



Action pour l'insertion par le logement

Dispositif
expérimental

Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat





Table des matières

ORIGINE DU DISPOSITIF ET CADRE D'INTERVENTION	2
▪ Introduction	2
▪ Cadre de la mission	3
▪ Modalités de signalement et de mobilisation du dispositif	4
MODE OPERATOIRE	5
▪ Recueillir les informations nécessaires à la première prise de contact et à l'élaboration d'un diagnostic partagé	5
▪ Rechercher l'adhésion des personnes	6
« Aller vers » et saisir les demandes latérales	6
Penser dans la durée et ne pas se laisser envahir par le sentiment d'urgence	7
Négocier et impulser une dynamique	8
▪ Débarrasser, nettoyer, désinfecter : quels opérateurs et quels financements ?	9
▪ Utiliser de manière raisonnée le levier coercitif	9
▪ Mobiliser et coordonner les acteurs	10
Schéma d'intervention	11
Schéma partenarial du dispositif	12
TYPOLOGIE DES SITUATIONS RENCONTREES	13
MODE OPERATOIRE	13
▪ Les différents styles identifiés	13
▪ Les troubles associés	15
CONCLUSION	16
▪ Un dispositif animé par une réflexion éthique constante	16
▪ Bibliographie	17
▪ Glossaire	18

ORIGINE DU DISPOSITIF ET CADRE D'INTERVENTION

Introduction

Dans le cadre de leurs missions de lutte contre l'habitat indigne, l'ALPIL et l'Agence Régional de Santé (ARS) ont constaté conjointement un accroissement des signalements de situations d'incurie dans l'habitat. Souvent démunis face à cette problématique, les acteurs locaux peinent à trouver des solutions visant à une amélioration durable des conditions de vie du ménage. En effet, la résolution de ces situations nécessite la coordination d'acteurs d'horizons très divers (santé, social, logement, justice,...) et la mise en œuvre concertée des actions ou procédures pouvant être engagées par chacun de ces acteurs.

Dans son champ de compétence, l'ARS dispose notamment d'une procédure coercitive visant la résorption rapide des désordres constatés dans l'habitat, lorsque ceux-ci constituent un danger pour l'occupant ou le voisinage (article L1311-4 du Code de la Santé Publique). Toutefois, si la mise en œuvre de cette procédure peut s'avérer nécessaire dans certains cas pour mettre fin à un danger imminent pour la santé, elle peut également provoquer une aggravation du mode d'occupation du logement ou de l'état psychique de l'occupant. En tout état de cause, elle ne peut constituer à elle seule une réponse satisfaisante permettant de traiter la situation de façon globale et pérenne.

Face à ce constat, un dispositif opérationnel a été mis en place pour soutenir les ménages et les acteurs locaux, **dans un objectif de réduction des risques et de prévention de la récurrence.**

Ce document précise le fonctionnement du dispositif et présente les enseignements tirés suite à l'intervention sur une quinzaine de situations.

L'incurie est étymologiquement l'absence de souci de soi (et/ou d'autrui), signe majeur de perturbation de la santé mentale, retrouvé dans des pathologies psychiatriques bien identifiées mais aussi dans des états de souffrance psychique et sociale sans diagnostic psychiatrique.

L'incurie prend plusieurs formes : elle peut concerner l'hygiène d'une personne, son apparence vestimentaire, les soins médicaux nécessaires à la santé, l'administration de ses biens et de ses papiers ; l'une des formes les plus fréquentes et les plus difficiles à traiter concerne l'habitat, la façon dont le sujet habite son espace de vie.

L'incurie dans l'habitat se caractérise par une manière d'habiter qui rend certaines pièces inutilisables et qui perdent leur fonction soit à cause d'un encombrement excessif (ex: lit inutilisable, salon encombré), soit par une dégradation extrême de l'état de la pièce (ex: sanitaires, cuisine...)

Cadre de la mission

Convention

Mission confiée à l'**Alpil** par l'**Agence Régionale de santé** dans le cadre d'une convention annuelle.

Durée du dispositif : juillet 2012 – juillet 2015

Objet de la mission

Appui à la réappropriation durable de leur logement par des ménages confrontés à une situation d'incurie et développement d'une méthodologie d'intervention non coercitive. Les situations sont orientées par le service environnement-santé de l'ARS, après sollicitation des mairies ou des services sociaux.

Territoire d'intervention

Prioritairement les communes du département du Rhône non pourvues d'un service dédié (Conseil Local de Santé Mentale, Service Communal d'Hygiène et de Santé, etc.)

Nombre d'interventions

10 nouveaux dossiers par an et suivi des situations prises en charge antérieurement

Equipe Alpil

Deux travailleurs sociaux possédant une expérience de l'accompagnement des personnes en difficultés de logement. Un psychologue clinicien doctorant chercheur accompagne le travailleur social à chaque visite à domicile afin d'apporter un éclairage sur l'état psychique de l'occupant ainsi qu'un soutien méthodologique au niveau de la mission.

Public visé

Le dispositif s'adresse à des personnes dont le mode d'occupation du logement **présente un problème sanitaire, de sécurité pour elles-mêmes et/ou leur environnement**. Il s'agit souvent de personnes isolées qui ne sont pas en demande d'aide et dont la situation d'incurie se manifeste depuis longtemps.

