

dih a l

délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

les guides
du pôle national de lutte
contre l'habitat indigne

Lutter contre l'habitat indigne :
**agir face aux situations
d'incurie dans le logement**
accompagner les personnes en difficulté

octobre 2013

www.territoires.gouv.fr



Premier ministre

Ministère de
l'Égalité des territoires
et du Logement

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)

Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature

Direction de l'habitat de l'urbanisme et des paysages (DGALN/DHUP)

ministère de l'Égalité des territoires et du Logement

Lutter contre l'habitat indigne

Agir face aux situations d'incurie dans le logement

accompagner les personnes en difficulté



octobre 2013

Dihal – 244, boulevard Saint Germain - 75007 Paris

Tél. : 01 40 81 33 83 contact.dihal@developpement-durable.gouv.fr



Avant- Propos

Ce nouveau guide édité par la Dihal développe la prise en compte de la personne occupant son logement de façon inadaptée mettant en danger sa santé ou sa sécurité et celles des voisins.

À l'occasion des signalements et visites au domicile, les situations de logements encombrés présentant des entassements de déchets impliquent d'intervenir pour remettre le logement en état mais également accompagner la personne.

Les interventions à engager nécessitent la mobilisation de professionnels de divers métiers et de compétences complémentaires relevant notamment de l'habitat, de la santé et du social.

La fragilité des personnes ayant ce mode de vie implique qu'elles soient au centre de l'action à conduire et participent autant que possible aux mesures à prendre - accompagnement social, juridique ou médical.

Afin d'éviter les situations d'urgence complexes à gérer de façon isolée, il est préconisé de travailler en réseau. Dans cet objectif, différentes communes ont défini des modalités de travail adaptées à leur territoire. L'aspect prévention à travers des fiches de signalement spécifiques est également recommandé.

Alain Régnier

préfet, Délégué interministériel pour l'hébergement
et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées

Sommaire

	Préambule	7
■	Chapitre 1	
	Contexte et objectifs du guide	8
	Pourquoi un guide sur l'incurie ?	8
	À qui s'adresse le guide ?	9
■	Chapitre 2	
	Qu'est-ce que l'incurie dans le logement ?	12
	Les signes de l'incurie	12
	Le champ de l'incurie dans le logement	13
	L'incurie, un symptôme de pathologies variées	13
	Des conséquences de l'incurie	13
■	Chapitre 3	
	Les acteurs concernés	20
	L'organisation des soins en santé mentale	20
	Les procédures conduisant à l'hospitalisation	24
	L'organisation de l'action sociale	27
	Les différentes mesures de protection des majeurs	30
	Maintien dans le logement	33



Chapitre 4

Travailler ensemble sur les situations d'incurie 36

Le travail en réseau	37
Le travail partenarial	39
Mise en place de la coopération	41
Comment traiter une situation d'incurie ?	46

Annexes 56

Articles juridiques	56
Protocole de Toulouse	57
Grille de signalement de l'Essonne	64
Bibliographie	68
Ils ont participé	70



Préambule

Le mode d'occupation du logement et particulièrement les situations d'incurie conduisant à la mise en danger pour la santé et la sécurité de l'occupant et des voisins interrogent les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne sur leur possibilité d'agir.

Les polices coercitives permettent la remise du logement en état, avec possibilité d'agir d'office.

A l'analyse des situations étudiées il s'avère nécessaire de prendre aussi en compte l'aspect humain et d'accompagner la personne dans le respect de sa dignité. Une telle intervention doit s'inscrire dans la durée et être partenariale, regroupant au côté des techniciens de l'habitat et de la salubrité de l'habitat, les professionnels du champ du social, du médical et du droit des personnes.

Chaque situation étant particulière, différents schémas et expériences proposés illustrent des démarches d'accompagnement social et médical auprès des personnes afin de réunir les conditions d'intervention globale tant sur l'habitat que pour le « bien-être » de l'occupant.

Pour améliorer la prise en charge de ces situations, les éléments clés reposent sur l'organisation du repérage, le diagnostic partagé par les professionnels mobilisés sur la base d'une grille de lecture commune, l'élaboration d'un plan d'action relevant des compétences de chacun en recherchant autant que possible la participation de la personne.

La formalisation de ces modalités d'intervention doit favoriser le traitement le plus adéquat de ces situations qui s'inscrivent dans la durée.

Ce guide apporte des éclairages et propose des modalités de travail pour mieux aborder ces situations. Les Pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne permettent d'aborder avec les acteurs de terrain cette problématique et ainsi d'inscrire parmi leurs actions l'élaboration de modalités d'intervention.

chapitre 1

Contexte et objectifs du guide

Dans le cadre de la mise en œuvre des dispositifs de lutte contre l'habitat indigne, les différents acteurs - les communes, les délégations territoriales des agences régionales de santé (DT - ARS), les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), les services des préfetures, les directions départementales des territoires (DDT) - se trouvent face à des publics en grandes difficultés psychologiques et sociales, entassés chez eux et ne pouvant jeter. Chacun des acteurs de terrain - inspecteurs de salubrité, techniciens de l'habitat, travailleurs sociaux, médecins à domicile... - se trouve confronté à des problèmes multiples et ne peut résoudre seul les situations qu'il rencontre.

■ 1. Pourquoi un guide sur l'incurie ?

Les conditions de vie sont un déterminant direct de l'état de santé. Un logement dégradé peut induire des pathologies lourdes ou invalidantes (intoxications au monoxyde de carbone, maladies respiratoires et/ou infectieuses, saturnisme infantile...) et des dommages psychosomatiques, plus difficiles à estimer.

