest

(cf. Rapport activité AGEHB)

- 48 % des patients du Point H sont d'origine étrangère. Cela représente 473 personnes migrantes consultant au Point H dont 315 primo-arrivants sans droit au moment où ils sont vus pour la première fois au Point H.
- État de santé des patients migrants :
 - . 73 % présentent des pathologies aiguës bénignes, 18 % des pathologies chroniques graves (cardio-vasculaires, infectieuses, endocriniennes...), 27 % des pathologies psycho-psychiatriques.
- Dépistages : 243 personnes ont été dépistées au CLAT et 144 au CIDDIST (Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).

Une part importante est représentée par . les syndromes de stress post-traumatiques et par la souffrance psycho-sociale liée à la grande précarité de leur situation sociale.

Les dépistages réalisés au CLAT dans le cadre de la coopération entre le Point H, la PADA et le CHRU ont permis le diagnostic et la prise en charge de 7 cas de tuberculoses maladies dont une multi résistante. Ils ont également permis la découverte de 5 infections tuberculeuses latentes chez des moins de 15 ans ; lesquels ont pu bénéficier d'une surveillance.

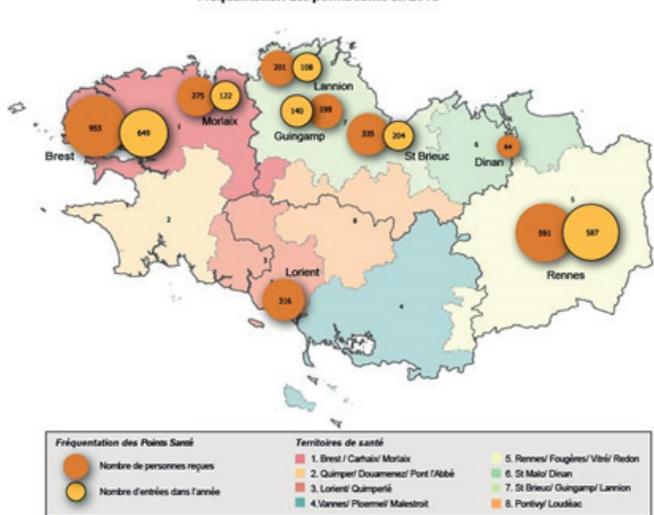
En ce qui concerne les sérologies, il a été dépisté 0 cas de VIH, 1 hépatite B, 4 hépatites C, 3 syphilis en 2014. Si l'on regarde les prévalences du VIH et des hépatites virales dans l'ensemble de la population migrante suivie au Point H, celles-ci sont supérieures à celle rencontrée en population générale.

→ L'activité des points santé

La Bretagne compte 9 points santé : 2 dans le Finistère (AGHEB à Brest et Don Bosco à Morlaix), 4 dans les Côtes d'Armor (ADALEA à Saint-Brieuc, AMISEP à Lannion, Maison de l'Argoat à Guingamp et Nos-Deiz à Dinan), 1 dans le Morbihan (CCAS de Lorient) et 2 en Ille-et-Vilaine (SEA 35 et Réseau Louis Guilloux à Rennes).

En 2013¹⁴, 2 872 personnes ont été reçues sur la dans les points accueil santé bretons. Parmi elles, 1 800 étaient des nouvelles entrées dans le dispositif.

Fréquentation des points santé en 2013



→ Le public accueilli dans les points santé

- Les hommes sont majoritairement présents dans les points accueil santé représentant 60 % des personnes reçues,
- Des points santé comme le point H (Brest) et le réseau Louis Guilloux (Rennes) constatent une augmentation du public féminin,
- La part des personnes âgées de 30 à 39 ans

représente plus du quart des personnes reçues

- Les jeunes sont présents dans le dispositif puisque 13 % des personnes accueillies ont entre 18 et 24 ans.
- En 2013, 860 personnes ayant un logement ont fréquenté les points santé, soit plus du tiers de leur fréquentation.

Par ailleurs, il y a eu quasiment la même proportion de personnes en hébergement d'insertion, en habitat précaire ou sans hébergement ayant fréquenté les points santé.

› Les lits halte soins santé

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont définis comme étant une structure médico-sociale, au sens de l'article 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'objectif de ce dispositif est d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes en situation de précarité et à toute personne ne disposant pas de domicile, quelle que soit leur situation administrative, dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées).

Cela permet donc aux personnes ne disposant pas de domicile, de « garder la chambre » pour recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile s'ils en disposaient. Ces LHSS sont adossés le plus souvent à des structures assurant d'autres prestations d'hébergement.

La Bretagne dispose de près d'une trentaine de LHSS : 12 à l'AFTAM de Brest, 2 au CCAS de Quimper, 4 à l' AIS de Rennes, 2 à l'AMIDS de Saint-Malo, 3 à Nos-Deiz à Dinan et 6 à la Maison de l'Argoat à Guingamp.

14. Dernières données disponibles.

➤ Les appartements de coordination thérapeutique

Les appartements de coordination thérapeutique¹⁵ (ACT) sont des structures d'hébergement temporaire. **Ce sont des établissements médico-sociaux, c'est-à-dire qu'ils peuvent être considérés comme étant un prolongement de l'hôpital.** Ils s'adressent à des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ils permettent alors d'assurer un suivi et une coordination des soins, de garantir l'observance des traitements et de réaliser un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. **Les publics souffrant de pathologies chroniques sont principalement concernés par ce dispositif.**

L'équipe pluridisciplinaire de l'ACT élabore, avec chaque personne accueillie, un projet individualisé qui définit les objectifs thérapeutiques médicaux, psychologiques et sociaux ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Le suivi est assuré par une

équipe pluridisciplinaire composée, le plus souvent, d'un(e) médecin coordonnateur, des infirmiers(ères) coordinateurs(trices), des conseillers(ères) en économie sociale et familiale, des psychologues, des aides médico-psychologiques, ainsi que, par vacation, des ergothérapeutes et des assistantes sociales.

➔ L'activité des ACT

En Bretagne, 41 places en ACT sont disponibles : 4 sur Brest (Ker Digemer), 4 sur Lorient (Duar Nevez), 10 à Rennes (Louis Guilloux) et 23 à Saint-Brieuc (Les Nouelles) dont 5 détachés à Dinan.

En 2013, 45 personnes ont bénéficié du dispositif sur la région, dont 21 pour la première fois.

➔ Le public accueilli en ACT¹⁶

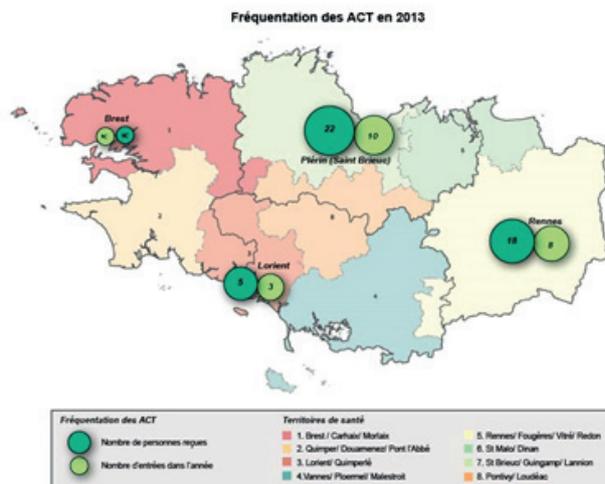
Sur la région, la durée moyenne de séjour est de 345 jours, c'est-à-dire un peu plus de 11 mois.

Bien que le public accueilli soit pour plus de la moitié des hommes, le public féminin est bien représenté. Le mode d'hébergement, souvent en individuel, facilite l'ouverture de ce dispositif aux femmes.

Les personnes âgées entre 50 et 59 ans sont majoritaires parmi celles accueillies en ACT.

➤ Les logements d'insertion

En plus des appartements de coordination thérapeutique qui sont des « extensions » du cadre hospitalier, il existe d'autres dispositifs permettant à des personnes sortant d'hospitalisation de bénéficier d'un logement et d'un accompagnement



15 ARS Bretagne. Répertoire des dispositifs en santé précarité.

16 Les ACT de Brest n'ont pas été pris en compte.

thérapeutique et social. Selon les secteurs, ils s'appellent logement d'insertion, logements communautaires, logements associatifs... La gestion de ces dispositifs varie selon les secteurs : soit directement par le centre hospitalier, soit par des associations en lien avec l'hôpital.

Ces logements favorisent l'insertion ou la réadaptation sociale des patients. Ils sont proposés à des personnes hospitalisées ou en soins ambulatoires, dépourvues de logement, provisoirement ou plus durablement¹⁷. Ces logements participent ainsi à l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la cité.

L'une des difficultés est d'articuler l'accompagnement et le suivi psychiatrique à la mise à disposition des logements par les bailleurs. La question du suivi de l'occupation de ces logements est aussi posée afin que les bailleurs puissent gérer au mieux les éventuelles difficultés avec le voisinage. Des progrès ont été réalisés comme en témoigne l'accord-cadre signé à Rennes entre les différents partenaires.

› Les Maden

Les Maden¹⁸ sont des maisons d'accueil d'accompagnement et d'entraide mutuelle gérées par l'UDAF 29.

Elles relèvent des résidences accueil. Deux sont actuellement en service, la première à Brest depuis septembre 2012 et la seconde à Quimper depuis mars 2015. Elles ont toutes les deux une capacité de 18 places. Rappelons que la Maden de Brest est intégrée au dispositif « CASAL ».

La résidence d'accueil est destinée à l'accueil de personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long

cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective; suffisamment autonomes pour accéder à un logement privé, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin; dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale à faible niveau de revenus, sans critère d'âge. Les personnes doivent être volontaires pour intégrer la résidence.

Point commun aux deux résidences, les personnes souffrent de problèmes psychiques à l'origine de grandes difficultés à vivre seul. Beaucoup ont eu des expériences de domicile personnel (18 sur les 36) qui se sont transformées en situation de grandes souffrances avec pour conséquences des phénomènes d'intrusion et d'envahissement par des tiers, des conduites addictives avec de très fortes alcoolisations, de la toxicomanie, etc.

On observe que la capacité des personnes à accepter de venir en résidence accueil suppose qu'il y ait une certaine « expérience de vie ». Il faut que ces personnes reconnaissent qu'il leur est très difficile voire impossible de vivre seul du fait de leurs troubles psychiques. Cela nécessite aussi une certaine stabilisation qui n'apparaît que très rarement avant 30 ans chez les personnes accueillies. Avant, les risques de décompensation sont plus importants.

La Maden permet de retrouver une stabilité dans un collectif où les autres connaissent des



¹⁷ Accord cadre « Fragilités psychologiques et logement social ». Cf. encart.

¹⁸ MADEN est aussi un Saint breton, l'associé de St Goulven, Saint patron des laissés-pour-compte, qui avait dit-on la capacité de changer la terre en or. Éléments issus des rapports d'activité de l'UDAF et d'un entretien avec M. Kerjean, chef de service.

L'accord cadre « Fragilités psychologiques et logement social »

Dans le cadre de la nécessaire cohabitation de tous et du bien vivre ensemble dans la cité et face au constat des difficultés rencontrées par les personnes présentant des souffrances psychiques, la ville de Rennes, Rennes Métropole, les organismes Hlm et le centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR), faisant le constat d'une interaction croissante de leurs interventions pour une partie de leur public, ont souhaité formaliser un accord cadre visant à améliorer leurs collaborations.

Cet accord cadre, signé en 2011 porte sur :

- La mise en place de lieu d'échanges sur certaines situations de locataires du parc Hlm
- Un partage de réflexions et d'échanges sur les pratiques sous la forme de formation des agents et d'analyse des conditions de mises en œuvre de ces actions (2 réunions annuelles).

S'agissant des logements d'insertion :

Les logements sont loués au CHGR (Centre Hospitalier Guillaume Rénier) qui les sous-loue meublés à certains de ses patients. Ces derniers signent un contrat de sous location et un contrat de soins : ils sont considérés comme relevant administrativement de soins ambulatoires. Les personnes bénéficient d'un suivi psychiatrique (visite quotidienne à hebdomadaire d'un infirmier du CHGR, hôpital de jour) et d'un accompagnement social.