Modalités de signalement et de mobilisation du dispositif

Alertes ou plaintes émanant des voisins, du bailleur, de la famille, quelquefois à l'occasion d'une intervention technique (plombier), d'une procédure d'expulsion (huissier), d'une visite d'un professionnel du secteur médico-social.



Maire au titre des Pouvoirs de Police en matière de sécurité et de salubrité publique



Service Environnement-Santé de l'Agence Régionale de Santé du Rhône, chargé de l'application des pouvoirs de police administrative du préfet, fondé sur le Code de la Santé Publique.



Alpil dans le cadre de la convention passée avec l'ARS



MODE OPERATOIRE

Recueillir les informations nécessaires à la première prise de contact et à l'élaboration d'un diagnostic partagé

Avant toute intervention, il s'agit de vérifier la pertinence du dispositif et d'écartier les situations relevant d'un simple problème de négligence dans l'entretien du domicile, n'engendrant pas de mise en danger pour la santé de la personne ni de son entourage ainsi que les plaintes abusives du voisinage. Les informations nécessaires à une bonne compréhension de la situation et à faciliter la prise de contact sont :

- la nature des problèmes sanitaires posés par le mode d'habiter ;
- la typologie du trouble de l'habiter et les éventuels troubles associés, les facteurs facilitants ou aggravants ;
- les coordonnées des intervenants ayant connaissance de la situation ou pouvant avoir un rôle dans le traitement ;
- l'identification de la personne médiatrice qui introduira l'équipe au domicile du ménage. Ce peut être l'intervenant social, le représentant de l'autorité publique ayant fait le constat sanitaire, le représentant du bailleur à l'origine du signalement, un membre de la famille.

Lorsque des professionnels connaissant bien la situation sont préalablement identifiés, **une réunion est organisée en amont de la visite, sous l'égide du Maire** (ou de son représentant), afin de réunir ces éléments et partager le diagnostic.

A l'issue de cette réunion, le dispositif est actionné s'il peut apporter une plus-value à la prise en charge partenariale de la situation.

Rechercher l'adhésion des personnes

« Aller vers » et saisir les demandes latérales

La problématique d'incurie est très souvent caractérisée par l'absence de demande. L'intervention s'appuie sur une démarche active nécessitant d'aller à la rencontre des personnes. Les visites à domicile sont indispensables pour évaluer la situation, prendre contact, consolider le lien de confiance et construire l'intervention. La qualité de la relation engagée est déterminante pour favoriser l'engagement de la personne et la construction d'une démarche d'accompagnement personnalisé.

L'intervention de l'équipe peut toutefois être perçue comme intrusive par l'occupant et plusieurs tentatives sont parfois nécessaires avant que la personne ouvre les portes de son logement.

Avant de réussir à rentrer au domicile de Mme Z. (cf. illustration du chapitre consacré aux types d'incurie), en rupture de soins psychiatriques depuis plusieurs mois (voire depuis plus d'un an) et s'opposant violemment à toute intervention à caractère social et médical, une dizaine de passages avec des échanges parfois violents ont eu lieu sur le pas de sa porte. Cette évolution a été possible lorsque nous avons compris qu'elle ne percevait plus ses revenus de transfert et que nous lui avons proposé de saisir les administrations dans l'objectif d'actualiser son dossier et de rétablir ses droits.

Afin d'acquérir la confiance des personnes, il est souvent nécessaire de **repérer et travailler sur une demande latérale** qui émerge des entretiens à domicile permettant de proposer une aide concrète. Face à un refus absolu de faire évoluer les conditions sanitaires, il est arrivé que l'équipe saisisse une demande exprimée plus ou moins clairement, autour par exemple du souhait d'un accompagnement budgétaire, de la réouverture des droits sociaux, de la conservation du logement ou au contraire de la recherche d'un autre lieu de vie. La demande peut porter sur le soin à apporter aux animaux ou aux objets «fétiches» avant d'envisager une opération de nettoyage.

Mme A est locataire d'un logement HLM depuis 18 ans. L'année passée le bailleur découvre l'état d'incurie de son logement à l'occasion de travaux de rénovation. L'encombrement de son logement rendant impossible l'intervention des ouvriers, il fait intervenir une entreprise de débarrassage à la charge de l'occupante. Sous la pression, Mme A autorise un débarrassage partiel pour libérer l'accès à la salle de bain, mais après quelques mois, la situation d'incurie s'est aggravée.

Lorsque l'Alpil est sollicitée, Mme A se montre extrêmement méfiante et l'instauration d'une relation de confiance est difficile. Lors de notre première rencontre, organisée avec l'assistante sociale du Conseil Général, Mme A nous reçoit en bas de l'immeuble et prétend avoir oublié ses clefs. Lors du second RDV elle ne se présente pas. Enfin, grâce au soutien d'une bénévole d'association qui la connaît depuis de nombreuses années nous parvenons à organiser une rencontre dans un lieu neutre. Nous prenons le temps de nous présenter, de l'écouter et de répondre à ses questions .../...