Le mode d'occupation inhabituel du logement, et particulièrement les situations d'incurie (entassement de journaux, de déchets putrescibles, absence de souci de soi...), conduit à la mise en danger de la santé et de la sécurité de l'occupant, voire de son voisinage, et interroge les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne sur leurs possibilités d'agir.

L'incurie, que le Dr Furtos définit comme « l'abandon de soi, le désinvestissement de soi-même » nécessite une intervention pluridisciplinaire.

Quand l'incurie s'aggrave, elle se manifeste par un encombrement du lieu de vie et notamment par des déchets. Les professionnels intervenant dans la lutte contre l'habitat indigne se trouvent souvent démunis, leurs outils juridiques et techniques habituellement utilisés ne suffisant pas à résoudre durablement les difficultés rencontrées. Travailler en coordination avec les professionnels du secteur sanitaire et social est alors une nécessité. Or les professionnels de chacune de ces trois sphères utilisent des référentiels différents et ne sont pas toujours habitués à travailler en coordination.

Les risques sanitaires et de sécurité physique liés à l'habitat indigne en légère baisse concerne environ 450 000 logements dans lesquels vivent un peu plus d'un million de personnes. Pour ce qui concerne les personnes en situation d'incurie dans leur logement, il est encore plus difficile d'en évaluer leur



nombre ; il existe un écart sensible entre les situations existantes et les situations connues, prises en charge par les services concernés ; celles-ci restant difficiles à repérer en amont. Il reste évident que ces situations sont nombreuses, complexes et demandent souvent un temps d'intervention long.

■ 2. À qui s'adresse le guide ?

Ce guide est destiné en premier lieu aux professionnels de la salubrité de l'habitat en particulier dans les communes, les SCHS, les Agences régionales de santé, qui sont confrontés à la gestion directe des situations d'incurie, ainsi qu'aux différents acteurs en charge de la lutte contre l'habitat indigne notamment au sein des Pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne.

Il s'adresse également aux professionnels du social et de la santé mentale qui y trouveront éléments de compréhension et démarches pour agir auprès de personnes en situation d'incurie, en partenariat avec les professionnels de l'habitat et des collectivités.

La lutte contre l'habitat indigne organisée dans le cadre de Pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) permet de regrouper et mettre en synergie l'ensemble des services qui, à divers titres, travaillent dans ce domaine : Directions départementales des territoires (et de la mer) (DDT/DDTM), Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), ou Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), Agences régionales de la santé (ARS), Caisses d'allocations familiales (CAF), Mutuelles sociales agricoles (MSA), Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), Conseils généraux, Agences départementales d'information sur le logement (Adil), notamment, en lien avec les magistrats référents auprès des Parquets .

Dans ce cadre l'accompagnement des occupants en difficulté sociale, humaine, économique voire médicale constitue un axe prioritaire. Ces PDLHI doivent être le lieu où est facilité la mobilisation autant que nécessaire des acteurs sociaux qui assurent le suivi et l'accompagnement des occupants.

Ce guide s'adressant prioritairement aux acteurs du logement et de la salubrité de l'habitat, le choix a été fait de décrire plus particulièrement les systèmes de santé mentale, le social et les procédures de protection juridique moins connus de ces professionnels.

► Rappel méthodologique

Ce guide a été élaboré à partir d'une étude de terrain se déroulant en plusieurs étapes :

- **Une recherche documentaire effectuée** à partir de guides élaborés au niveau départemental ou régional, d'ouvrages existants, de littérature sur le sujet...
- **Des entretiens individuels** réalisés avec des professionnels (inspecteurs de salubrité, acteurs sociaux, services de santé mentale, experts de la thématique incurie...)
- **Des entretiens collectifs** avec les acteurs de terrain, permettant d'avoir accès à la mobilisation du réseau d'acteurs spécifique à chaque territoire. Ces professionnels ont été invités à réfléchir ensemble à leur démarche et à ses limites, aux améliorations possibles, aux pistes d'actions futures... Un questionnement des acteurs a été mené sur les procédures mises en place, les collaborations, les réseaux existants...
- La mise en place d'**un comité de pilotage**, garant de la bonne avancée de l'étude et soutien pour l'équipe de consultants.
- **La mise en commun de toutes ces informations**, pour en rendre compte de manière claire et utile à tous les professionnels de l'incurie.

chapitre 2

Qu'est-ce que l'incurie dans le logement ?

1. Les signes de l'incurie

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

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



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

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



Il faut bien remarquer que l'incurie est un symptôme. Elle n'est pas le signe spécifique d'une pathologie mais l'un des signes d'un tableau clinique plus large.

Ce symptôme est à la frontière entre une pathologie psychiatrique et le choix de mode de vie marginal.

L'incurie peut être le signe d'une dépression majeure, d'une schizophrénie, de la démence des personnes âgées... Elle est fréquemment associée à des troubles addictifs tels qu'un éthyisme chronique.

■ 2. Le champ de l'incurie dans le logement

L'évolution progressive d'une situation d'incurie, l'absence de demande des personnes concernées, les éléments du diagnostic posent question. Quand peut-on parler de situation d'incurie ? Quel professionnel a légitimité pour poser ce diagnostic ? Doit-on regarder l'incurie du point de vue des références sociales, de la santé, des conditions d'habitat ou du droit ?