Les occupants de ces logements sont soumis aux règles de vie collective s'appliquant à tout locataire du parc locatif social. Il est possible pour certains d'entre eux de bénéficier d'un glissement de bail permettant de devenir ensuite locataire en titre du logement.

Une trentaine de logements (soit une quarantaine de places) était mobilisée pour ce dispositif en 2011. **L'accord prévoit de développer cette offre de 10 à 15 logements par an pendant 5 ans en les répartissant selon les quartiers et les bailleurs Hlm.**

pathologies proches ou comparables, dans un lieu sécurisé et bienveillant. Ce dispositif convient à la très grande majorité des personnes accueillies. Les transformations des personnes sont parfois spectaculaires selon le chef de service. Pour d'autres, cela reste encore fragile.

L'ensemble des résidents de Quimper a un suivi médical psychiatrique et 15 sur les 18 à Brest. 22 personnes sur les 36 bénéficient d'une mesure de protection. Les résidents sont un peu plus âgés à Brest, 16 ont des mesures de protection et ils sont globalement moins autonomes que ceux de Quimper, plus jeunes.

A Brest, une ouverture sur le quartier s'est construite peu à peu avec des interventions de professeurs de théâtre et de chant. Chaque année, une pièce de théâtre est montée et ouverte au public.

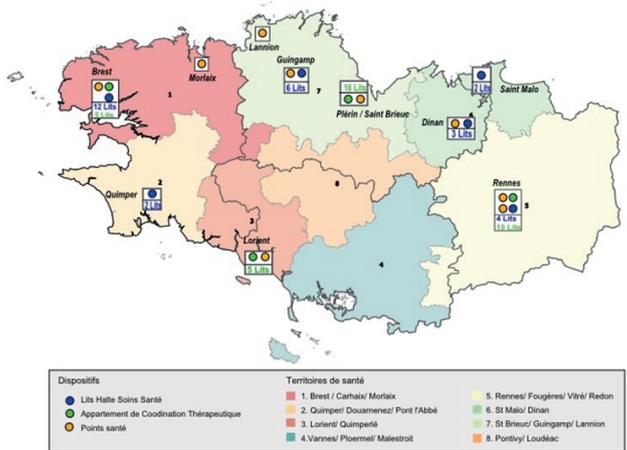
› Les permanences d'accès aux soins de santé

Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) se situent dans les établissements de santé et visent à faciliter l'accès des publics démunis au système de soins et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Il y a 27 PASS en Bretagne. L'équipe des PASS est

constituée bien souvent d'assistant(e)s sociales et d'un médecin coordonnateur. Une PASS doit¹⁹ :

- proposer un accompagnement soignant et social en vue d'un accès à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent être non facturés si le patient ne peut bénéficier d'une couverture sociale,
- agir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients en difficulté sociale et construire un partenariat institutionnel élargi.

Les dispositifs prenant en charge la santé des personnes en situation de précarité en 2013



› A notre santé !

Depuis décembre 2014, une journée de consultations libres pour les personnes en situation de grande précarité, migrantes ou non, est organisée deux fois par an à Rennes, dans une structure d'accueil de jour.

Pour les professionnels, il est important de pouvoir sortir et d'aller vers les personnes, que ce soit dans les CADA, les squats ou vers les précaires à la rue comme lors de cette journée.

¹⁹ Source : Répertoire des dispositifs en santé précarité. ARS Bretagne.

Le principe est d'aller vers les personnes qui ont beaucoup de mal à venir dans les différents lieux de soins, qui ont une méconnaissance ou des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Pour illustrer ces difficultés d'accès aux soins, un médecin, riant jaune, se rappelait une personne absente à un rendez-vous médical... car elle était malade !

Un large partenariat autour de cette journée permet la mobilisation de plusieurs interprètes et une offre très diversifiée de soins :

- Radiographie thoracique,
- Consultation de médecine générale,
- Consultation de gynécologie,
- Consultation dentaire (CHU et libérale),
- Vaccination,
- Bilan sanguin (NFS-plaquettes, créatinémie, sérologies),
- Présence du planning familial.

Un entretien social est proposé pour faire un point sur l'ouverture des droits au moment de l'accueil des personnes. Des examens sont faits et les résultats sont restitués une quinzaine de jours plus tard lors d'une permanence.

La première journée avait accueilli 55 personnes dont la moitié de SDF, 10 habitaient en structure, 8 étaient hébergés chez des tiers et 5 avaient un logement. **Des pathologies lourdes ont été repérées et 35 ouvertures de droits réalisées.**

A l'issue d'un bilan positif de la 1^{ère} journée santé, la reconduction de la démarche a été actée en élargissant aux soins dentaires et à la vaccination.

28 professionnels étaient présents à la deuxième journée organisée en juin 2015, ainsi que 4 interprètes du réseau Louis Guilloux (arabe, roumain, russe et somalien). 68 personnes ont été prises en charge,

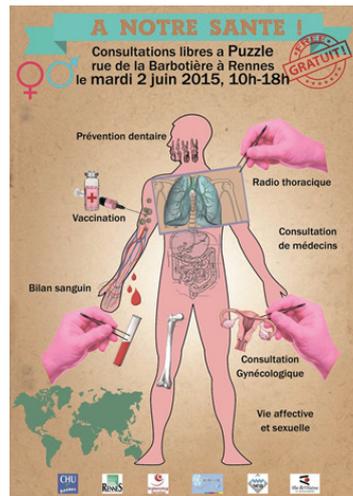
très majoritairement des hommes (56), d'un âge moyen de 30 ans, vivant pour 80 % d'entre eux à la rue ou en squat.

Plus du tiers de ces personnes est originaire d'Afrique subsaharienne. Ils sont un quart de Français. 16 % sont Maghrébins. Les autres proviennent d'Europe de l'Est au sens large²⁰. 46 % sont arrivés en France en 2015 et 25 % avant 2013, témoignant de leur ancienneté.

Le bilan des consultations est révélateur :

- Médicales : 54
- Gynécologie : 10
- Dentaires 36 sur 43 souhaitées. 30 orientations réalisées.
- Vaccinations : 31 sur 35 souhaitées
- Sociales : 19 sur 32 souhaitées

Enfin, à la journée de remise des résultats, 39 étaient présents (sur 54) et 6 sont venus plus tard (Louis Guilloux, Puzzle...). 42 personnes ont déclaré être satisfaites à l'issue de la journée et 54 % souhaitent un suivi médical.



➤ Le réseau Louis Guilloux

Le Réseau Louis Guilloux (RLG), anciennement Réseau Ville Hôpital 35, est une association créée à Rennes en 1993. A l'origine, elle servait d'interface entre la médecine de ville et l'hôpital dans la prise en charge des patients atteints par le VIH. Son champ d'intervention s'est aujourd'hui élargi.

L'association se compose des activités suivantes :

- Le pôle migrants comprenant le centre médical « Louis Guilloux » et le Réseau de santé « Migrants »,
- Le pôle Tuberculose avec la gestion du Centre de lutte antituberculeuse (CLAT 35),
- Les ACT: hébergement et accompagnement social de personnes atteintes de maladies chroniques,
- Le PCESS (Pôle de Coordination En Santé Sexuelle) avec des actions de prévention et de dépistage, des consultations médicales,
- Le pôle Interprétariat : 17 interprètes albanais, anglais, arabe, arménien, bambara, dari, géorgien, lingala, malinké, mongol, pachtou, portugais, roumain, russe, serbe, somali, soussou, turc,
- Le DATASAM : Dispositif pour l'appui technique auprès des professionnels de la Région Bretagne (Réseau, formations, diffusion d'outils, colloque...).

S'agissant de la problématique santé et mal logement, c'est plus particulièrement le pôle migrant, en lien avec les autres pôles, qui est mobilisé. Ce pôle, notamment dans le cadre du dispositif DATASAM²¹, est en lien avec d'autres partenaires bretons (ADALEA (22), AGHEB (29), AMISEP (56 et 22)). Ces partenaires animent les points santé (cf. supra) qui ont un public moins « spécialisés » avec souvent près de la moitié de patients français.

Dans toutes ces situations, l'absence de logement empêche le traitement, que ce soit pour les hépatites, les dialyses ou la tuberculose. Ces traitements très éprouvants ne sont pas compatibles avec une vie dans la rue ou les squats.

20 Bilan de la journée santé du 2 juin 2015.

21 Rapport d'activité 2014 du Réseau Louis Guilloux. <http://www.reseauvillehopital35.org/rapport-activite?df=1>

La cellule de coordination PASS du CHU Rennes

La cellule de coordination est en place depuis un an. Elle est composée d'un responsable médical, de deux médecins coordinateurs, dont un du réseau Louis Guilloux, d'une coordinatrice, de deux assistants socio-éducatifs et d'une secrétaire.

La PASS, mobilise l'ensemble du service social hospitalier pour l'accès ou l'ouverture des droits de l'usager (hébergement, soins, ressources...). Le public PASS est confronté à des problèmes financiers, de logement et d'isolement, de communication du fait de la barrière de la langue. Parmi ces patients, les populations confrontées aux problématiques les plus graves sont les migrants.

L'une des spécificités de la PASS du CHU de Rennes a été la mise en place en 2013 d'une Réunion de Concertation Médico-Sociale (RCMS). Cette RCMS associant médecins et travailleurs sociaux se réunit chaque mois et étudie une trentaine de situations de patients en grande difficulté, dans le but d'une évaluation des besoins urgents de mise à l'abri au regard de leur état de santé. Les demandes sont de l'ordre de 300 à 400 par an et la « file active » se situe aux alentours de 200.

Sa particularité est d'avoir opté pour une « banalisation » du parcours de l'usager : aucune différenciation dans le traitement, pas de circuit dédié spécifique pouvant introduire une stigmatisation de la personne. Cependant le parcours est totalement personnalisé et accompagné par les professionnels du service social hospitalier et/ou par les partenaires intervenant dans le champ de la précarité.

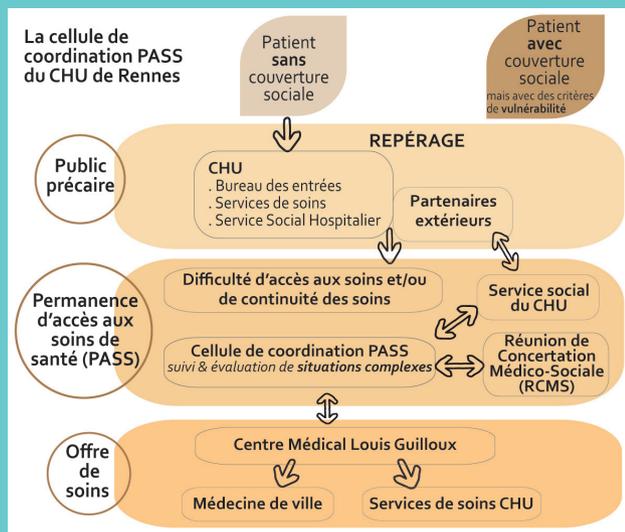
La cellule de coordination en se saisissant de la RCMS donne une réelle caution au « volet santé » de la situation auprès des acteurs intervenant notamment dans le domaine de l'hébergement et du logement. Dans ce cadre, la cellule joue le jeu du partenariat local en étant en relation avec la DDCSPP, le SIAO, le réseau Louis Guilloux, le dispositif COORUS dans

lequel le volet santé peut être priorisé, Coallia, etc. Les réponses sont très contraintes faute d'une offre adaptée et suffisante à ces situations : le dispositif d'urgence, COORUS, les lits halte santé (seulement 6 pour le département !), les appartements de coordination thérapeutiques dont l'accès est compliqué pour ces situations...

Une partie de ces personnes est hébergée en CADA ou HUDA. Par contre, des situations en squat ou sans logement existent et rendent encore plus difficile le parcours de soin.