.../... Choquée par l'opération de débarrasage organisée par son bailleur, elle dit s'être sentie « violée ». N'ayant pas pu trier ses affaires, elle aurait perdu des souvenirs auxquels elle tenait. Elle est réticente à l'idée d'une nouvelle action de débarrasage. Nous convenons que la première étape du traitement de sa situation consistera en une aide au « rangement » du logement et nous garantissons que rien ne sera jeté. Rassurée, Mme accepte de nous recevoir chez-elle. Les étapes suivantes permettront de réaliser le rangement, le nettoyage et finalement la désinfection par un professionnel de son balcon dont l'état constitue le risque sanitaire majeur par un amoncellement exceptionnel d'excréments de pigeons sur plus d'un mètre de hauteur.



Penser dans la durée et ne pas se laisser envahir par le sentiment d'urgence

Eu égard au caractère sensible de la question de l'habitat (lien avec l'intimité, respect de la vie privée), l'intervention du dispositif est guidée par des principes éthiques forts. La particularité de cette problématique (absence de demande corrélée à la nécessité de résoudre un problème sanitaire) mais aussi la singularité de la personne souffrante, imposent une méthodologie d'intervention spécifique. Dans l'objectif d'éviter le risque de récurrence, il s'agit de mettre en place un soutien, un accompagnement en respectant le plus possible le rythme de la personne.

Ainsi, outre la remise en état du logement, l'objectif à plus long terme peut être d'amener l'occupant à accepter, en fonction des situations :

- une prise en charge médicale sur le long terme ou un accompagnement psychologique si nécessaire
- un accès à un lieu de vie adapté notamment pour les personnes âgées dépendantes
- une aide à la vie quotidienne
- une mesure de protection destinée aux majeurs
- un accompagnement visant à rompre l'isolement

Négocier et impulser une dynamique

Certaines personnes rencontrées expriment le souhait d'améliorer leur cadre de vie mais ne savent pas comment s'y prendre et ont « démissionné » face à l'ampleur de la tâche. D'autres refusent de se séparer des biens acquis ou récupérés au fil du temps alors qu'elles se retrouvent dans l'obligation d'agir. Le travail de médiation porte alors sur plusieurs points :

- prévenir le risque de perte du logement
- apaiser les conflits de voisinage
- réinvestir le logement et lui rendre sa fonction sociale (recevoir à nouveau de la famille, des amis, etc.)

L'aboutissement du processus d'acceptation implique du tact, une mobilisation progressive de la personne, par le biais de visites fréquentes et régulières : idéalement, une visite hebdomadaire.

En présence d'un danger imminent pour la santé, mais aussi pour impulser une dynamique, les visites de l'équipe sont consacrées à trier, jeter, nettoyer partiellement ou en totalité l'appartement si possible avec la participation de la personne. En particulier en présence d'un profil « collectionneur » qui s'est laissé déborder, il s'agit parfois de prendre l'initiative en proposant de démarrer le travail de tri, ce qui laissera le temps et l'opportunité de négocier une opération de nettoyage et désinfection si nécessaire, puis la mise en place d'un dispositif d'aide à la personne. L'apport d'un matériel adéquat peut faciliter la démarche d'aide (sacs poubelles, cartons, etc.).

L'accompagnement personnalisé inscrit dans la durée, implique une intervention régulière de professionnels pouvant apporter des repères et étayer dans les domaines de la santé, aide aux actes de la vie quotidienne, soutien psychologique, entretien du lieu de vie, gestion du budget, développement personnel, accès aux loisirs, prévention des expulsions locatives, etc.

Débarrasser, nettoyer, désinfecter : quels opérateurs et quels financements ?

Quelques entreprises artisanales se sont spécialisées dans le débarrasage et le nettoyage de domiciles privés et proposent un mode d'intervention adapté à un public en difficulté. En coordination avec l'occupant et les partenaires chargés de son accompagnement, l'Alpil fait intervenir une des entreprises identifiées. Généralement, cette opération de nettoyage complet permet qu'un dispositif d'aide ou de maintien à domicile puisse se mettre en place dans de bonnes conditions.

De même, un plan de financement de l'ensemble des interventions est réalisé en mobilisant prioritairement les aides de droit commun : Caisse de retraite, CCAS, ...

En septembre 2014, la Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés a décidé d'accorder un fonds à l'Alpil permettant de financer des opérations techniques ponctuelles dans le cadre de son programme SOS Taudis. Ainsi, l'Alpil a recours à ce fonds lorsque les aides publiques ne peuvent être mobilisées, notamment lorsqu'elles l'ont déjà été pour résoudre d'autres problèmes sociaux ou de santé.

Utiliser de manière raisonnée le levier coercitif

Il a été constaté chez plusieurs personnes accompagnées, une bonne volonté apparente doublée d'un comportement d'évitement quasi systématique. Elles donnent volontiers leur assentiment pour chaque action proposée tout en évitant de se mettre à agir. Elles semblent vouloir faire plaisir mais se trouvent dans l'impossibilité de réaliser leurs intentions. Ainsi, dans quelques situations présentant un caractère d'urgence (expulsion locative imminente, perte des capacités intellectuelles et mise en danger) l'outil réglementaire coercitif a été utilisé pour faire bouger les lignes¹. La négociation pour la prise en charge socio-médicale a été maintenue.