L'incurie faisant intervenir différents champs de connaissances, il semble que le diagnostic doive être partagé par différents intervenants.

La situation des personnes en situation d'incurie dans leur logement doit être prise en compte dans sa globalité et mobiliser différentes approches : les champs de l'habitat, du social, des droits de la personne et la santé.

■ 3. L'incurie, un symptôme de pathologies variées

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

Le Dr Jean-Claude Monfort parle de Diogène primaire (absence de pathologie sous-jacente) et de Diogène secondaire (présence d'une pathologie).

► Le syndrome de Diogène

Le syndrome de Diogène peut, dans certains cas, se traduire par de l'incurie mais les personnes en situation d'incurie ne sont pas toutes atteintes de ce syndrome de Diogène.

On retrouve trois critères qui permettent d'évaluer la situation de la personne concernée par le syndrome de Diogène :

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

Les personnes atteintes du syndrome de Diogène se situent aux extrêmes de ces échelles. Celles qui attirent le regard et nécessitent une intervention extérieure sont celles se situant dans les extrêmes de négligence de leur corps, de leur domicile et de leurs relations sociales.

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

On notera que le Dr Jean Furtos a observé qu'un « porteur de panier » les aide parfois à maintenir ce mode de vie, faisant le lien avec le monde extérieur, en leur apportant le nécessaire à leur survie.

Il faut noter qu'il existe plusieurs autres dénominations pour ce syndrome, notamment utilisées outre-Atlantique :

- le terme de ***négligence de soi, self-neglect***, fait référence à un syndrome gériatrique caractérisé par une incapacité à maintenir une bonne hygiène et le bon état du domicile.
- le terme ***d'entassement, hoarding***, correspond à un comportement pathologique de collection à opposer aux comportements normaux de collection.
- le terme de ***squalor***, a été utilisé pour désigner le caractère sordide et insalubre d'un domicile devenu un taudis sans qu'il y ait eu obligatoirement d'entassement.



Des définitions variées

« Le syndrome de Diogène est une catégorie diagnostique hétérogène sur le plan étiopathogénique ; il concerne des patients négligés, en état d'incurie, généralement âgés, dont la symptomatologie dominante consiste à amasser et à entasser des objets inutiles, parfois même des déchets. Dans de nombreux cas, il existe à la base un trouble de la personnalité, une évolution vers une démence, une psychose endogène, une névrose obsessionnelle - compulsive. »

Thomas KNECHT

« La recherche de pathologies sous-jacentes a conduit à séparer les Diogène primaires, sans pathologie explicative, et les Diogène secondaires, associés à de nombreuses pathologies comme une démence, en particulier frontale, une psychose ou un trouble obsessionnel compulsif. »

Jean-Claude MONFORT

■ 4. Des conséquences de l'incurie

Les professionnels confrontés à des personnes en situation d'incurie observent un certain nombre d'éléments récurrents et déterminants qui ne sont pas forcément repris dans les définitions et descriptions existantes qui sont toutes établies par des médecins.

► Les conséquences sur la santé somatique

Les conséquences sur la santé des patients vivant en situation d'incurie ne sont pas évoquées dans les définitions existantes alors que l'abandon de soins, les conditions de vie que s'imposent les personnes en incurie peuvent avoir des conséquences majeures sur la santé de ces personnes – carences notamment alimentaires, non observance de traitement, risque infectieux...

► La notion de temps

La notion d'installation progressive dans une situation d'incurie n'apparaît pas non plus dans les définitions. Cependant, les auteurs s'entendent pour dire qu'un évènement déclenchant est à l'origine de l'entrée dans l'incurie. Ces caractéristiques posent la question de la prévention et plus précisément du repérage des situations à risque.

► La notion d'exclusion sociale

Les difficultés pour repérer et intervenir auprès des personnes viennent du fait que ces personnes sont isolées. La démarche première des différents intervenants est de chercher à recréer du lien.

La démarche première des différents intervenants va être de chercher à recréer du lien, et c'est bien cela qui sera l'indicateur de la réussite ou non de leur intervention.

► Les troubles psychiques et leurs conséquences : terminologie en santé mentale

Les termes de « souffrance psychique » et « troubles psychiques » sont souvent utilisés indistinctement, pour désigner un très vaste ensemble de problématiques psychiques dont certaines relèvent de processus pathologiques et d'autres de processus usuels adaptatifs dans le cours de l'existence, face à certains évènements ou situations de la vie.



Par ailleurs, les termes « psychique » et « mental », pourtant synonymes, sont utilisés en français dans un sens fondamentalement distinct quand ils qualifient le handicap.

Pour identifier les problématiques et communiquer avec les professionnels de santé mentale, quelques définitions et repères sont donc indispensables.

► Souffrance psychique

Dans le sens commun, la souffrance psychique est une expérience humaine ordinaire qui apparaît dans de multiples circonstances de la vie, plus ou moins intensément et plus ou moins durablement.

Dans un sens spécifique, la souffrance psychique est un concept largement utilisé pour rendre compte de l'expérience souvent rencontrée dans le champ de l'action sociale, aisée à percevoir dans la rencontre avec les personnes en situation d'exclusion, mise en évidence aussi bien chez les adolescents que chez les personnes âgées.

On désigne généralement ainsi une souffrance profonde et durable qui déborde les capacités d'adaptation et de défense de la personne, la fragilise et retentit sur sa vie quotidienne et ses relations sociales.