Les tendances observées par la cellule sont la progression des situations de handicaps lourds pour les enfants (moteur, chronique...), des troubles associés (en termes de langage, de développement...) en plus des pathologies récurrentes chez les adultes (tuberculose, diabète, hématologie, insuffisance rénale avec dialyse...).

L'évolution est nettement négative en termes de santé pour la population migrante : plus de poly-pathologies et de troubles associés, l'importance des troubles psychiques... le tout dans un contexte de pénurie de réponses adaptées.



Quand le logement rend malade

Le logement n'est pas toujours protecteur vis-à-vis des problèmes de santé. Il peut parfois accentuer voire être à l'origine de diverses pathologies.

En Bretagne, comme ailleurs, les risques sanitaires liés aux logements sont présents. Ce sont les risques liés à la qualité de l'air, aux intoxications au monoxyde de carbone, au saturnisme et à la présence du radon pour l'essentiel. S'y ajoutent l'ancienneté du parc de logements, la mauvaise isolation de certains logements, cumulés à des expositions aux vents d'ouest qui peuvent accentuer les effets de l'humidité et avoir des conséquences sur la santé des occupants (affections respiratoires notamment).

› Le radon

Le radon est un gaz d'origine naturelle, incolore et inodore, issu de la désintégration de l'uranium et du radium présents dans la croûte terrestre. Il est ainsi présent partout à la surface de la planète et provient surtout des sous-sols granitiques et volcaniques ainsi que de certains matériaux de construction.

Imperceptible, il ne provoque ni maux de tête, ni fatigue, ni nausée. Il présente pourtant un risque pour la santé lorsqu'il est présent en forte concentration : classé cancérigène pulmonaire certain par le CIRC, il est considéré comme le second facteur de risque du cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

Dans l'habitat, la concentration moyenne est de 98 Bq/m³. 5 % des logements présenteraient une concentration moyenne annuelle supérieure au seuil de 400 Bq/m³. Ce pourcentage, qui est une moyenne régionale, peut être beaucoup plus élevé localement. Il varie selon les départements.

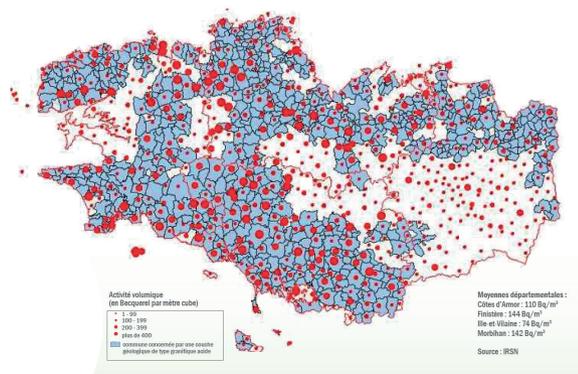
Moyenne départementale des concentrations de radon en Bretagne (en Bq/m ³)	
Côtes d'Armor	110
Finistère	144
Ille-et-Vilaine	74
Morbihan	142

Des estimations font état en moyenne d'un cancer du poumon sur cinq mais cela n'est pas validé unanimement au niveau scientifique. L'IRSN indique pour sa part une probabilité de 10 %²².

L'IRSN réalise depuis plusieurs années des campagnes de mesures du radon. En règle générale, les sous-sols granitiques libèrent plus de radon que les terrains sédimentaires en raison de leurs plus grandes concentrations en uranium naturel. La moyenne des mesures en France est de 90 Bq/m³, supérieure à la moyenne au Royaume-Uni (20 Bq/m³) et inférieure à celle en Suède (108 Bq/m³).

Concentration du radon dans l'air des habitations en Bretagne en 2010

(Source : Etat des lieux du PRSE 2017-2021)



²² Les données relatives au radon sont issues pour l'essentiel de l'IRSN : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire et du site de Concarneau Cornouaille Agglomération.

Le radon peut s'accumuler dans les espaces clos, notamment dans les maisons. **Les moyens pour diminuer les concentrations en radon dans les maisons sont simples :**

- **aérer et ventiler les bâtiments, les sous-sols et les vides sanitaires,**
- améliorer l'étanchéité des murs et des planchers.

La réglementation sur le radon est issue d'une circulaire de 1999 qui n'était pas opposable. Elle concerne aujourd'hui 31 départements en France dont 3 en Bretagne (tous sauf l'Ille-et-Vilaine) soit les départements ayant une moyenne de concentration supérieure à 100 becquerel par m³. Elle devrait évoluer dans les années à venir avec des conventions entre l'ASN²³ et l'ARS et des moyens de coercition dévolus à l'ASN.

La réglementation concerne uniquement les établissements recevant du public (ERP) et donc ne permet pas d'intervenir directement sur les logements, sauf dans le cadre de mesures.

Ces dernières sont contraignantes. Elles ne peuvent se faire que sur une période allant de septembre à avril et sur une durée de deux mois. A noter que les opérateurs agréés par l'ASN ne sont pas nombreux...

L'une des difficultés de la prévention relative au radon réside dans le fait que le radon est partout, qu'il est radioactif mais surtout naturel ! Ce caractère naturel rend la prise de conscience et la sensibilisation aux effets du radon très difficiles. Un représentant de l'ARS indiquait qu'il recevait 1 ou 2 appels par an sur le radon dans un département où les niveaux sont particulièrement élevés.

Contraintes et surtout faiblesse des campagnes de mesures territorialisées permettant de rendre

compte de la réalité. C'est à partir de ce constat qu'une expérimentation a été menée dans le Finistère (cf. encart). Les résultats montrent entre autres l'impact négatif des travaux de réhabilitation thermique (et donc de l'étanchéité) dans les concentrations d'exposition au radon par rapport au parc ancien non réhabilité.

D'après le Plan régional santé-environnement 2011-2015, le radon serait responsable d'environ 200 morts par an en Bretagne.

²³ Autorité de sûreté nucléaire.

Expérimentation sur Concarneau Cornouaille Agglomération

L'institut national du cancer (INCa) a lancé un appel à projets en 2010 visant à l'accompagnement des politiques de prévention et de dépistage du cancer et le soutien aux études et actions visant à améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers. La CLCV a été retenue sur la thématique radon.

L'ARS lance un appel à projets en 2012 qui vient compléter celui de l'INCa.

L'expérimentation porte sur le territoire de Concarneau Cornouaille Agglomération (CCA) comprenant 9 communes, plus de 50 000 habitants et 22 500 résidences principales. Elle associe la CCA, l'ARS, la CLCV 29, l'Union régionale des pharmaciens de Bretagne, l'ADIL 29, l'association Approche-Ecohabitat.

Les campagnes de mesures ont porté sur les hivers 2012-2013 et 2013-2014 sur des périodes de 20 semaines (+3 semaines en février 2012). **Au total, ce sont 4 500 kits de mesures qui ont été distribués soit un taux de 90 % par rapport au potentiel mobilisable. Près de 85 % distribués des dosimètres ont été retournés.**

Les données recueillies par la CLCV ont fait l'objet d'une analyse du CSTB dont **les résultats ont été présentés en décembre 2015.**

Au-delà des mesures et des éléments de connaissance apportés par cette expérimentation, une convention avec l'association « Approche-Ecohabitat » a permis la distribution de dosimètres dans le réseau de l'association, l'acquisition d'appareils de mesure électroniques, la formation de 4 diagnostiqueurs et la réalisation de diagnostics radon dans l'habitat. Une quarantaine est en cours.

> Comment cela se passe ?

Une campagne d'information et de sensibilisation a été réalisée à partir de différents supports (flyers, journaux, site de la CCA et actions de la CLCV).

« La CLCV propose aux ménages de CCA d'effectuer une mesure de radon dans leur logement.

La démarche est volontaire, gratuite et s'adresse à tous les habitants (propriétaires ou locataires, d'un logement individuel ou collectif, situé au rez-de-chaussée ou à l'étage). La mesure ne pourra toutefois être réalisée que si le logement est occupé.

Chaque ménage volontaire va effectuer lui-même sa mesure à l'aide d'un dosimètre fourni gratuitement par la CLCV. Le dosimètre devra être posé 2 mois, en période hivernale, dans la pièce de vie. A l'issue de cette période, il devra être retourné à la CLCV qui le transmettra pour analyse à un laboratoire²⁴ »

> Les premiers résultats

L'expérimentation se poursuit et les résultats définitifs ne sont pas encore disponibles. Toutefois certains éléments peuvent être à ce stade évoqués. Sur les 9 communes, trois ont des moyennes d'expositions supérieures à 300 Bq/m³ et on l'on peut y ajouter les mesures effectuées hors CCA (env. 150 mesures).

La CCA communique sur son site internet qu'un quart des logements mesurés sur le territoire ont une concentration de radon supérieure à 300 Bq/m³, c'est-à-dire présentant un risque moyen pour la santé des occupants

Plus des ¾ des mesures indiquent des taux inférieurs à 300 Bq/m³ sur le territoire. Au-delà des valeurs moyennes qui sont des indicateurs trompeurs, on observe des niveaux d'exposition non négligeables.

Si plus de 850 mesures sont supérieures à 300 Bq/m³, près de 140 sont supérieures à 1000 Bq/m³.

C'est à partir de ce seuil que les occupants des logements sont invités à contacter l'ARS pour obtenir un diagnostic radon réalisé par Approche-Ecohabitat.

24 <http://www.concarneau-cornouaille.fr/actualites/300-le-radon>

> **L'impact pervers des réhabilitations**

Bien qu'il soit à ce stade très difficile de poser un diagnostic avéré, certaines mesures permettent de dégager des tendances qui sont assez surprenantes. Dans la tranche des 0- 100 Bq /m³, on trouve plus de 45 % des logements n'ayant pas fait l'objet de réhabilitation thermique et seulement 30 % de ceux en ayant bénéficié. Entre 100 et 200 Bq /m³, l'écart est peu significatif (env. 25 % pour les deux). Au-delà de 200 Bq /m³, ce qui pourrait être le niveau des nouvelles normes, l'écart devient plus net. Entre 200 et 300 Bq /m³, et entre 300 et 400 Bq /m³, l'écart est respectivement d'environ de cinq points : 15 % et 9 % pour les logements réhabilités et 9 % et 6 % pour les logements sans travaux.

Sans négliger les apports des réhabilitations thermiques actuelles des logements anciens, on peut sensibiliser les occupants à cette problématique que beaucoup ignorent.

Les données recueillies par la CLCV ont fait l'objet d'une analyse du CSTB dont les résultats seront présentés début 2016.

> Contact : Mme Noyon ARS DT 29

Cette expérimentation démontre l'intérêt des campagnes de mesures sur les différents territoires. Actuellement, la sensibilisation autour du radon est très difficile pour les raisons évoquées précédemment.

Le développement de ce type d'initiatives est à encourager compte tenu des premiers résultats observés, bien évidemment au-delà de notre région.

> La précarité énergétique

> Les mécanismes physiologiques

Une des principales conséquences de la précarité énergétique est le fait d'avoir froid dans son logement²⁵. La relation entre froid et santé est bien établie. Lorsque le corps est soumis à des températures basses, surviennent des réactions physiologiques de l'organisme pouvant conduire à des pathologies. Le froid a aussi des effets indirects, il entraîne notamment des comportements qui peuvent représenter un risque pour la santé.

Ainsi certaines études établissent un lien entre la surmortalité hivernale et l'efficacité des systèmes de chauffage et plus généralement de protection vis-à-vis des faibles températures extérieures. Ils montrent que les pays où les conditions climatiques hivernales sont plus sévères, présentent une surmortalité hivernale plus faible, entre autres parce que l'efficacité énergétique des logements y est plus élevée. La différence de températures intérieures apparaît comme un facteur déterminant.

A l'initiative de la Fondation Abbé Pierre, une étude sur les conséquences sanitaires de la précarité énergétique, pilotée par le Centre Régional d'Etude d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire Régional de la Santé Languedoc - Roussillon (CREAI - ORS) -, a été initiée. Les résultats des enquêtes menées dans l'Hérault et dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2011 et 2013 montrent que les personnes exposées à la précarité énergétique ont une perception de leur santé moins bonne que les personnes qui n'y sont pas exposées.