Cependant, réaménager un système de défense installé depuis des décennies parfois est une entreprise qui comporte des risques (décompensations somatiques et/ou psychiques), d'où l'importance du tact et de la négociation et de l'utilisation raisonnée du levier réglementaire.



¹ Application de l'article L1311-4 du code de la santé publique qui stipule qu'en cas d'urgence, notamment de danger ponctuel imminent pour la santé publique, le Préfet peut ordonner, à la personne responsable de la situation, l'exécution dans des délais très courts des mesures nécessaires pour assurer le respect des règles d'hygiène. Faute d'exécution par la personne qui y est tenue, le maire ou le Préfet met en œuvre ces mesures d'office, aux frais de celle-ci.

Mobiliser et coordonner les acteurs

Compte tenu de la spécificité des pathologies psychosociales et des objectifs fixés, le volet partenarial constitue un axe prioritaire de la mission et son animation revêt une importance déterminante pour le succès de la prise en charge des personnes. Face à la complexité des interventions et les enjeux éthiques associés, il est impératif de partager le diagnostic et d'agir de manière coordonnée.

Ce travail ne peut s'envisager de fait que dans une dimension collective. D'une part, au sein même du dispositif en raison de la nécessité d'élaborer collégalement des pratiques adaptées aux interrogations éthiques évoquées ci-dessus. D'autre part, dans le travail partenarial pluri-professionnel, en raison des problématiques propres à l'incurie qui imposent des stratégies composites d'accompagnement, mêlant santé, accompagnement social, compensation des éventuelles incapacités, etc.

La dimension collective apparaît aussi dans la nature même du trouble qu'est l'incurie, dans la mesure où elle n'est souvent révélée qu'après avoir « débordé » sur l'environnement proche du sujet. De trouble strictement privé relatif au mode d'habiter, elle devient alors problème collectif, concernant le sujet et plusieurs autres personnes plus ou moins directement touchées par elle. Cette dimension ne peut pas être ignorée et s'inscrit dans le cadre de l'intervention en clinique psychosociale telle que définie dans les travaux de l'ORSPERE-ONSMMP auxquels nous renvoyons pour plus de détails.

Il est par ailleurs inapproprié d'attendre une « guérison » dans ces situations chroniques et le retour à un mode d'habiter conforme aux normes sociales courantes. Il semble plutôt nécessaire de se placer dans une perspective **durable** de réduction des risques et de prévention de la récurrence : en effet, les changements de comportement ne pouvant être spectaculaires, il convient d'apporter des améliorations sensibles des conditions de vie, à consolider par un partenariat ad-hoc (SAVS, SAMSAH, services d'aides à domicile, psychiatrie de secteur, mesure de protection, etc.).

L'approche est intégrative, entre démarche sanitaire et pratique d'accompagnement social. Le paradigme est plutôt celui du rétablissement ou de la compensation que de la guérison. Enfin, le travail auprès de personnes en situation d'incurie demande au professionnel de prendre de la distance avec ses propres représentations sur l'habitat, ses propres normes relatives à la manière d'occuper et d'investir un logement. Aussi est-il nécessaire de faire abstraction, autant que faire se peut, de ses peurs, de ses réactions de dégoût devant la saleté parfois sidérante de certains logements. Ce travail nécessite également une dimension collective de partage de ses représentations, d'élaboration après-coup des effets ressentis lors des visites, afin de rester disponible et bienveillant lors des accompagnements. L'équipe tente également d'accompagner un travail similaire avec les partenaires, de manière à limiter les velléités d'intervention radicales qui seraient préjudiciables à la personne (on jette tout, on désinfecte). Les acteurs qui seront mobilisés interviennent généralement dans les champs de la santé mentale, du social, de l'hygiène de l'habitat. L'équipe s'attache à les informer en temps réel de l'évolution de la situation.

L'ARS est alertée sur la situation d'un jeune retraité dont le logement est inondé d'eaux usées mêlées d'urine et d'excréments humains. Depuis le décès de ses parents dont il a toujours été dépendant, M. J. a laissé le logement se dégrader (l'ensemble des canalisations est bouché, la cuisine inutilisable, etc.). Victime d'abus de faiblesse, ses comptes bancaires ont été vidés par un entourage mal intentionné. Célibataire sans enfant, c'est sa nièce, démunie face à la situation, qui a alerté la municipalité.

Lorsque l'ALPIL est sollicitée, aucun professionnel n'intervient auprès de M. J. Notre travail de mobilisation et de coordination des acteurs a permis, entre autres, la mise en place d'un suivi social sur le secteur (portage de repas, aide-ménagère, etc.) ainsi que la mise en œuvre d'une sauvegarde de justice dans l'attente de l'exercice d'une curatelle renforcée. Ce n'est qu'après le rétablissement de sa situation financière qu'a pu être envisagé le financement de l'intervention d'une entreprise de nettoyage. Ainsi, l'assistante sociale du Conseil Général, le curateur, les agents municipaux, le médecin généraliste, le brigadier de police, les agents sanitaires de l'ARS et les intervenants de l'ALPIL ont pu coordonner des actions complémentaires permettant la prise en compte globale et le traitement durable des difficultés rencontrées par M. J.