Elle n'est pas considérée comme un trouble mental caractérisé mais comme une réaction aux difficultés existentielles et elle est plutôt reliée au concept de « vulnérabilité ». Il faut cependant remarquer que ses manifestations peuvent être assez proches des troubles psychiques avérés ; par ailleurs, la maladie mentale s'accompagne également d'une souffrance psychique intense et invalidante. Une évaluation diagnostique précise est alors nécessaire.

Selon les cas, la réponse à apporter peut varier : aider la personne à surmonter une phase difficile, faire appel à ses capacités d'adaptation ou travailler à les restaurer, la soutenir à long terme, reprendre ou entreprendre des soins psychiatriques... Les intervenants auprès des personnes sont fonction des besoins de la personne : les travailleurs sociaux en premier lieu qui peuvent être conseillés et soutenus par des professionnels de santé mentale et, le cas échéant, psychologues, infirmiers en psychiatrie, psychiatres.

► Troubles psychiques ou troubles mentaux.

Ces termes, qui sont équivalents, décrivent d'une façon générale l'expression ou les symptômes d'un processus pathologique qui peut être de nature et de gravité très diverses. Il peut s'agir de troubles de l'humeur (dépressifs notamment), de troubles anxieux ou névrotiques (angoisse, obsessions, phobies...), de troubles psychotiques (délire, troubles du cours de la pensée, hallucinations...), de troubles du

comportement, de troubles addictifs... Ils sont souvent bien repérés par les professionnels du champ social ; le diagnostic, qui permet d'élaborer si nécessaire un projet de soins, requiert l'intervention d'un professionnel de santé.

► Maladie psychique ou maladie mentale

Les termes de maladie psychique ou maladie mentale (équivalents eux aussi) désignent des processus pathologiques identifiés et supposent que les troubles psychiques observés aient fait l'objet d'un diagnostic établi par un médecin, en référence à la nosographie psychiatrique, c'est-à-dire la description et la classification médicale des troubles psychiques. Chaque maladie est définie par la nature et l'importance des troubles qu'elle génère, par son évolution ; et, si celle-ci est connue, par sa cause. Comme toutes les maladies, les maladies mentales font l'objet de classifications, comme la Classification internationale des maladies de l'OMS, utilisées pour les études épidémiologiques.

► Handicap psychique versus handicap mental

En France, le terme de « handicap mental » désigne usuellement les handicaps résultant de déficiences intellectuelles, comme par exemple la trisomie 21 ou toute autre cause entraînant un déficit des fonctions intellectuelles.

Pour désigner les handicaps résultant des troubles psychiques (comme par exemple la schizophrénie ou toute autre maladie mentale grave et persistante) qui sont très différents des précédents, le langage courant a retenu les termes de « handicap psychique ».

Les situations de handicap d'origine psychique sont très variées ; elles varient selon la personne, son histoire, la nature de ses troubles, et les soutiens ou au contraire les obstacles qu'elle rencontre dans son environnement. On peut cependant relever des caractéristiques communes :

- La réticence des personnes et de leur entourage mais aussi souvent celle des professionnels à reconnaître la situation de handicap (ou même son déni), ce qui retarde généralement le recours aux aides.
- Les difficultés rencontrées par les personnes dans leur vie quotidienne sont marquées par une incapacité à entreprendre et à organiser l'action, alors qu'elles paraissent aptes à la réaliser : les associations parlent de « handicap invisible ».
- L'isolement et la rupture des liens sociaux, voire des liens familiaux, sont fréquents, en raison des troubles de la communication et de la relation.
- La stigmatisation en général des handicapés psychiques dans la société.
- Pour une même personne, la situation de handicap peut varier considérablement dans le temps, selon son parcours, l'évolution de ses troubles et son environnement.

L'incurie est donc le symptôme d'un handicap psychique.

Agir face aux situations d'incurie dans le logement

accompagner les personnes en difficulté



chapitre 3

Les acteurs concernés

Il s'agit de repérer l'ensemble des acteurs pouvant être mobilisés en amont autour de la personne en difficulté : acteurs de la santé tel que le médecin généraliste, acteurs du social tels que les services sociaux du bailleur pour le parc social, de l'entreprise pour une personne salariée...

Il s'agit également de s'assurer si la personne est déjà connue dans le cadre d'un Centre médical de santé communal - CMSC -, ou d'un Conseil local de santé mental - CLSM -
Pour aller plus loin, quels interlocuteurs mobiliser ?

■ 1. L'organisation des soins en santé mentale

► Qu'est-ce que le secteur psychiatrique ?

Les interlocuteurs des services de psychiatrie sont organisés en secteurs. Un secteur couvre un bassin de population de 70 000 personnes environ. C'est sur la base de l'adresse de résidence du patient que pourra être déterminée la structure à contacter.

Vous serez principalement appelé à contacter le secteur de psychiatrie adulte.

Au sein d'un secteur, **une équipe pluridisciplinaire assure des missions de prévention, de soins et de réinsertion sociale** : cette équipe se trouve être une réponse locale de première ligne pour le repérage des problèmes de santé mentale et le recours aux soins. Elle dispose de possibilités étendues d'actions pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets de soins adaptés tout au long du parcours des personnes au plus près de leur lieu de vie.

Cette organisation vise à garantir l'accès aux soins psychiatriques à tous ceux qui en ont besoin, ainsi qu'à assurer la continuité des soins pour tous. Elle vise aussi au **développement des interfaces** et des partenariats entre les équipes de psychiatrie et les acteurs du champ social ou médico-social, indispensables pour la coordination des actions auprès des personnes.