²⁵ Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Ile-de-France, Observatoire régional de santé Ile-de-France, Mai 2014. Une partie des développements est issue de cette publication.

Des problèmes de santé chroniques respiratoires, ostéo-articulaires, neurologiques ou mentaux (dépression) apparaissent plus fréquemment chez les personnes exposées. L'étude des pathologies aiguës montre une plus grande sensibilité des personnes aux pathologies hivernales. Pour les rhumes et les angines, cette sensibilité se retrouve aussi bien chez les adultes que chez les enfants. C'est dans le domaine des symptômes (sifflements respiratoires, crises d'asthme, rhumes des foins, rhinorrhées ou irritations oculaires) que les différences observées sont les plus importantes, aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

Les mécanismes précis des effets du froid sur l'organisme sont connus également, et mettent

en jeu les systèmes nerveux, endocrinien, cardiovasculaire et respiratoire. Sous l'effet du froid, l'organisme augmente sa production de chaleur, qui dépend de l'augmentation de l'activité musculaire squelettique (frisson thermique ou activité physique volontaire) et de l'accroissement du métabolisme. Des effets néfastes pour la santé apparaissent si le système thermorégulateur est déficient ou si le stress thermique est trop important. La morbidité associée au froid s'exprime essentiellement en termes de pathologies cardiovasculaires et respiratoires. Le froid peut aussi augmenter le risque de pathologies mineures, notamment le rhume qui se développe plus rapidement dans un nez froid, le froid ralentissant le système immunitaire. D'autres problèmes de santé physique peuvent également être exacerbés



Vers une définition de la précarité énergétique

En France, la définition officielle de la précarité énergétique ne contient pas de critère objectif de mesure du phénomène. En pratique, l'approche retenue a consisté à appliquer un seuil de 10 %, mais en s'appuyant sur les dépenses énergétiques réelles des ménages, obtenues à partir de l'enquête nationale logement (ENL) conduite par l'Insee en 2006. Loin d'être satisfaisant, cet indicateur ne prend pas en compte, par exemple, les restrictions de chauffage et ne permet pas de distinguer les différents niveaux de revenus. Ainsi, des réflexions ont été amorcées, notamment au sein de l'Observatoire national de la précarité énergétique (ONPE), afin de proposer des indicateurs mieux adaptés pour rendre compte des différentes dimensions de la précarité énergétique (effort énergétique, restrictions et inconfort thermique). Trois approches sont ainsi privilégiées :

- l'effort financier via un indicateur monétaire intégrant notamment le niveau de revenu et la dépense énergétique pondérée par la surface du logement, soit l'approche « Bas revenus, dépenses élevées », inspirée de l'approche britannique.
- le comportement de restriction via l'appréciation de l'écart entre dépense réelle et dépense théorique (apport de l'enquête Phebus²⁶).
- le ressenti de l'inconfort via un indicateur subjectif (enquête ENL).

Enfin, l'ONPE, parmi d'autres acteurs, plaide pour une vision élargie de la précarité énergétique, intégrant la dimension du logement et celle de la mobilité. En l'absence de définition standardisée, d'autres critères peuvent être retenus dans le cadre de démarches plus locales, permettant de tenir compte des spécificités territoriales.

²⁶ L'Enquête Performance de l'Habitat, Équipements, Besoins et USages de l'énergie, menée en 2013, vise à fournir une photographie des performances énergétiques du parc des résidences principales selon les caractéristiques et comportements des ménages. Elle doit aussi permettre d'étudier la précarité énergétique, en mettant en regard les revenus et la part des dépenses énergétiques, ainsi que des questions plus subjectives sur la satisfaction en termes de chauffage (Medde/Cnis)

par le froid ou présenter des complications liées au froid : complications du diabète, certains types d'exacerbation d'ulcère, intensité de la douleur liée à l'arthrose du genou, fracture de la hanche... Chez les personnes vulnérables, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant de pathologies chroniques (cardiopathies ischémiques, insuffisance respiratoire, asthme...), l'impact des faibles températures sur la morbidité, voire sur la mortalité, est exacerbé, car elles passent davantage de temps dans leur logement et bénéficient de mécanismes de protection diminués.

Mais la précarité énergétique a aussi des effets indirects sur la santé, notamment liés à l'adoption de comportements néfastes pour la santé : usage de systèmes de chauffage d'appoint, moindre entretien du système de chauffage, réduction de l'aération du logement, qui peuvent conduire à une intoxication au monoxyde de carbone. La limitation du renouvellement de l'air dans la maison a d'autres impacts sur la santé, liés à l'humidité, à l'accumulation de polluants dans l'air, au développement des moisissures et des acariens : pathologies respiratoires, allergies mais également symptômes généraux. Ces différents facteurs agissent en synergie, et sont renforcés par la détérioration du logement liée aux restrictions de chauffage.

Par ailleurs, dans les logements anciens, cette dégradation peut favoriser l'accessibilité au plomb éventuellement contenu dans les peintures (phénomènes d'écaillage) entraînant un risque accru de saturnisme. La promiscuité qui résulte des restrictions de chauffage facilite également la propagation des agents pathogènes et peut altérer les relations entre les membres du foyer, avec des conséquences potentielles sur la santé mentale.

Le froid dans le logement entraîne un risque accru d'accidents domestiques, notamment des chutes.

La précarité énergétique se traduit également par des arbitrages budgétaires qui peuvent être défavorables à la santé (alimentation, renoncement aux soins, isolement social...).

Les premiers résultats d'études réalisées sur les liens entre exposition à la précarité énergétique et au froid dans le logement et santé mentale semblent indiquer un impact non négligeable de la précarité énergétique sur la santé mentale, et ce, quelle que soit la classe d'âge. Ceci est à mettre en relation avec le stress induit par l'inconfort thermique, et plus généralement par les problèmes financiers.

› Une situation préoccupante en Bretagne

En Bretagne, les maisons individuelles représentent en moyenne 72 % du parc, mais ce taux atteint 82 % dans les Côtes d'Armor, alors qu'il n'est que de 57 % à l'échelle de la France métropolitaine²⁷. Il faut savoir que le chauffage d'une maison requiert en moyenne deux fois plus d'énergie qu'un appartement. Selon le tableau de bord de la construction durable en Bretagne²⁸, 23% des résidences principales bretonnes construites avant 2005 sont classées en étiquette F (107 750 logements) et G (64 000 logements) en termes de diagnostic de performance énergétique, et sont donc des logements très énergivores.

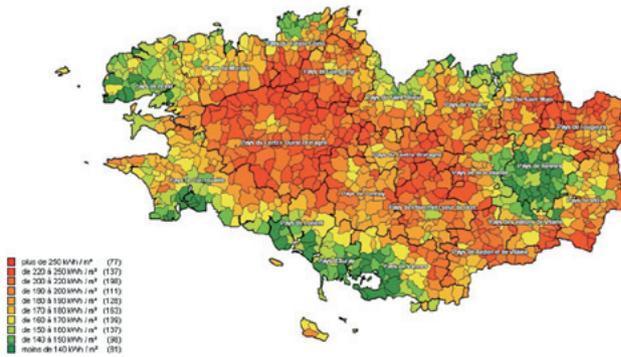
Par ailleurs on estime à 89 900 le nombre de propriétaires occupants vivant sous le seuil de pauvreté. Ces quelques constats illustrent l'acuité de la problématique de la précarité énergétique en Bretagne.

²⁷ Source : INSEE.

²⁸ Conçu et mis à jour par la Cellule économique de Bretagne.

Le suivi des dispositifs de lutte contre la précarité énergétique pointe une tendance à la hausse du phénomène sur les dernières années. Les aides à la personne notamment (tarifs sociaux de l'énergie, fonds de solidarité pour le logement (FSL)...), touchent une proportion croissante des ménages bretons²⁹.

La répartition communale des consommations unitaires moyennes liées au chauffage des résidences principales (en kWh EF/m2.an)



Il serait intéressant dans le cadre de travaux à mener à l'échelle de la Bretagne, territoire où le logement individuel règne, où l'humidité et l'asthme sont bien présents, de se pencher sur les liens réels entre précarité énergétique et santé des Bretons. Les exploitations de l'enquête ENL de 2013 nous y engagent fortement.

› Le saturnisme

L'enquête Saturn-Inf 2008-2009 réalisée par l'Institut de veille sanitaire vise à déterminer la prévalence du saturnisme chez les enfants de 6 mois à 6 ans. Les résultats de cette étude montrent une baisse de la prévalence du saturnisme (plombémie ≥ 100 $\mu\text{g/L}$) chez l'enfant par rapport à l'enquête nationale réalisée en 1995-1996. La prévalence est passée de 2,1 % à 0,1 % dans la classe d'âge 1-6 ans. Elle a été divisée par 20, ce qui est beaucoup plus important que l'objectif de division par deux fixé par la loi de santé publique de 2004. Pour la France métropolitaine, l'estimation du nombre d'enfants concernés de 1 à 6 ans est ainsi de l'ordre de 4 500 contre 84 000 précédemment.

La comparaison des niveaux d'imprégnation au plomb des enfants âgés de 6 mois à 6 ans mesurés en 2008-2009 par région montre que la Bretagne est la moins touchée des régions françaises (12,4 $\mu\text{g/l}$ contre 14,9 $\mu\text{g/l}$ en moyenne).

L'analyse de la distribution des plombémies en fonction des facteurs individuels et d'exposition au plomb détermine un certain nombre de facteurs favorables, parmi lesquels, être bénéficiaires de la CMUc et avoir des parents locataires. La distribution augmente également avec le nombre d'enfants, la sur-occupation des logements (nombre de résidents/nombre de pièces $\geq 1,5$) et lorsque le niveau d'éducation baisse.

La consommation d'eau du robinet en présence de branchements en plomb au domicile est le facteur le plus fortement associé aux plombémies. Même sans branchement en plomb, la consommation d'eau du robinet, seule ou combinée à de l'eau embouteillée, augmente la plombémie moyenne. Les autres variables associées aux plombémies sont

²⁹ ONPE. Les chiffres-clés de la précarité énergétique. Edition n°1. Avril 2015.

le tabagisme passif lorsque les parents fument plus de 2 heures dans le logement, les peintures écaillées dans un logement antérieur à 1949 et les travaux de rénovation avec production de poussières³⁰.

Une bonne pratique à développer les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur. La structure Captair a pu organiser des soirées de sensibilisation à la qualité de l'air intérieur d'environ cent personnels de santé pour les départements des côtes d'Armor et d'Ille-et-Vilaine. Un outil d'évaluation de l'air intérieur a aussi été réalisé.

En 2007, la proportion de personnes déclarant aérer leur logement au moins une fois par jour en hiver : 82 % contre 74 % en 2014.

On peut aussi citer une expérimentation qui a eu lieu sur un quartier d'habitat social de la ville de Brest où un collectif d'habitants et des associations mènent un projet de mesures de l'humidité et de la qualité de l'air intérieur des logements. La CSF-Rive Droite, l'association de médiation scientifique "les Petits Débrouillards Bretagne", la Maison du Libre ainsi que le service santé de la ville de Brest ont permis de développer un projet peu habituel en matière de santé.

› De l'inconfort à l'insalubrité

La relation santé et mal-logement est plus facilement identifiable quand l'habitat est inconfortable voire insalubre.

L'ARS en lien avec les PDLHI a pour rôle d'appliquer le code de la santé publique. A partir de l'expérience des PDLHI, on observe qu'une partie des situations repérées sont celles de propriétaires occupants. Ils ont souvent fait l'acquisition de logements peu chers, dans des secteurs peu tendus et ne peuvent faire face aux travaux nécessaires. D'autres propriétaires, souvent plus âgés, occupent des logements sans confort qui se sont dégradés au fil du temps, parfois avec la présence d'animaux nuisibles (insectes, rongeurs). L'insalubrité y est souvent importante. Dans ces cas, les arrêtés préfectoraux d'insalubrité ne sont pas toujours adaptés.