Schéma d'intervention

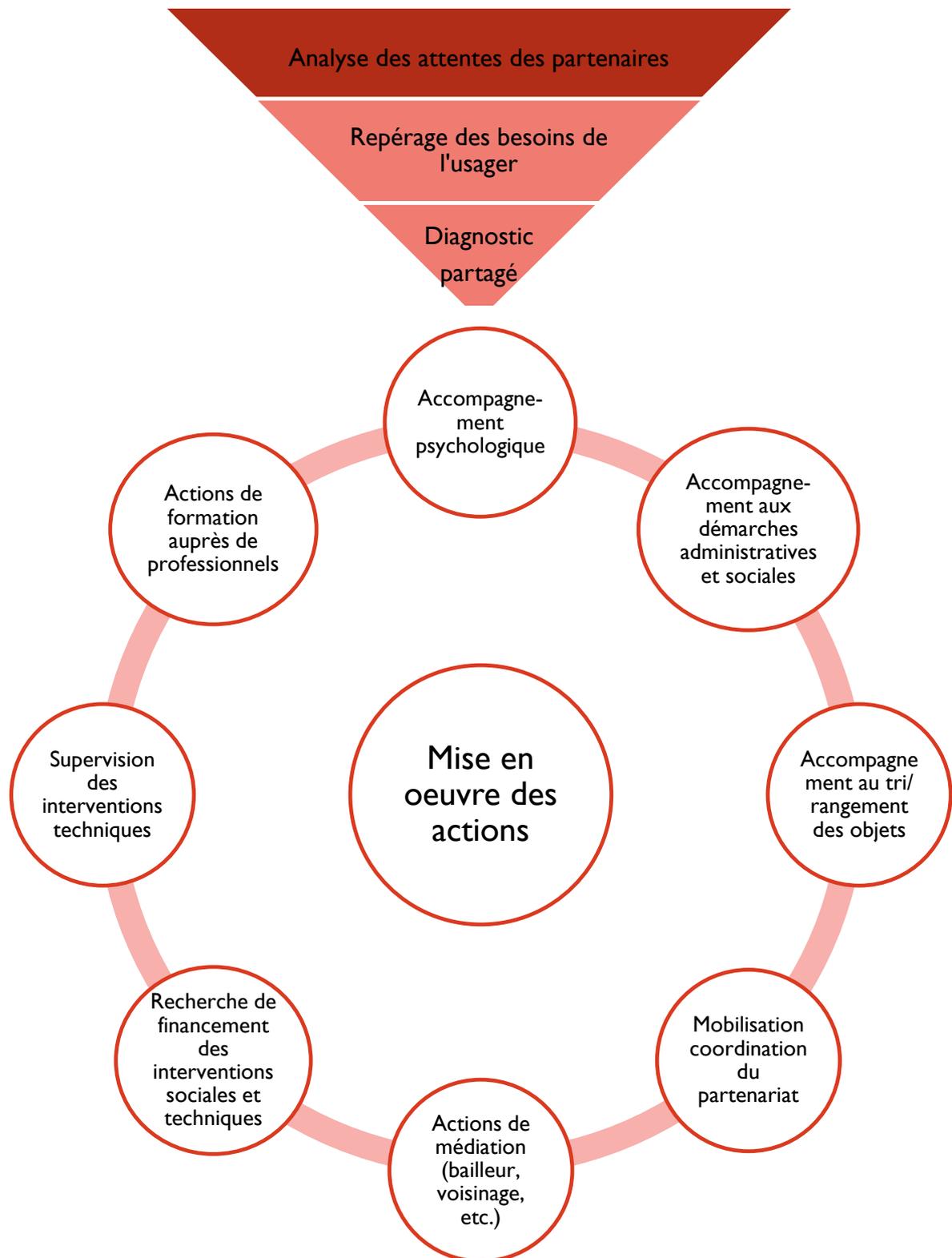
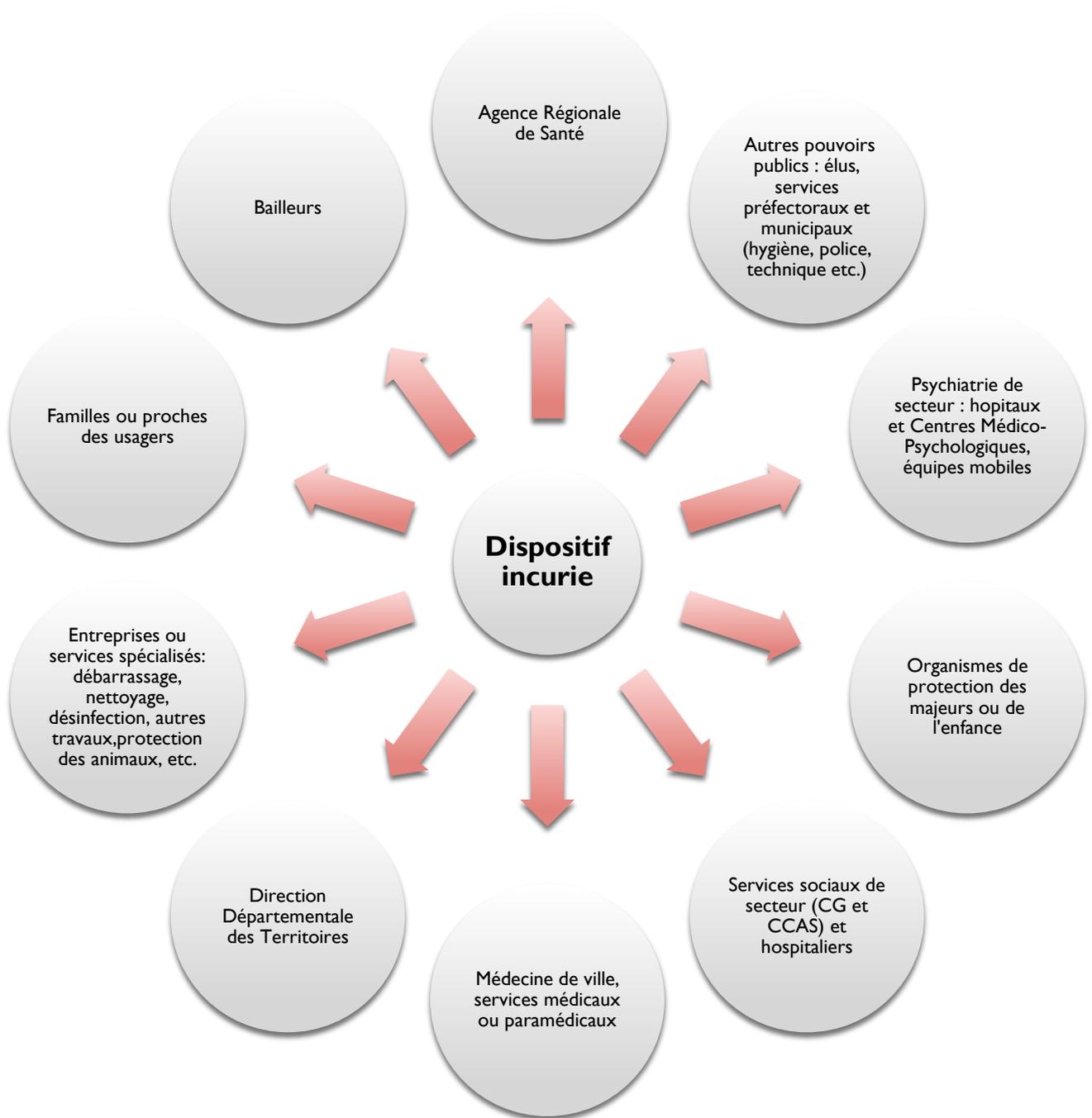