Cependant, toutes les formes de soins ne peuvent être assurées au niveau du secteur ; certaines actions et certaines structures spécifiques sont organisées par mutualisation entre plusieurs secteurs ou délégation par convention à l'une des équipes, à un niveau dit **intersectoriel**. C'est le cas, en particulier des liaisons entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales et des dispositifs de réponse aux urgences.



Le référent « santé mentale » au sein de l'Agence régionale de santé (ARS) peut fournir une information détaillée sur l'offre de soins psychiatriques disponible au plan local.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

L'objectif de cette instance est notamment de mettre en réseau les élus, les associations, les personnes en difficulté (usagers) et leurs familles afin de dégager des espaces de dialogue et d'échange pour évaluer les besoins et impulser des propositions d'actions durables et efficaces.

Le travail en réseau doit permettre d'apporter des réponses aux besoins de coordination, de cohérence avec des intervenants aux points de vue différents. Il nécessite de mettre en synergie les activités de professionnels aux compétences spécifiques pour trouver des solutions nouvelles.

Beaucoup de CLSM ont une commission logement qui peut traiter des situations d'incurie.

À ce jour, il n'existe en France qu'un cadre réglementaire incitatif invitant les acteurs locaux de la santé mentale à construire, à l'échelle qu'ils jugent appropriée, **un cadre de concertation et d'élaboration de projets** dédié aux priorités de chaque territoire en matière de santé mentale.

► Les structures et les modalités d'action de la psychiatrie

Les secteurs de psychiatrie disposent d'une vaste gamme de structures permettant la mise en œuvre de modalités de soins diversifiés auprès des personnes. On distingue :

Des structures de soins ambulatoires

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont au cœur du dispositif de soins ambulatoires de la psychiatrie publique ; premier point de contact pour le recours aux soins, hors urgence et lieu des suivis ambulatoires, ils dispensent des consultations psychiatriques et des soins infirmiers. Il en existe au moins un par secteur, généralement implanté hors de l'hôpital.

- ▶ **Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** et les ateliers thérapeutiques dispensent des séances de soins généralement dans un objectif de réhabilitation psycho-sociale, visant à restaurer les capacités de la personne à vivre en milieu ordinaire et à participer à son environnement social.
- ▶ **Les hôpitaux de jour** dispensent des soins dans la journée, selon un rythme qui peut être quotidien ou quelques jours par semaine, pour des durées très variables, de quelques mois à plusieurs années.

▶ Des structures de soins à temps complet (avec hébergement)

- ▶ **des unités classiques d'hospitalisation à temps complet** apportent des soins durant les phases aiguës de la maladie.
- ▶ **des unités d'accueil d'urgence et des centres de crise**, pour des séjours de très courte durée.
- ▶ **des appartements thérapeutiques** permettent de mettre en œuvre des soins à visée de réhabilitation dans un environnement ordinaire.
- ▶ **des centres de post-cure** apportent, après une hospitalisation en phase aiguë, des soins de convalescence plus ou moins prolongés.

▶ L'accueil des urgences psychiatriques

Il comporte deux systèmes complémentaires :

- ▶ **Dans les grands établissements hospitaliers, une permanence de soignants en psychiatrie** est assurée dans les services d'accueil d'urgence générale.
- ▶ **Les établissements psychiatriques** reçoivent des patients en urgence dans des unités d'admission ou d'accueil.

▶ Les équipes mobiles

Il existe des équipes dédiées à une mission particulière : elles ont en commun leur mobilité et le développement de savoir-faire spécifiques, qui leur permettent d'aller vers les personnes les plus vulnérables ou les moins accessibles, en complément des équipes de secteur. Dans chaque région, la liste peut être



fournie par l'Ars. On peut distinguer principalement :

- **Les équipes mobiles psychiatrie précarité - EMPP-** qui interviennent auprès des personnes sans abri, dans la rue et dans les structures d'hébergement, pour une prise de contact et un repérage des troubles psychiques. Elles proposent les premiers soins et établissent les liens avec les équipes de secteurs pouvant prendre le relais pour des soins à long terme. Elles apportent leur soutien aux professionnels qui accompagnent ces personnes.
- **Des équipes de géro-psi-chiatrie** interviennent auprès des personnes âgées, à domicile ou en institution.
- Il existe de rares **équipes mobiles d'intervention de crise**.

La demande en psychiatrie

« Plus une personne va mal psychiquement moins elle est en mesure de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique » indique le psychiatre Jean Furtos.

En effet, les maladies mentales ont la particularité d'altérer parfois les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l'aide. L'enjeu consiste donc à organiser une réponse en présence d'une « non-demande », ce qui impose une collaboration très étroite entre les professionnels qui entrent en contact avec la personne souffrante.

Or, historiquement en psychiatrie, c'est la demande de soins explicitement exprimée par un sujet qui autorise la mise en place d'un cadre psychothérapique. Dans ce modèle, et un peu schématiquement, on peut dire qu'il faut attendre cette démarche active du patient pour qu'une réponse en termes de soins lui soit proposée.

De ce modèle découle des fonctionnements, parfois rigides, de structures qui refusent la visite à domicile chez un patient qu'elles ne connaissent pas.

C'est en réaction à ces modes de fonctionnement que les équipes mobiles en psychiatrie ont été créées, partant du postulat que dans un certain nombre de situations une posture de « l'aller vers » est nécessaire.