Il en est autrement des situations d'insalubrité locative qui font l'objet d'une attention particulière des PDLHI et de l'ARS. La cible est clairement les locataires vivant dans des conditions déplorables et correspondant à des niveaux plutôt bas de l'insalubrité, souvent remédiable (coefficient inférieur à 0,4).

L'humidité est rarement suffisante pour déclarer un logement insalubre : la note (très mauvaise) de 3 et le coefficient de 4 permettent une note maximale de 12 sur un total de 126 soit environ 10 % . Par contre, l'humidité peut se cumuler à l'absence d'aération des pièces et d'autres dysfonctionnements dans le logement.



³⁰ INVS, Imprégnation des enfants français par le plomb en 2008-2009. Enquête Saturn-Inf 2008-2009. Enquête nationale de prévalence du saturnisme chez les enfants de 6 mois à 6 ans.

› Le carnet de santé de l'habitat³¹

C'est une initiative portée par la DREAL Bretagne en lien avec le Cerema et associant de nombreux partenaires régionaux : ARS, ADEME, CAPEB, FRB, MCE, UNPI, Conseil Régional, Ville de Rennes, etc.

Partant du constat que nous passons les deux tiers de notre temps dans notre logement et que nous y prêtons peu d'attention, l'objectif est de mieux connaître son logement et de l'entretenir pour améliorer son confort de vie.

Le carnet de santé délivre des conseils d'entretien pour le logement, rappelle les obligations réglementaires et propose un suivi de l'historique des travaux, le contrôle des consommations et la planification des entretiens.

Il est composé de cinq parties. La première concerne le logement et son équipement : fiche d'identité du logement, la qualité du logement et les enjeux liés à l'environnement (les différents risques, le radon, etc.). La deuxième traite des matériaux dont l'isolation, le plomb, l'amiante... La troisième partie analyse les différents équipements du logement à partir d'une quinzaine de fiches. Les risques liés au monoxyde de carbone figurent dans certaines d'entre elles (foyer, insert, cheminé, poêle à bois). Une quatrième partie présente les bons réflexes (suivi optimisation des consommations, qualité de l'air...) et la dernière propose l'agenda du logement (entretien, suivi...). Certains bailleurs ont émis des réserves sur ce document privilégiant une démarche d'«auto-diagnostic».

→ L'activité en matière de lutte contre l'insalubrité

En 2013, 36 procédures d'habitat insalubre concernant 44 logements ont été engagées. Cela ne traduit pas l'activité de l'ARS et des SCHS sur cette question. En moyenne, l'ARS effectue 250 à 300 visites annuelles. **En 2014 par exemple, environ 300 signalements ont été enregistrés donnant lieu à 222 visites qui sont à l'origine de 40 arrêtés d'insalubrité qui se décomposent ainsi :**

- 24 arrêtés d'insalubrité (art. L1331-26 du code de la santé publique) dont 13 remédiables,
- 6 arrêtés au titre des locaux impropres à l'habitation (art. L1331-22 du code de la santé publique) mettant en danger les occupants,
- 10 arrêtés au titre du danger ponctuel imminent pour la santé publique (art. L1311-4 du code de la santé publique).

Dans les situations de danger ponctuel imminent, il ne s'agit pas d'insalubrité mais de risques liés à la non-conformité de l'installation électrique ou aux risques d'incendie par exemple. Ce sont des situations



³¹ <http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/le-carnet-de-sante-de-votre-habitat-a2657.html>

d'urgence qui sont traitées avant leur passage en PDLHI.

Ces procédures ont concerné 49 logements et 85 personnes.

Malgré les actions développées par les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne, la problématique du repérage mais aussi le traitement et la réalisation des travaux des logements restent d'une grande acuité.



L'humidité permet très rarement de classer le logement comme insalubre. Illustrations de logements occupés. Les deux premiers logements ont pu faire l'objet d'arrêtés d'insalubrité remédiable



Quand la maladie empêche le parcours résidentiel

Parfois, ce n'est pas le logement qui rend malade mais la maladie qui empêche de se loger ou de poursuivre un parcours résidentiel. Le handicap peut être responsable de cette situation mais ce sont les troubles psychiques qui sont le plus souvent cités.

› Se loger ce n'est pas habiter...

« L'homme habite, et ainsi il prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. Habiter, c'est mettre de soi en un lieu, ce qui est fort différent d'être logé. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion.

Habiter suppose des modalités d'investissement psychique qu'il faut un peu connaître : que signifie pour un enfant construire ou dessiner une cabane ? Qu'est-ce qu'habiter pour une personne schizophrène, pour une personne S.D.F ?³²»

Cette citation d'un psychiatre, chef de service au centre hospitalier le Vinatier de Lyon-Bron et directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité révèle les difficultés que peuvent rencontrer certaines personnes en souffrance psychologique.

L'accès au logement peut être l'aboutissement d'une démarche de longue haleine en termes de mobilisation des différents acteurs et d'engagement de la personne. Cet aboutissement n'est en fait le plus souvent qu'une première étape qui peut se transformer en une expérience d'une grande violence pour des personnes qui n'étaient plus habituées à occuper, à « habiter » un logement. C'est le cas des personnes vivant à la rue dont de nombreux

témoignages illustrent la grande difficulté à pouvoir occuper un espace, s'approprier des lieux et se projeter dans un « chez soi ».

Les professionnels bretons rencontrés, que ce soit au titre des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), des dispositifs d'accueil d'urgence ou d'insertion, des collectivités insistent tous sur la nécessité de l'accompagnement à l'entrée dans le logement. Les difficultés peuvent arriver ensuite si le lien se distend, que ce soit avec la famille, l'environnement ou le soin (cf. infra « la précarisation domiciliée »).

Il faut rappeler qu'être logé, disposer d'une adresse, n'est pas synonyme d'habiter son logement, son domicile personnel. L'acte d'habiter suppose une « capacité » ou une « aptitude » que certain(e)s n'ont plus, brisé(e)s par des années d'errance.

› Les 300 logements accompagnés

Le projet expérimental des 100 logements accompagnés par an sur 3 ans (soit 300 logements) est une initiative portée par l'association départementale des organismes Hlm d'Ille-et-Vilaine (ADO habitat Ille-et-Vilaine) sur la période 2015-2017. Ce projet a été lauréat de l'appel à projet « 10 000 logements accompagnés » (USH-Etat).

Il vise, entre autre, à proposer une solution logement adaptée à la situation des personnes rencontrant des difficultés à pouvoir « habiter » leur logement, tant vis-à-vis d'eux-mêmes que pour leur voisinage.

³² Jean Furtos. Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires.

› L'historique

L'ADO, faisant le constat d'un manque d'outils hors de Rennes Métropole a créé en 1998 le groupement d'intérêt économique (GIE) Solive (SOLidarité en Ille-et-Vilaine) qui intervenait sur le reste du département. Le principe était de produire des logements spécifiques (en neuf ou acquisition-amélioration) pour les familles défavorisées. L'objectif était de mutualiser les risques d'inoccupation des logements et les pertes financières à la revente du logement le cas échéant par l'ensemble des bailleurs.

Face aux difficultés rencontrées et à l'évolution des différents contextes nationaux et locaux (normes thermiques et handicap, faible production du GIE), l'ADO faisant le bilan du GIE a décidé de se repositionner en tant qu'acteur départemental de l'habitat en renforçant les missions du GIE.

L'objectif était :

- D'apporter une réponse aux besoins des bailleurs ne disposant pas de dispositifs d'accompagnement de droit commun, faute d'opérateurs sur leur territoire,
- De disposer d'opérateurs de proximité sur la totalité le département,
- De disposer de moyens de gestion et d'une animation du dispositif,
- Et surtout de s'appuyer sur les bailleurs sociaux pour animer et dynamiser la démarche.

Ces objectifs étaient assortis de certaines conditions visant à s'assurer d'un réel partenariat avec les autres acteurs locaux :

- L'adhésion des collectivités locales,
- L'appui du Conseil départemental,
- L'appui des services de l'Etat,
- Disposer d'un financement adapté au projet,

L'opportunité de l'appel à projet « 10 000 logements accompagnés » a permis de relancer la dynamique en 2014.

› La santé mentale repérée comme « cible »

Les bailleurs ont identifié cinq « cibles » ou types de situations nécessitant un appui du GIE. Quatre cibles relèvent des mesures de soutien à la capacité à habiter (habitat adapté, violences conjugales, sortants de prison, réassurance du locataire –gestion locative adaptée). **La dernière concerne les mesures d'accompagnement sur le soutien personnalisé au logement (problématique de la santé mentale).** Il peut s'agir de personnes habitant le parc Hlm, en attente d'un logement Hlm ou éventuellement nécessitant la production d'un logement adapté.

Plusieurs conditions ont été identifiées pour mener à bien l'expérimentation :

- L'adhésion de la personne, entre autres sur la reconnaissance de sa maladie. Cela peut être difficile dans le cadre de situation de déni, (notamment pour les personnes plus jeunes et schizophrènes),
- Le soutien / appui des partenaires, notamment au niveau médico-social et social (CCAS, CIAS),
- Se positionner comme un relais avant un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH),
- La nécessité de travailler sur la lutte contre l'isolement, en lien avec les dispositifs existants (mission sur la capacité à habiter et groupe d'appui HYLO 35).

› Et aujourd'hui ?

Ce projet ambitieux est opérationnel depuis avril 2015 et bénéficie d'un financement pour 3 ans. Il est territorialisé et mobilise les bailleurs Hlm, des opérateurs de l'accompagnement social et du médico-social (volet « psychique », association, SAVS...). Le GIE n'a pas de logement en propre mais

propose des accompagnements. La convention permet de mobiliser tout un panel de solutions logement proposées par les bailleurs.

L'intérêt de l'action c'est d'aller vers la personne.

Le signalement se fait par une fiche d'évaluation renseignée par un bailleur, une mairie, un travailleur social, SIAO, MDPH, SPIP, CHGR... et adressée au GIE. Une fois validée par la commission (**ADO et opérateurs**), l'intervention se traduit par une visite conjointe des deux opérateurs, c'est-à-dire accompagnement social et volet psychique, et du bailleur au domicile de la personne.

Depuis avril 2015, une soixantaine de contacts ont donné lieu à 51 mesures d'accompagnement effectives. Seulement 2 refus ont été observés à ce jour. Le solde correspond à des déménagements, à des personnes hébergées en structure, à des mesures de protection mises en place ou à des situations en attente. C'est donc un succès.

➤ L'incurie dans le logement

Les phénomènes d'entassement conduisent à des situations d'incurie dans le logement, parfois appelées « syndrome de Diogène ».

Le syndrome de Diogène est un dérèglement du comportement chez la personne qui se traduit par deux troubles associés : l'incurie et la syllogomanie³³. La syllogomanie ou accumulation compulsive est le fait d'accumuler de manière excessive des objets (sans les utiliser), indépendamment de leur utilité, de leur valeur ; parfois sans tenir compte de leur dangerosité ou de leur insalubrité.

L'incurie est une absence totale d'hygiène personnelle et la syllogomanie est un T.O.C. (trouble obsessionnel compulsif) qui conduit à amasser ou à ne pas jeter un grand nombre d'objets inutiles voire de déchets, même si leur accumulation cause des inconforts majeurs.

Il existe deux types de syndrome de Diogène, l'actif et le passif. L'actif consiste à entasser chez soi toutes sortes de choses récupérées dans la rue. Quant au passif, il revient à se laisser envahir par ses déchets voire même ses déjections et à se laisser déborder par leur accumulation.

Le syndrome de Diogène touche essentiellement des personnes âgées de plus de 60 ans de tout milieu social, généralement après une rupture sociale comme le décès d'un proche ou le départ à la retraite. Ces individus sombrent peu à peu dans une dépression et ils se mettent à combler le vide autour d'eux par l'accumulation d'objets ou de déchets.

En Bretagne comme ailleurs, les services communaux d'hygiène et de sécurité (SCHS) et l'ARS sont confrontés à ces situations.