Schéma partenarial du dispositif



TYPOLOGIE DES SITUATIONS RENCONTREES

Les différents styles identifiés

« Le chez-soi est chargé de significations liées aux représentations que l'on se fait et aux expériences émotionnelles dont il est investi. Il est chargé de codes qui, à la façon d'un langage, communiquent des informations sur celui qui l'habite, une sorte de biographie sociale et individuelle de ses occupants. »

FISHER Gustave-Nicolas,
Psychosociologie de l'environnement
social, Paris, Dunod, 1997.

Le « collectionneur »



L'intervention sur une quinzaine de situations nous a permis de caractériser trois types d'encombrement des logements.

Il ne s'agit pas de figer des catégories de personnes « incuriques », mais plutôt de créer des repères facilitant la mise en œuvre d'une intervention non-coercitive et participative, adaptée à chaque individu. Il est nécessaire de prendre quelque distance avec les normes sociales de l'habiter et de tenir compte des profils et des problématiques de chacun.

Nous proposons les typologies suivantes :

Le « collectionneur » : démarche active de récupération, attaché à ses objets, négociateur et résistant.

Les opérations sont souvent ralenties par le caractère opposant de ces personnes et leur fréquente absence de motivation personnelle.

M. P. vit depuis une trentaine d'années dans un studio de 20 m². Passionné de brocante et de figurines de collection, il a amassé au fil des ans plusieurs mètres cube d'objets en tous genres, au point de rendre son espace de vie inhabitable, sale et dangereux (risque d'incendie). Quatre interventions de l'équipe renforcée des partenaires locaux (élu et assistante sociale) permettent de réduire le volume d'encombrement mais M. est très résistant à l'idée de faire d'avantage de tri, malgré **la nécessité et son souhait de rénover en profondeur** l'appartement. Chaque opération de tri est un grand moment d'angoisse pour lui et l'équipe doit composer entre la nécessité d'avancer et le respect de son rythme propre. Son attachement à ses objets semble venir masquer un sentiment de solitude et d'abandon, rendant toute perspective de changement menaçante. Le risque immédiat d'incendie ayant été écarté par le débarrasage de la cuisinière, des visites bimensuelles sur une période d'un an ont été nécessaires pour aboutir à une opération de désinfection du logement. Par contre, la mise en place d'une aide à domicile, validée par le médecin psychiatre, n'a pas encore abouti à ce stade (orientation vers un service d'aide à la vie sociale – SAVS).