« Car la non demande ne saurait interdire toute tentative d'aide : en tous les cas, avec les données de la clinique actuelle, on peut considérer que c'est une faute technique de ne se sentir mobilisé qu'avec une demande directe correctement formulée, sans considérer la demande portée par un tiers ou sa propre perception » indique Jean Furtos.

■ 2. Les procédures conduisant à l'hospitalisation

Les personnes en situation d'incurie ont parfois besoin d'être hospitalisées dans un établissement du secteur de psychiatrie, soit pour qu'un diagnostic affiné puisse être posé, soit pour que des soins appropriés soient prodigués.

Ces hospitalisations, s'il y a danger pour la personne, nécessitent de respecter des procédures spécifiques.

► L'auteur de la demande de soins ou l'autorité décidant des soins

La demande de soins psychiatriques peut émaner d'un tiers (parents ou personnes connaissant la personne antérieurement à la demande de soins). Le directeur de l'hôpital ou le préfet (préfet de police à Paris) peuvent prendre des décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Par ailleurs, le maire, et à Paris le commissaire de police, peuvent décider l'hospitalisation au titre des mesures provisoires.

► Les conditions d'admission

Il est à noter que les situations d'incurie, médicalement, ne relèvent pas de l'urgence psychiatrique. Si danger il y a, c'est la santé somatique - concerne le corps - qui est concernée, et non la santé mentale.

Par ailleurs, priver brutalement certaines personnes en incurie de leur environnement peut entraîner un stress majeur (voire dans les cas extrêmes une mort par suicide).

Agir face aux situations d'incurie dans le logement

accompagner les personnes en difficulté



Autorité décisionnaire	Nature de la mesure	Critères d'admission	Pièces requises
Directeur d'établissement	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	- Consentement impossible en raison des troubles mentaux - Nécessité de soins immédiats	- Deux certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours (le 1^{er} d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement) - La demande d'un tiers
	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence	- Consentement impossible - Nécessité de soins immédiats - Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	- Un certificat médical circonstancié pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement - La demande d'un tiers
	Soins psychiatriques en cas de danger imminent	- Consentement impossible - Nécessité de soins immédiats - Danger imminent pour la santé de la personne	- Un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement
Représentant de l'État dans le département (préfet de police à Paris)	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	- Nécessité de soins - Troubles mentaux compromettant la sûreté de personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public	- Un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement
	Soins psychiatriques en faveur des détenus	- Nécessité de soins immédiats - Impossibilité de consentir - Danger pour eux-mêmes ou pour autrui	- Un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement
Autorité judiciaire	Soins psychiatriques sur décision de justice faisant suite à une décision d'irresponsabilité pénale	- Nécessité de soins - Troubles mentaux compromettant la sûreté de personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public	- Une expertise psychiatrique

Les conditions d'admission en établissement du secteur de psychiatrie dans le cadre des soins sous contrainte.

► Schéma d'intervention des acteurs de la santé

Ce schéma reprend les différentes étapes de travail lors d'une intervention pour accompagner les personnes en situation d'incurie. Il explicite les obstacles et les facteurs facilitant le travail au quotidien face aux situations.

FACTEURS EMPÊCHANTS	ÉTAPES DE TRAVAIL	FACTEURS FACILITANTS
Absence de consentement, ce qui ne permet pas l'évaluation	Le signalement de la situation	Personne déjà connue du service
Absence de contrat, qui rend impossible l'évaluation	Première évaluation de la situation par enquête afin de définir une stratégie à mettre en place	Antécédant de collaboration avec le service d'hygiène
Définir quels acteurs interviennent	Rencontre avec la personne pour une deuxième évaluation afin de déterminer l'urgence et la gravité	Visites à domicile, visites pluri-professionnelles
Absence d'identification des acteurs compétents et mobilisables	Constat réalisé : c'est-à-dire, définir le problème et sa complexité (psychologique, personne âgée, addictions....)	Équipe de médiateurs
Difficulté à déterminer une stratégie commune avec différents acteurs	Mise en action avec nettoyage, prise en charge...	Suivant l'évaluation de la santé, ouverture de droit handicap, SAVS, SAMVAH, aide à domicile...
Absence de coordination et de pilotage de l'action	Suivi de la personne	Droit handicap : prestation de compensation
Aspect financier, coût du nettoyage	La situation est-elle réglée à l'équilibre ? À court terme, à long terme ?	SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
La question de la prise en charge (hygiène)	Règlement de la situation, solution à court et à long terme	SAMVAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Absence de prise en charge globale de la personne		
L'accompagnement médical de la personne		



3. L'organisation de l'action sociale

► Organisation

Le besoin d'aide et d'accompagnement des personnes vulnérables dans leur vie quotidienne et pour leur insertion sociale sont des besoins auxquels les actions de soins ne peuvent répondre seules. C'est pourquoi l'action sociale est nécessaire.

L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.

En fonction de la situation locale, les travailleurs sociaux sont mobilisés dans différentes structures : les centres communaux d'action sociale (CCAS), les circonscriptions d'action sociale des conseils généraux, les hôpitaux, les organismes de sécurité sociale, les associations et les institutions sociales et médico-sociales.

► Comment le travailleur social peut-il agir face à une situation d'incurie ?

► Prise de contact

Les travailleurs sociaux sont soumis, comme le personnel du champ de la santé mentale, à la nécessité de la demande. Ils ne peuvent donc intervenir auprès d'une personne si celle-ci n'en n'exprime pas la demande.