Ces logements font peu l'objet d'arrêtés d'insalubrité en Bretagne (comme dans d'autres régions) pour deux raisons principales. La première est que de nombreux logements ne sont pas insalubres en eux-mêmes et que c'est l'usage et le comportement de l'occupant qui sont responsables de la situation. Cette situation pouvant avoir des conséquences sanitaires liées à l'absence d'hygiène. La seconde est qu'un arrêté d'insalubrité ne solutionne en rien la situation. Il convient d'avoir une approche partenariale avec celles et ceux intervenant (ou pouvant intervenir) avec la personne : la famille, l'environnement, l'action sociale et le soin, pour l'essentiel. L'objectif sera de faire en

³³ <http://www.toulouse.fr/web/environnement/sante-environnementale/syndrome-de-diogene>

sorte qu'une prise de conscience accompagnée par des professionnels permette l'enlèvement des objets et la poursuite de l'occupation du logement par la personne.



La porte à gauche dans l'immeuble ne laisse pas présager de ce qui se trouve derrière...



› La « précarisation domiciliée »

Nous empruntons ce concept au Docteur Le Ferrand, de l'équipe mobile psychiatrie précarité de Rennes (Centre Hospitalier Guillaume Régnier - CHGR). S'agissant de la relation santé et mal logement, deux axes méritent attention. Le premier est que la précarité laisse supposer un état figé : il n'en est rien, c'est un processus qui poursuit son œuvre en affectant les personnes au jour le jour, c'est pourquoi le terme de précarisation prend tout son sens. Le second est que le logement, le logement seul, n'est pas une fin en soi, surtout pour les personnes ayant eu un parcours très difficile hors du logement, parfois durant de longues périodes. Ce sont par exemple celles et ceux vivant dans la rue, les dispositifs d'urgence, les squats...

L'arrivée dans un logement, aboutissement de démarches difficiles (à la fois en termes de procédures et d'engagement de la personne) est une première étape. La phase « post-attribution » et le maintien, voire le développement des liens est très important, que ce soit avec la famille, le soin, le bailleur, etc.

A Rennes, comme ailleurs, l'équipe mobile psychiatrie précarité et le conseil rennais de santé mentale notent les conséquences de l'isolement dans les situations de crises et d'urgence. Ces personnes occupant un logement, n'ont dans leur grande majorité, plus de liens avec leur famille, les équipes de soins, le voisinage, le bailleur...

Lorsqu'elles étaient à la rue, elles « bénéficiaient » d'un suivi des différentes équipes, fréquentaient certains lieux (point santé, domiciliation, accueil de jour, restaurant social le Fourneau, etc.). A partir du moment où elles accèdent à un logement, certaines personnes distendent les liens qu'elles pouvaient avoir avec leur environnement.

C'est aussi le cas de personnes habitant un logement, plus souvent dans les quartiers d'habitat social, qui perdent progressivement les liens avec leur environnement (famille, emploi, etc.). **La maladie peut resurgir plus fortement ou apparaître, les soins et les traitements ne sont plus ou pas suivis. Quand ces situations « enkystées » débouchent sur une crise, les professionnels (SOS médecins, pompiers, ville, bailleur, police...) la découvrent et n'ont plus de prises.**

Le CRSM

Le conseil rennais de santé mentale a été installé en 2010. Il a été relancé à partir de 2013. Il fonctionne maintenant en plénière, avec un comité de pilotage et trois groupes de travail établis (logement, soins sans consentement et situations de crise, culture) auxquels deux nouveaux groupes viennent de se joindre (protection des personnes et observation et santé mentale).

Le CRSM travaille sur trois axes :

- La promotion de l'insertion des personnes dans la cité,
- La coordination des acteurs,
- Les situations complexes.

› Le Conseil Local de Santé Mentale de Brest³⁴

Le Conseil Local de Santé Mentale est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie, les élus locaux et les différents acteurs intervenant autour de la santé mentale. Le but du CLSM est de favoriser l'insertion des personnes en souffrance psychique dans la cité.

› Les objectifs du CLSM

- Mettre en place une observation de la santé mentale. Il s'agit de réaliser des diagnostics préalables pour ensuite déterminer les besoins, connaître les ressources locales afin de pouvoir définir des priorités.
- Permettre l'accès et la continuité des soins, afin de pouvoir prévenir les situations d'urgence et surtout de garantir une prise en charge adaptée à la personne.
- **Favoriser l'inclusion sociale et l'autonomie des personnes, en facilitant l'accès et le maintien dans le logement et le travail et en luttant contre l'isolement des personnes souffrantes.**
- Participer aux actions de lutte contre la stigmatisation, en proposant notamment des actions d'information sur la santé mentale en direction de la population mais aussi de certains professionnels.
- Aider à la résolution de situations psychosociales complexes, en assurant une Cellule de Veille.

› L'organisation du CLSM

A ce jour 25 structures différentes participent au CLSM sachant qu'une même structure peut être représentée par plusieurs services à part entière. Le CLSM s'organise en 5 commissions de travail,

³⁴ <http://www.villes-sante.com/actions-des-villes/brest-presentation-du-conseil-local-de-sante-mentale/>

chacune ayant un pilote et un élu de référence :

- Commission observation,
- **Commission logement**,
- Commission formation,
- Commission santé mentale et travail,
- Commission promotion de la santé mentale.

› La commission logement

→ Le groupe partenarial

La commission comprend deux groupes. Le premier « accès et maintien dans le logement » a pour objet de favoriser l'accès au logement et de mettre en place des accompagnements pour le maintien dans le logement des « personnes souffrant de troubles psychiques ». Brest Métropole Habitat, les CHRS, Brest Métropole, l'UNAFAM, etc. participent au groupe afin de faire « *le lien entre maladie et logement* ».

Les travaux du groupe ont favorisé la création de la résidence accueil Maden³⁵ de Brest, qui était déjà bien engagée par l'UDAF. Ces travaux et réflexions du groupe ont également permis d'inscrire la Madden dans le dispositif local de la CASAL, développant ainsi la palette de l'offre mobilisable.

Partageant le constat de l'existence de personnes habitant le parc de logements de la CASAL souffrant de troubles psychiques d'une part, et les besoins en logement de certains patients sortant d'hospitalisation, d'autre part, une convention entre le CHRU de Bohars et la CASAL a été signée le 14/01/2015. Cette formalisation du partenariat entre la CASAL et la psychiatrie permet de trouver plus facilement des solutions logement pour les sortants d'hospitalisation et de bénéficier de l'appui du secteur de soins pour certaines situations dans le

parc de logements CASAL.

Face à une augmentation récente des situations de Diogène repérées, une piste de travail du groupe partenarial pourrait être la façon de prendre en compte ces situations de la meilleure façon possible, que ce soit au titre de l'environnement, du voisinage, de la famille mais aussi de la personne.

→ La cellule de veille

Le second groupe est la « *Cellule de veille* » qui est un espace de concertation sur des situations préoccupantes suite à des signalements avec comme objectif, le maintien dans le logement.

Cette cellule de veille mobilise un partenariat très large : médecin généraliste, psychiatre, Brest Métropole Habitat, CASL, SAVS Don Bosco, organismes de tutelle (UDAF et Association Tutélaire du Ponant), EMPP...

Elle se réunit trimestriellement, sauf si besoin en cas d'urgence, et analyse 5 à 6 situations présentées par certains membres (travailleurs sociaux ou autres). Il est observé récemment une augmentation des situations de « *récidivistes* », c'est-à-dire déjà présentées en cellule de veille.

Les constats sont ceux d'une segmentation importante des interventions des professionnels de santé. Souvent, le médecin généraliste ne connaît pas certaines problématiques du patient (par exemple syndrome de Diogène ou problèmes de santé mentale).

Les préconisations de la cellule s'orientent vers une visite à domicile par le conseiller logement de la CASAL et le médecin généraliste ou psychiatre selon les situations afin de faire le point.

³⁵ Cf. infra.

Conclusion

Pour conclure, ce chapitre consacré au mal logement et à la santé a permis de souligner, s'il en était besoin, les liens très forts qui existent entre le mal logement et la santé.

Nous avons voulu montrer, sans être dans l'exhaustivité, que les bonnes pratiques santé/hébergement/logement sont présentes dans notre région pour les ménages les plus défavorisés. Elles peuvent donc être reproduites, surtout sur les territoires ruraux où les offres de santé sont moindres et où l'on déplore une population précarisée plus isolée. Les découpages territoriaux de santé ne facilitent pas non plus la connaissance des outils et des dispositifs dans ces espaces.

Nous ne devons pas croire que les réalisations et expérimentations valorisées dans ce chapitre, si pertinentes et louables soient elles, sont à la hauteur des enjeux. L'accroissement des « précarités » et la crise du logement affectent plus durement chaque année notre région. De même, la question des financements publics reste la pierre angulaire du développement de ces politiques.

Nous avons pu noter également que les préoccupations concernant la santé mentale des ménages les plus précaires sont partagées par tous les acteurs consultés et qu'il faudra aborder cette question de façon transversale et collégiale avec un souci « d'aller vers » et d'intervention accru « au domicile ».

La prévention doit être développée, notamment par la formation des professionnels de santé aux aspects précarisations/sociaux mais également vers les professionnels de l'hébergement d'urgence pour les questions de soins dans les structures. Il ne faut pas non plus négliger l'accompagnement des bénévoles de l'urgence qui sont aidants pour de nombreux

publics à la rue.

Un calibrage plus important des possibilités de parcours soins/logement doit être mené en partenariat afin de répondre aux besoins des publics (ex. : nombre de places en Lit Halte Soins Santé et Appartements de Coordination Thérapeutique) et aux inégalités territoriales en la matière.

On assiste en Bretagne à un sentiment de progression des enjeux santé-environnement lié au logement. L'habitat indigne, la précarité énergétique et la qualité de l'air intérieur doivent donc bénéficier d'une attention renforcée dans le repérage et le curatif.

En étudiant les différents documents afférents aux thématiques santé, le Plan Régional Santé Bretagne (2012-2016), l'évaluation du Plan Régional Santé Environnement (2011-2015), le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS 2), force est de constater que tous mettent en lumière la nécessité d'une meilleure coordination des acteurs de la santé. Les parties prenantes de l'hébergement et du logement doivent pour leur part mieux répondre aux questions de santé et de parcours comme cela a pu être indiqué dans la synthèse régionale des quatre diagnostics territoriaux partagés à 360 degrés du sans-abrisme.

Pour la Fondation Abbé Pierre et son agence régionale, le mal logement est une question de santé publique. Les investissements réciproques ne seront que bénéfiques aux ménages les plus en fragilités de notre région.