Le « décrocheur » : abandon passif de l'entretien du logement et souvent des démarches associées (loyer, papiers, factures...), pas forcément attaché aux objets. On trouve aussi fréquemment dans ces tableaux des personnes souffrant d'une addiction importante et ancienne à l'alcool, aux médicaments, ou des troubles psychiatriques invalidants (psychoses chroniques).

Mme Z. vit dans un logement social depuis une vingtaine d'années. Elle souffre de troubles psychiatriques sévères. Son logement montre des traces de périodes de vie organisées et relativement structurées, mais depuis un an, probablement à la suite de problèmes de santé physique, elle vit recluse à son domicile et dans l'abandon complet de ses démarches administratives. Les fluides sont coupés, le bailleur menace de l'expulser pour dette locative et troubles de jouissance, elle ne perçoit plus de revenus et doit mendier pour se procurer de quoi manger. Son appartement est dans un état de saleté avancée, mais sans encombrements. L'intervention consisterait essentiellement en un vidage des déchets, un nettoyage et une désinsectisation. Une dizaine de visites sont nécessaires pour instaurer un fragile lien de confiance qui va permettre à l'équipe de faire émerger une demande d'aide relative à la réouverture de ses prestations. La mobilisation des acteurs locaux sur la période d'intervention permet de renouer avec le soin psychiatrique.

« L'accumulateur d'animaux » : Il s'agit de personnes se laissant déborder par l'acquisition ou le recueil d'animaux en surnombre. Leur incapacité à prodiguer les soins nécessaires et/ou à réguler les naissances, finit par entraver l'entretien et l'occupation paisible du logement et provoquer des risques pour la santé de l'occupant ainsi que des nuisances pour le voisinage. L'ALPIL et l'ARS avec le soutien de la DDPP, ont entrepris de développer un partenariat spécifique en particulier avec la Société Protectrice des Animaux afin de mettre en œuvre des interventions négociées et ajustées à la situation des ménages et de leurs pensionnaires (garde temporaire durant le nettoyage du logement ou d'une hospitalisation, abandon en vue d'adoption, etc.)

Bien entendu, ces tableaux servent à illustrer une réalité qui s'avère beaucoup plus complexe et composite. En effet, l'immense majorité des situations rencontrées relève de problématiques mêlant plusieurs tendances.

Le « décrocheur »





Mme C. vit seule depuis son divorce et le départ de ses enfants. Elle est retraitée de la fonction publique après plusieurs années d'exercice dans l'enseignement. Elle souffre beaucoup de solitude et présente un tableau dépressif sévère. Pour pallier à ce sentiment d'isolement, elle s'est entourée d'une dizaine de chats. Elle n'est pas à strictement parler une « collectionneuse », ni une « décrocheuse », mais son état psychique actuel, caractérisé par un profond découragement et une fatigue chronique, l'empêche de traiter les « affaires courantes » du quotidien : démarches administratives, rangement, ménage, entretien du bâti... Aussi sa maison, pourtant grande, est très encombrée, comme si chaque chose est abandonnée sur place, notamment dans son séjour, autour de son canapé sur lequel elle a fini par se mettre à dormir et qui constitue le centre de son univers. Les chats ont également commencé à faire leurs besoins hors des nombreuses caisses que Mme a disposées dans les différentes pièces. Une visite hebdomadaire de l'aide-ménagère ne suffit pas à redonner à sa maison son caractère d'autrefois, visiblement plutôt ordonnée et accueillante. En effet, lors de ses visites, Mme C. qui a besoin de compagnie, préfère discuter avec elle plutôt que de la laisser ranger.

Les troubles associés

L'expérience de terrain et les rencontres avec les bénéficiaires du dispositif nous ont permis d'identifier un certain nombre de problématiques régulièrement associées aux situations d'incurie :

- **Addiction** à l'alcool ou aux anxiolytiques
- **Etat dépressif** chronique, anxiété
- **Etat de démence** sénile
- **Troubles psychiatriques** : psychoses chroniques, troubles de l'humeur
- **Traits caractériers** : personnalité opposante, négociatrice, obsessionnelle, conduites d'évitement, procrastination, etc.
- **Maladies somatiques** : diabète, carences alimentaires, etc.
- **Vulnérabilité psycho-sociale** : risques d'emprise, d'abus de faiblesse, endettement important, difficultés majeures de gestion du budget, etc.
- **Répétition d'une problématique familiale** : fréquemment les personnes rencontrées ont témoigné des difficultés de leurs ascendants, ou repéré des tendances similaires chez leurs enfants
- **Fréquence du deuil** : il peut s'agir du décès d'un conjoint ou d'un parent, voire d'un animal de compagnie, mais aussi de la perte d'un emploi, d'un départ en retraite, d'un divorce, du départ des enfants du domicile familial, etc.

L'ensemble de ces observations est conforme aux données existant dans la littérature (cf. bibliographie).



CONCLUSION

Un dispositif animé par une réflexion éthique constante

Les tensions éthiques induites par la problématique de l'incurie (absence de demande, conflit entre respect de la vie privée et devoir de protection) imposent une réflexion constante au sein du dispositif et une approche individualisée de chaque situation. La problématique d'incurie relève d'une modalité de défense pour les personnes et prend sens dans leur histoire. Il convient donc de prendre en compte cette dimension pour aborder chaque situation avec tact et respect du rythme propre de la personne. La notion de danger pour le ménage ou son environnement est la condition incontournable d'intervention de notre dispositif, qui reste une proposition faite auprès d'un individu qui bien souvent ne demande rien. Mais il est nécessaire également de composer avec les exigences sociales émanant des personnes qui peuvent être concernées, gênées voire menacées par ce mode de vie singulier (voisins, bailleurs, municipalités).