Néanmoins, suite à un signalement, un travailleur social peut se rendre au domicile avec la personne ayant fait le signalement et essayer de rentrer en contact directement avec la personne.

« La difficulté, pour nous, est de savoir comment mobiliser les travailleurs sociaux dans des situations non connues par eux le jour où je les interpelle. »

(Inspecteur de salubrité, Loire-Atlantique)

En dernier recours, sur la base d'éléments apportés par des témoins extérieurs, les services sociaux peuvent faire un signalement de personnes vulnérables auprès du procureur.

► Accompagnement social

L'accompagnement social est l'aspect principal des actions que pourront mettre en œuvre les services sociaux auprès de la personne en incurie.

Cet accompagnement comprendra différents volets qui aideront à des étapes différentes de la prise en charge.

- La compensation, durable ou passagère via l'attribution d'aides et de secours. Dans des situations d'incurie ce pourra être : la mobilisation, si besoin, d'aides financières pour la prise en charge des travaux de nettoyage, réparation, rangement... L'ouverture ou réouverture de droits sociaux : couverture sociale, retraite, RSA...
- La prévention visant à anticiper la survenue d'un risque ou la détérioration des situations sociales. Dans des situations d'incurie ce pourra être : la mise sous protection juridique, que nous détaillerons ci-dessous, la mise en place de services à domicile pour le portage de repas, la toilette, le ménage... afin d'éviter la récurrence.

Quel travailleur social puis-je contacter ?

Différents services sociaux sont susceptibles d'être mobilisés conjointement en fonction de la situation de la personne et du moment propice à l'intervention d'un travailleur social.

- Visite à domicile initiale : CCAS, Unité territoriale d'action médico-sociale (CG), service social du bailleur, Caf...
- Personne hospitalisée : service social de l'hôpital
- Personne salariée : service social de son entreprise
- Locataire du parc social : service social du bailleur
- Quartier en OPAH : travailleur social de l'opérateur
- Personne sous tutelle ou curatelle : association de tutelle
- Personne âgée : Centre d'information et de coordination (Clic), pôle 3^{ème} âge du Comité local d'action social (Clas)



► Schéma des logiques d'intervention d'acteurs du social

Ce schéma reprend les différentes étapes de travail lors d'une intervention pour accompagner les personnes en situation d'incurie. Il explicite les obstacles et les facteurs facilitant le travail au quotidien face aux situations.

FACTEURS EMPÊCHANTS	ÉTAPES DE TRAVAIL	FACTEURS FACILITANTS
Manque de formation, difficultés à entrer dans le logement	Signalement par la personne, le bailleur ou le syndic, le tuteur, la mairie, les voisins, pompiers, police...	Personne déjà connue du service
Difficultés à mobiliser les acteurs de la santé mentale	Visite au domicile	Antécédant de collaboration avec le service d'hygiène
Violence envers soi-même et les autres	Diagnostic, évaluation	Travail avec les familles
Absence de suivi des familles	Visite conjointe au domicile	Gagner la confiance des familles
Difficultés à arriver à une stratégie commune avec différents acteurs	Stratégie à mettre en place	Moyens à mettre en œuvre dans le temps : aide à domicile, portage de repas, suivi CMP
Présence d'animaux	Coordination en réseau des acteurs	
Conflit avec les voisins	Travaux d'urgence	
	Travaux d'amélioration	
Accompagnement social de la personne en situation d'incurie dans la durée (intervenir et prévoir le suivi)		

■ 4. Les différentes mesures de protection des majeurs

On distingue 6 mesures de protection des majeurs depuis la loi du 5 mars 2007 :

- La protection des personnes en situation d'incurie est parfois nécessaire, que ce soit pour la protection de leurs intérêts administratifs ou plus largement de leur intégrité physique et mentale.
- Les différentes mesures de protection sont graduées en fonction de la situation de la personne.

Deux mesures d'accompagnement social :

Deux mesures d'accompagnement social et budgétaire sont prévues en faveur des personnes en grandes difficultés sociales et économiques : la mesure d'accompagnement social personnalisé dont la mise en œuvre incombe aux départements et qui précède la mesure d'accompagnement judiciaire.

Quatre mesures de protection juridique :

La sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle sont des mesures judiciaires de protection juridique des majeurs. Le mandat de protection future est une mesure de protection juridique, conventionnelle, permettant à chacun de désigner à l'avance un tiers chargé de veiller sur ses intérêts et sur sa personne pour le jour où l'âge ou la maladie nécessiteront sa protection.

Ces quatre mesures ne peuvent être ouvertes que pour une cause médicale, l'altération des facultés personnelles de l'intéressé. Elles se traduisent par une atteinte, à des degrés variables, à la capacité civile de la personne protégée.

Le choix de l'une ou l'autre des mesures de protection est important car suivant les cas, la personne garde ou non le pouvoir de décider de ce qui est à faire dans son logement.

► Accompagnement

Pour les personnes qui connaissent des difficultés sociales et économiques mais dont les facultés mentales ou corporelles ne sont pas atteintes, un dispositif gradué d'accompagnement social et budgétaire. Une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est proposée au majeur vulnérable par le département et en cas d'échec de celle-ci, le juge peut alors prononcer une mesure d'accompagnement judiciaire.



► Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

L'article L 271-1 du Code de l'aide sociale et de la famille dispose que « Toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources peut bénéficier d'une mesure d'accompagnement social personnalisé qui comporte une aide à la gestion de ses prestations sociales et un accompagnement social individualisé ».