Stéphane Martin
Directeur régional



Les projets soutenus en Bretagne par la Fondation Abbé Pierre depuis 2012

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Mobilisation des énergies pour l'habitat et l'insertion en milieu rural	PLAIAA - 13, rue de l'hôtel Hérault 56350 Saint-Jean la poterie	2007
Ass. Noz deiz		2008
Fondation masse-Trevidy	PDF - maison relais "le Jarlot" - 22 route de calle - 29600 Morlaix	2008
Relais habitat 22	Production de solutions pour 6 ménages	2009
Accueillir et partager	Le sac, ma maison	2010
Animation gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne	PDF - rue Anita Conti - 29260 Lesneven	2010
Association de développement sanitaire des montagnes noires		2010
Association départementale de tutelle	R. Sociale/maison-relais - 5 place de l'église - le vieux moulin - 22810 belle î	2010
Association départementale de tutelle	Résidence accueil - équipement	2010
Compagnons bâtisseurs Bretagne		2010
CSF de Livré-sur-Changeon Ile-&-Vilaine	Parentalité	2010
CSF de Livré-sur-Changeon Ile-&-Vilaine	Parentalité	2010
Pact Arim d'Ile-&-Vilaine		2010
Relais habitat 22		2010
Ud CSF 56	Soutien à l'accompagnement juridique des familles	2010
Agence immobilière à vocation sociale de rennes	Réalisation d'outils de communication pour l'agence	2011

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Association nationale compagnons bâtisseurs	Lutte contre précarité énergétique	2011
CLLAJ Saint-Brieuc	Réalisation d'un diagnostic de type audit	2011
Maison de l'Argoat		2011
PACT HD Côtes d'Armor	Réalisation, agencement et animation d'un minibus "au bon logement"	2011
PEP 29	RSJ - 214 rue du Couëdic - 29392 Quimperlé	2011
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ile-&-Vilaine		2011
Secours catholique - délégation Ile-&-Vilaine	Mise à l'abri de populations migrantes avec une approche logement	2011
Sires Bretagne		2011
URHAJ Bretagne		2011
Animation gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne	Fonctionnement pension de famille " résidence Ti Laouen " (Lesneven)	2012
Association d'animation & de gestion du centre social du bois du château	Traces	2012
Association logement et familles en difficulté	Ameublement de la résidence d'hébergement temporaire "Louise Bodin"	2012
Association logement et familles en difficulté	Ameublement de la résidence d'hébergement temporaire "Louise Bodin"	2012
Association nationale compagnons bâtisseurs	Soutien à l'activité tête de réseau	2012
Association pour le soutien aux adultes en difficulté	Action collective favoriser l'implication des usagers au sein de l'association	2012

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Centre de recherches et de productions théâtrales - théâtre de l'Arpenteur	Direction, production et diffusion de projets en tous lieux	2012
Confédération syndicale des familles - union départementale d'Ille-et-Vilaine	Aide au fonctionnement permanence d'accès aux droits	2012
Fondation masse-Trevidy	Production de logements en résidence sociale	2012
Maison de l'Argoat	Garde meubles social	2012
Relais habitat 22	Les trophées de l'habitat - 2ème édition	2012
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine	Réhabilitation d'un accueil de jour	2012
Accueillir et partager	Réalisation d'un film de témoignages de personnes ayant vécu à la rue, intitulé "le sac, ma maison"	2013
Animation gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne	Résidence Ti Laouen - atelier bien être (travaux et équipement)	2013
Animation gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne	Accueil de jour le phare à Brest	2013
Animation gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne	Maison Anatole	2013
Association costarmoricaïne d'accompagnement et de protection	Equipement espaces collectifs maison relais / résidence accueil Guingamp	2013
Association costarmoricaïne d'accompagnement et de protection	Pension de famille Paimpol	2013

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Association de bénévoles des industries électriques et gazières des Côtes d'Armor	Economie d'énergie, salubrité et sécurité dans le logement social	2013
Association de la fondation étudiante pour la ville	Lutte contre les inégalités dans les quartiers populaires	2013
Association nationale compagnons bâtisseurs	Soutien à l'activité de tête de réseau	2013
Association pour le soutien aux adultes en difficulté	Dynamisation d'un groupe participatif pour continuer l'accès vers le logement	2013
Ça se passe près de chez vous	Soutien à un élan citoyen d'entraide par une entrée chantier logement	2013
Centre régional information jeunesse Bretagne	Action innovante de création de point information jeunesse en milieu carcéral	2013
Consommation logement et cadre de vie	Expérimentation d'un accompagnement de locataires de logements non décents	2013
Danse à tous les étages	Habiter : projet artistique avec des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion	2013
Festival de cinéma de Douarnenez	Festival Douarnenez	2013
Fondation masse-Trevidy	PLAI CN - résidence sociale jeunes - 2 rue madame la Fayette - lotis de Prat Ar Roz - 29000 Quimper	2013
Foyer jeunes travailleurs - amitiés sociales	PLAI DRI - résidence l'hermine - rue de Châteaugiron - 35410 Nouvoitou	2013
La caravane compagnie	C'est où partir ?	2013
La mo compagnie	Présences	2013

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Penthièvre actions	Accompagner le public dans une démarche participative vers l'accès ou le maintien dans le logement	2013
Relais habitat 22	Journée d'information et d'échanges "comment construire et rénover ? un enjeu pour les Côtes d'Armor"	2013
Sauvegarde 56	Pension de famille à Ploemeur fonct + equip	2013
Sires Bretagne	Développement de l'offre de logements privés à loyers maîtrisés à destination des ménages modestes	2013
UD CSF 56	Lutte contre l'habitat indigne - accompagnement des locataires	2013
Union départementale de l'aide, des soins et des services aux domiciles du Finistère	Diagnostic pour des conditions d'habitat des populations âgées et handicapées	2013
Union départementale des associations familiales du Finistère	Résidence accueil Maden	2013
Agence de maîtrise de l'énergie et du climat du pays de Brest	Structuration de l'action précarité énergétique de l'association (SLIME)	2014
Agence départementale d'information sur le logement des Côtes d'Armor	Accompagnement des locataires en situation d'habitat indigne et/ou d'expulsion	2014
Animation gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne	Centre d'accueil le phare- AGEHB	2014
Association de la fondation étudiante pour la ville	Lutte contre les inégalités dans les quartiers populaires - KAPS - participation des habitants	2014

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Association Le Marronnier	Le jardin partagé du marronnier	2014
Association pour le soutien aux adultes en difficulté	Groupe participatif d'usagers pour la réussite du projet insertion par le logement	2014
Association pour l'insertion sociale	Rencontre pour un toit	2014
Breiz Accueil Accompagnement	Résidence d'accueil Pontivy	2014
Cime (cité et médiation)	Service de médiation : accompagnement à la résolution des conflits de voisinage	2014
CLLAJ Saint-Brieuc	Service de location à la semaine pour des jeunes en alternances et stagiaires	2014
Emmaüs France	Programme habitat des compagnons - avenant subv. Communauté Emmaüs Saint- Brieuc	2014
La CIMADE	Permanences d'accès aux droits pour les personnes étrangères en situation de précarité administrative	2014
La maison en ville	Développer le logement intergénérationnel, concept innovant et solidaire -territoire Ille-et-Vilaine	2014
L'Igloo	RSJ - rue Anatole Le Braz - 22600 Loudéac	2014
Maison de la consommation et de l'environnement	Prévention et lutte contre le mal logement en Bretagne	2014
Penthièvre actions	Accompagnement du public dans une démarche participative visant l'accès ou maintien dans le logement	2014
Relais habitat 22	Trophées de l'habitat rh22	2014
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine	Dispositif COORUS	2014
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine	Aménagement d'un préau à l'accueil de jour de rennes	2014

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
SIRES Bretagne	Développement de l'offre de logements privés à loyers maîtrisés pour des ménages conditions modestes	2014
Solidarité paysans de Bretagne	Accompagner les agriculteurs et le public rural en difficulté sur lutte HI et précarité énergétique	2014
UD CSF 56	Lutte contre l'habitat indigne et non décent-accompagnement des locataires	2014
U n i o n départementale consommation logement cadre de vie	Accompagner les locataires des logements non décents et insalubres	2014
U n i o n départementale des associations familiales du Finistère	Résidence accueil quimper	2014
Vannes escale atlantique	Mieux vivre son quartier	2014
Vannes escale atlantique	Mieux vivre son quartier	2014
A g e n c e départementale d'information sur le logement des Côtes d'Armor	Accompagnement des locataires victimes de logements indignes et indécents et/ou en situation d'expul.	2015
Ça se passe près de chez vous	Structure et professionnalisation de l'action	2015
La caravane compagnie	Spectacle documentaire jeunes en errance	2015
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine	COORUS encadrement	2015
CCAS de QUEBRIAC (35)	Production de logement très sociaux - Village du Courtil Noé à QUEBRIAC	2015

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
M o b i l i s a t i o n des énergies pour l'habitat et l'insertion en milieu rural - UES MENCHIR (56)	RENO ENERGIE - Les Basses Landes - SAINT MARCEL	2015
Agence Locale de l'Energie du Pays de Saint-Brieuc (22)	Slime de Lamballe et lutte contre la précarité énergétique sur le Pays de Saint-Brieuc	2015
u n i o n départementale CLCV d'Ille et Vilaine	SOS Taudis accès aux droits/accompagnement de locataires sur la non décence	2015
S O L I D A R I T E PAYSANS DE BRETAGNE (22)	SOS Taudis " repérage et accompagnement" en secteur rural	2015
Centre de Recherches et de Productions théâtrales - théâtre de l'arpenteur (35)	Promotion des habitants : plus J'avance, plus le chemin s'étire	2015
Animation Gestion de l'Emploi et l'Hébergement en Bretagne (29)	Soutien à la pension de Famille " Maison Anatole " Brest	2015
Animation Gestion de l'Emploi et l'Hébergement en Bretagne (29)	Soutien à la pension de Famille " TI LAOUEEN " Lesneven - Breizh Boulic & Atelier théâtre	2015
Animation Gestion de l'Emploi et l'Hébergement en Bretagne (29)	Soutien à l'accueil de jour " Le Phare" Brest	2015
Agence Immobilière à Vocation Sociale de Brest	Dispositif pour le logement autonome de jeunes en situation de précarité à Brest	2015
U n i o n départementale consommation logement cadre de vie (29)	SOS Taudis accès au droit Finistère CLCV 29	2015
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine	"L'apparté", réduction des nuitées hôtelières : dispositif d'hébergement d'urgence en diffus	2015

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Bureau Information Jeunesse Lorient (56)	Actions logement pour les jeunes détenus du Centre Pénitentiaire Lorient-Ploemeur	2015
ALECOB (29)	Lutte contre la précarité énergétique en Centre Ouest Bretagne	2015
ENERGENCE (29)	Structuration de l'action précarité énergétique de l'association	2015
La maison en ville (35)	D é v e l o p p e m e n t du logement intergénérationnel et solidaire en Ille-et-Vilaine	2015
UD CSF 56	SOS TAUDIS - accompagnements des ménages en logements indignes	2015
Confédération Syndicale des Familles d'Ille et Vilaine	Développement de l'accès au droit et de la thématique animation en copropriété	2015
CIME (Cité et Médiation) (35)	service de médiation : accompagnement à la résolution des conflits dans les quartiers	2015
U n i o n Départementale CLCV d'Ille et Vilaine	"Les CLCV Bretagne bougent ta copro"	2015
A s s o c i a t i o n de bénévoles des industries électriques et gazières des Côtes d'Armor	Formation aux économies d'énergie et interventions précarité énergétique en rural	2015
FNARS Bretagne (22)	Animations "accès aux droits liés au logement en secteur rural"	2015
Théâtre du Grain (29)	Promotion des habitants : TRAVERSCITE	2015
Théâtre du Grain (29)	Promotion des habitants : Ressorts	2015
Association Saint Benoit Labre (35)	Soutien aux équipements communs de la pension de famille Daniel Ravier	2015

Raison sociale du tiers principal	Titre du projet	Période comptable
Association ça dépoté (29)	Promotion des habitants : les Sorties « Sentier vous bien »	2015
A s s o c i a t i o n nationale Le Refuge	Création d'une antenne du Refuge sur Rennes pour jeunes victimes d'homophobie	2016
Cent pour un Toit (29)	Accueil des personnes et familles sans droits	2016
Sauvegarde de l'enfant à l'adulte en Ille-et-Vilaine	COORUS, dispositif partenarial d'hébergement de personnes sans droits	2016
Association de la Fondation Etudiante pour la Ville (35)	"colocations jeunes" solidaires en habitat social	2016
Culture du cœur (35)	promotion des habitants : une œuvre artistique réalisée pour des sdf par des sdf	2016