Ainsi, l'axe principal de l'intervention consiste à tenter de construire des compromis : compromis entre liberté individuelle et principe de réalité sociale, entre l'occupant et son bailleur ou ses voisins le cas échéant, compromis entre ses différentes aspirations (*je souhaite améliorer mon cadre de vie mais je ne veux pas bouleverser un mode d'existence installé depuis longtemps, ou bien, je souhaite faire de la place mais ne pas me séparer de mes objets*), mais aussi entre une apparente absence de demande et le principe d'assistance à personne en danger. Ce travail sur l'élaboration de compromis nécessite du temps. Ce temps est nécessaire pour intégrer les perspectives de changement dans les habitudes de vie de la personne et évaluer les modifications qu'elle se sent en mesure de supporter (ratio risques/bénéfices).

Bibliographie

- Baratta, A., & Bénézech, M. (2010). Clausturation et collectionnisme : réflexions à propos d'un cas de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniques et vengeurs. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 168(5), 367–372.
- Biswas, P., Ganguly, A., Bala, S., Nag, F., Choudhary, N., & Sen, S. (2013). Diogenes syndrome: a case report. *Case Reports in Dermatological Medicine*, 2013, 595192.
- Byard, R. W. (2013). Diogenes or Havisham syndrome and the mortuary. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*. Clark, A. N. G., Mankikar, G. D., & Gray, I. (1975). Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *The Lancet*, 305(7903), 366–368.
- Colin, V., Pichon, A., & Furtos, J. (2010). Dououreux hébergement de l'autre dans la relation d'accompagnement au logement. *L'observatoire*, (64), 92–98.
- Colin, V., Pichon, A., Furtos, J., & Bonneval, L. (2012). Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance (p. 225 p.). ONSMP-ORSPERE.
- Ducasse, D., Alezrah, C., Benayed, J., Arbault, D., Bardou, H., Meniai, M., & Ferrer, I. (2011). *Réflexions autour d'un cas clinique de syndrome de Diogène et ses liens avec la psychose* (Vol. Volume 87). John Libbey Eurotext.
- Furtos, D. J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 156(7), 29–34.
- Furtos, J. (2009). De la précarité à l'auto-exclusion. Paris: Ed. Rue d'Ulm-Presses de l'École normale supérieure.
- Furtos, J., & Laval, C. (2005). La Santé mentale en actes. Ramonville Sainte Agne: Erès.
- Halliday, G., & Snowdon, J. (2009). The Environmental Cleanliness and Clutter Scale (ECCS). *International Psychogeriatrics / IPA*, 21(6), 1041–50.
- Hanon, C., Pinquier, C., Gaddour, N., Saïd, S., Mathis, D., & Pellerin, J., Diogenes syndrome: a transnosographic approach. *L'Encéphale*, 30(4), 315–22.
- Knecht, T. (2007). Le syndrome de Diogène : un phénomène d'accumulation des déchets du point de vue psychiatrique. *Forum Médical Suisse*, 7, 839–845.
- Maes-Biéder, F., & Biéder, J. (2007). Le syndrome de Diogène. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 165(7), 504–510.
- Meryglod, N. (2007). *L'incurie dans l'habitat*. Université Claude Bernard Lyon I, Lyon.
- Misiaszek, B. C., & DeGroote, M. G. (n.d.). Diogenes Syndrome. A geriatric syndrome of gross self-neglect.
- Monfort, J.-C., Hugonot-Diener, L., Devouche, E., Wong, C., & Péan, I. (2010). Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychologie et Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 8(2), 141–153.
- Montero-Odasso, M. (2005). Is collectionism a diagnostic clue for Diogenes syndrome? *Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 709-711
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371–386.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Hoarding: obsessive symptom or syndrome? *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 7(2), 24–7.
- Severe Domestic Squalor*. (2012). Cambridge University Press.



Glossaire

ALPIL : Action pour l'insertion par le logement

ARS : Agence Régionale de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

DDPP : Direction Départementale de la Protection des Populations

SPA : Société Protectrice des Animaux

ORSPERE-ONSMP : Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en
Rapport avec l'Exclusion – Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

CMP : Centre médico-psychologique

CG : Conseil Général

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

FAP : Fondation Abbé Pierre

Maitre d'ouvrage



241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon cedex 03
ars-rhonealpes-environnement-sante@ars-sante.fr

Opérateur



Action pour l'insertion par le logement

12 place Croix Pâquet 69001 LYON
04 78 39 26 38 – alpil@habiter.org
www.habiter.org

Coordination du dispositif incurie

Sylvie M'HARRAK

Stéphanie MARGUIN

Adrien PICHON (CRPPC, Université Lumière Lyon 2)

Avec le soutien de la Fondation Abbé Pierre

Délégation Générale

3 rue de Romainville 75019 PARIS