Annexes

› Sources

- Accord cadre « Fragilités psychologiques et logement social ». Rennes.
- ARO Habitat Bretagne. La demande locative sociale en Bretagne au 1er janvier 2014, au 1er janvier 2015.
- ARO Habitat Bretagne. Principaux indicateurs de gestion locative. 2012, 2014.
- ARS Bretagne. Répertoire des dispositifs en santé précarité. http://www.sante-brest.net/IMG/pdf/ars_praps_page-a-page-3.pdf
- CNAF. <http://data.caf.fr/category/statistiques-allocataires-prestations-et-services>
- CNAF. Cahier des données sociales. 79 p. 2012.
- Comité de suivi DALO. n°10. Le bilan du droit opposable pour la période 2008-2014. 2014. 83 p.
- CREA Bretagne. Profil et parcours des personnes accueillies en CHRS. 2015. 85 p.
- CRH. L'habitat en Bretagne. Bilan 2014. 2015. 101 p.
- CRH. L'habitat en Bretagne. Bilan 2013. 2014. 73 p.
- CRH. L'habitat en Bretagne. Bilan 2012. 2013. 65 p.
- CRH. L'habitat en Bretagne. Bilan 2011. 2012. 65 p.
- CRH. L'habitat en Bretagne. Bilan 2010. 2011. 45 p.
- CRH. Le financement du logement en Bretagne. Aide à la pierre. Bilan 2009. 2010. 56 p.
- Direccte de Bretagne. Les taux de chômage en Bretagne au 3ème trimestre 2015. Indicateurs.
- DRJSCS Bretagne Panorama statistique. 2014.
- Enquête PHEBUS (Performance de l'Habitat, Équipements, Besoins et USages de l'énergie). 2013
- FNARS Bretagne. Baromètre de l'urgence hivernale Bretagne 2013-2014. 29 p. Novembre 2014.
- FNARS Bretagne. Baromètre de l'urgence hivernale Bretagne 2014-2015. 38 p. Février 2016.
- Fondation Abbé Pierre. L'état du mal logement en France : Bretagne un éclairage régional. 2015. 76 p.
- Fondation Abbé Pierre. L'état du mal logement en France. 2016. 76 p.
- Fondation Abbé Pierre. Document d'actualisation de l'état des lieux bidonvilles. Novembre 2014. 4 p.
- <http://real.ehesp.fr/> Les politiques sociales et de santé publique. L'individualisation et la sanitarisation du social
- <http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/le-carnet-de-sante-de-votre-habitat-a2657.html>
- <http://www.concarneau-cornouaille.fr/actualites/300-le-radon>
- <http://www.toulouse.fr/web/environnement/sante-environnementale/syndrome-de-diogene>
- Insee Analyses Bretagne n°14. Janvier 2015. Un quart des ménages bretons en situation de vulnérabilité énergétique.
- Insee Analyses Bretagne n°20. Juin 2015. Moins de pauvreté et d'inégalités de revenus entre les ménages et entre les territoires.
- Insee Analyses Bretagne n°22. Juin 2015. Une croissance démographique toujours supérieure au niveau national.
- Insee Analyses n°23. Décembre 2015. Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalité. Résultats expérimentaux pour 2014
- Insee première n°1552. Juin 2015. Une pauvreté très présente dans les villes-centres des grands pôles urbains.
- Insee première n°1546. Avril 2015. Les conditions de logement fin 2013.
- Insee-Cnaf-Cnav-CCMSA / Fichier localisé social et fiscal 2012. Classement des communes selon le taux de pauvreté en 2012.
- INVS. Imprégnation des enfants français par le plomb en 2008-2009. Enquête nationale de prévalence du saturnisme chez les enfants de 6 mois à 6 ans. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2013/Impregnation-des-enfants-francais-par-le-plomb-en-2008-2009>
- IRSN <http://www.irsn.fr/fr/connaissances/environnement/expertises-radioactivite-naturelle/radon/Pages/Le-radon.aspx>
- Jean Furtos. Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires. http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Microsoft_Word_-_L_HABITAT_DANS_L_ACCOMPAGNEMENT.pdf
- Chiffres et statistiques n° 534 Juillet 2014. Le parc des logements en France métropolitaine en 2012 : plus de la moitié des résidences principales ont une étiquette énergie D ou E.
- Observatoire régional de la santé. Baromètre santé environnement Bretagne. 2014
- Observatoire régional de santé Île-de-France. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Mai 2014.
- Plan régional santé environnement 2017-2021. <http://www.prse-bretagne.fr/>

- Rapport d'activité de la commission de surendettement d'Ille-et-Vilaine. 2011, 2012, 2013, 2014.
- Rapport d'activité de la commission de surendettement des Côtes d'Armor. 2011, 2012, 2013, 2014.
- Rapport d'activité de la commission de surendettement du Finistère. 2011, 2012, 2013, 2014.
- Rapport d'activité de la commission de surendettement du Morbihan. 2011, 2012, 2013, 2014.
- Rapport d'évaluation finale du PRSE2 Bretagne 2011-2015. Octobre 2015. <http://www.prse-bretagne.fr/>
- Réseau Louis Guilloux. Rapport d'activité 2013, 2014. <http://www.reseauvillehopital35.org/rapport-activit?df=1>
- Rhizomes n°51 janvier 2014. Actualités et sens de l'accompagnement dans le logement. 76 p.
- RPLS-DREAL Bretagne 2011, 2012, 2013, 2014.
- EPLS-DREAL Bretagne 2009, 2010.
- Shireen Nazer. De nouvelles obligations réglementaires pour l'approche écosystémique : une démarche de planification globale au service de l'aménagement des villes favorables à la santé-environnement. Les approches écosystémiques de la santé dans la francophonie. Hors-série. 19 août 2014. <https://vertigo.revues.org/14953>.
- SIAO 22. Rapport d'activité 2014. http://adalea.fr/IMG/pdf/siao_observatoire_rapport_d_analyse_2014.pdf
- TREND. Phénomènes émergents liés aux drogues Tendances récentes sur les usages de drogues à Rennes en 2013. 66 p. Juin 2015.
- TREND. Synthèse des résultats 2013, 2014. Guillaume Pavic. Décembre 2014, 2015.
- Diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal logement. Côte d'Armor. 87 p. 2015.
- Diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal logement. Morbihan. 93 p. 2015.
- Diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal logement. Finistère. 100 p. 2015.
- Diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal logement. Ille-et-Vilaine. 57 p. 2015.
- ADIL 56. Un point sur... les expulsions locatives dans le Morbihan en 2014. N°1 janvier 2016.
- DIHAL. Etat des lieux national des campements illicites et grands squats. Mars 2013, Janvier 2014, Mars 2015, Décembre 2015.

› Table des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé
ACS	Acquisition d'une Complémentaire Santé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ADIL	Association départemental d'information pour le logement
ALD	Affections longue durée
ALF	Allocation de logement familiale
AGEHB	Animation et gestion pour l'emploi et l'hébergement en Bretagne – (Association Brest)
ANAH	Agence nationale de l'habitat
APL	Aide personnalisée au logement
APRAS	Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sureté nucléaire
AVDL	Accompagnement vers et dans le logement
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CLCV	Consommation, logement et cadre de vie
CASAL	Commission d'accompagnement social et d'accès au logement – Brest métropole
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CIDDIST	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissible
CLH	Commission locale de l'habitat – Rennes Métropole
CLAT	Centre de lutte anti tuberculeux
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CMEI	Conseillère médicale en environnement intérieure
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CRIJ	Centre régional information jeunesse
CR2H	Comité régional de l'hébergement et de l'habitat
CLSM	Conseil local de santé mentale
CRSM	Conseil rennais de santé mentale
DDCSP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DDTM	Direction départementale des territoires et de la mer
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
FART	Fonds d'aide à la rénovation thermique
HYLO 35	Hygiène et logement. Groupe de travail de l'ADO 5
FSL	Fonds de solidarité pour le logement
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.
MADEN	Maison d'accueil d'accompagnement et d'entraide mutuelle. UDAF 29
MSA	Mutualité sociale agricole
PADA	Plate-forme d'accueil pour demandeurs d'asile
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PDAHI	Plan départemental accueil hébergement insertion
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
PDLHI	Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne
PRSE	Plan régional santé environnement

RSD	Règlement sanitaire départemental
RCMS	Réunion de Concertation Médico-Sociale
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
TEE	Taux d'effort énergétique
TPN	Tarif de première nécessité
TSS	Tarif spécial de solidarité
UNAFAM	Union nationale des amis et familles de malades mentaux (maintenant psychiques)
USH	Union sociale de l'habitat – ex Union Hlm

› Remerciements

Christophe Guinche // Responsable du Pôle Logement Hébergement, ADALEA - **Pierre L'Her** // Coordinateur, ADALEA - **Bénédicte Garçon** // Chargée de mission Habitat Indigne/PDALPD, ADIL 56 - **Philippe Le Saux** // Directeur, APRAS - **Marie Claude Liautard** // Chargée de missions, ARO Habitat - **Patrick Sciberras** // Directeur, ARO Habitat - **Jean-Luc Potelon** // Directeur adjoint santé environnement, ARS Bretagne - **Claudine Noyon** // Technicienne sanitaire, ARS DT 29 - **Michel Lars** // Ingénieur sanitaire, ARS DT 56 - **Emmanuel de Longeaux** // Président de la banque alimentaire de Rennes, Banque alimentaire - **Erwan Le Cœur** // CASAL, CLSM commission logement- Conseiller logement, Brest Métropole - **Elodie Touanen** // Conseillère Technique, CAF 35 - **Géraldine Diot** // Responsable du Service Habitat, CAF 35 - **Nicolas Ménager** // Conseiller Technique, CAF 35 - **Dr Philippe Le Ferrand** // Equipe mobile psychiatrie précarité, CHGR - **Nathalie Monnier** // Assistant socio-éducatif – PASS Cellule de coordination, CHU RENNES - **Pascal Gilois** // Assistant socio-éducatif - PASS Cellule de coordination, CHU RENNES - **Véronique Peltier-Chevillard** // Responsable du Service Social Hospitalier Coordinatrice de la cellule de coordination PASS, CHU RENNES - **Marie-Laure Bonnot** // PAEJ, CRIJ - **Nathalie Bouhaddi-Liger** // PAEJ, CRIJ - **Daniel Plouzennec** // Président, Croix Rouge 56 - **Michèle Le Cabec** // Responsable de l'unité locale de Vannes, Croix Rouge 56 - **Corinne Robin** // Chargée de l'accès au logement prioritaire, DDTM

35 - **Michel Lalanne** // Chargé de mission logement spécifique, DREAL Bretagne - **Céline Rothé** // SHS/ Social care : lien social et santé, EHESP - **Philippe Glorennec** // EHESP, DSET&GS - **Séverine Deguen** // EHESP - **Claire Cornelissen** // Chargée de mission, FNARS - **Sabine Goltais** // Responsable d'actions solidaires, Harmonie mutuelle - **Angeline Louzier** // Conseillère, Mission locale Rennes - **Séverine Beignon** // Coordinatrice GIE Solive ADO Habitat 35, Néotoa - **Isabelle Tron** // Directrice, Observatoire régional santé - **Michel Polet** // Bureau des politiques de sécurité publique, Préfecture 29 - **Solen Furic** // Bureau des politiques de sécurité publique, Préfecture 29 - **Gilles Dreuslin** // Responsable de la CLH, Rennes Métropole - **Dr Didier Michel** // Directeur médical, Membre de la RCMS du CHU Rennes, Réseau Louis Guilloux - **Patricia Buttica** // Directrice pôle précarité Insertion, SEA 35 - **Sylvère Lebreton** // Chef de service accueil, veille sociale, SEA 35 - **Marc Kerjean** // Chef de service Accompagnement Social et évaluation, UDAF 29 - **Benoît Edeline** // Prévention délinquance, Ville de Rennes - **Françoise Boissel** // Responsable de la Cellule Habitat du Service santé environnement, Ville de Rennes - **Maud Renon** // Directrice santé publique handicap, Ville de Rennes - **Nicolas Henry** // animateur CRSM, Ville de Rennes - **Delphine Merour** // Responsable du service Droit au Logement, Conseil Départemental 29 - **Sophie Frain** // Conseillère médicale en environnement intérieure, Centre hospitalier Dinan

L'état du mal-logement en France

21^e RAPPORT ANNUEL



**Fondation
Abbé Pierre**
pour le logement
des défavorisés

AGENCE RÉGIONALE DE BRETAGNE

11, bld Beaumont
35000 RENNES
Tél. : 02 99 65 46 73
Fax : 02 99 65 34 26

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

3-5, rue de Romainville
75019 PARIS
Tél. : 01 55 56 37 00
Fax : 01 55 56 37 01

www.fondation-abbe-pierre.fr