Cette mesure prend la forme d'un contrat conclu entre l'intéressé et le département représenté par le président du conseil général et repose sur des engagements réciproques. Ce contrat est conclu pour une durée de 6 mois à 2 ans et peut être modifié par avenant. Il peut être renouvelé, sur la base d'une évaluation préalable, dans la limite d'une durée totale de 4 ans.

► Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)

En cas d'échec de la mesure d'accompagnement social personnalisé et de risque pour la santé ou la sécurité du majeur, le conseil général transmet au Procureur de la République un rapport avec les éléments médicaux dont il dispose afin que soit ouvert une mesure d'accompagnement judiciaire ou une mesure de protection.

Le procureur apprécie au vu de ce rapport l'opportunité de saisir le juge des tutelles. Ce dernier peut alors ordonner une mesure d'accompagnement judiciaire. Le juge choisit les prestations sociales concernées parmi une liste fixée par décret (articles 495-4 du Code civil).

Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs, désigné par le juge, perçoit les prestations sociales et les gère, dans l'intérêt de la personne, en tenant compte de son avis et de sa situation familiale. Cette mesure est prononcée pour une durée maximale de 2 ans renouvelable dans la limite de 4 ans.

Les services du département et les autorités judiciaires sont amenées à intervenir.

Un représentant du Conseil général intervient dans le cadre de la mesure d'accompagnement social personnalisé. Le juge des tutelles est en charge de la mesure d'accompagnement judiciaire.

► Les mesures de protection judiciaire

Le juge des tutelles assure la protection des majeurs vulnérables lorsque la situation de la personne le nécessite, en cas d'altération des facultés mentales ou physiques de l'intéressé, médicalement constatée. Les dispositions communes aux majeurs protégés sont précisées par les articles 415 et 425 du Code civil. Il peut être saisi par la famille ou les proches du majeur, par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs ou par le Procureur de la République.

Le juge des tutelles convoque pour une audition la personne à protéger, qui peut se faire accompagner de toute personne de son choix ou d'un avocat. C'est généralement au cours de l'audition que le juge va faire le choix du type de mesure, laquelle sera proposée à l'audience du jugement.

Deux cas où le juge peut décider de ne pas procéder à l'audition : risque qu'elle porte atteinte à la santé de la personne, ou que cette dernière soit hors d'état d'exprimer sa volonté.

À qui s'adresser ?

La liste des médecins habilités selon l'article 431 du Code civil, ainsi que le formulaire de requête d'ouverture d'une procédure de mesure de protection, sont disponibles sur simple demande auprès du greffe du service à la protection des majeurs du tribunal d'instance du lieu du domicile de la personne à protéger.

Le juge décide de l'étendue de la protection : les différentes mesures

- **Sauvegarde de justice** : Mesure temporaire pour un acte particulier ou dans l'attente d'une décision de curatelle ou de tutelle, pour une durée d'un an maximum, renouvelable une fois.
- **Curatelle** : Assistance ou contrôle dans les actes importants.
- **Tutelle** : Représentation de façon continue.

La durée de la protection pour tutelle et curatelle est de 5 ans renouvelables. Toutefois si l'altération des facultés est durable, la mesure peut être plus longue (cas particuliers des personnes âgées).

La personne chargée de la protection est tenue de faire contrôler ses actes de gestion, un inventaire des biens est obligatoire.

La décision du juge peut être contestée en appel tant par la personne mise sous protection judiciaire que par le demandeur.



5. Maintien dans le logement

Les personnes en incurie se trouvent parfois menacées de devoir quitter leur logement, soit parce qu'il est devenu dangereux, soit parce que les nuisances ressenties par le voisinage conduisent le propriétaire à demander le départ du locataire.

Quels sont les dispositifs qui permettent de maintenir une personne dans son/ou un logement ?

► L'accompagnement à domicile

L'accompagnement social à domicile permet de stabiliser une situation, d'éviter qu'elle se dégrade à nouveau et nécessite une nouvelle intervention lourde. Sur sa demande, ou celle de son tuteur ou curateur, pour faciliter son maintien à domicile, la personne peut être aidée dans les domaines suivants :

- Tâches ménagères, courses : avec l'intervention d'une aide-ménagère,
- Livraison de repas à domicile : avec le centre communal d'action sociale - CCAS - et autres organismes apparentés,
- Gestion de l'argent et règlement du loyer et des charges : avec une mesure de protection des biens du type tutelle ou curatelle (cf. *Les différentes mesures de protection juridique*),
- Soutien psychologique : avec un suivi du centre médico-psychologique - CMP - (cf. *L'organisation des soins en santé mentale*),
- Prise d'un traitement : avec les centres de soins à domicile.

► La médiation

Le maintien dans le logement nécessite fréquemment une médiation avec le voisinage. En effet, les relations avec le voisinage sont souvent altérées du fait des conséquences de la situation d'incurie. Odeurs, nuisibles, animaux, peuvent conduire les voisins à souhaiter le départ de la personne.

L'objet de cette médiation est d'expliquer la situation, sans pour autant donner d'informations médicales ou sociales personnelles, de diminuer le niveau de crispation autour des pratiques de la personne et de communiquer sur les actions mises en œuvre pour remédier aux conséquences gênantes des pratiques de leur voisin. Les voisins doivent sentir qu'ils ont dorénavant un recours pour signaler une éventuelle dégradation de la situation. Dans le parc social le bailleur, via son propre médiateur ou travailleur social peut assurer cette médiation, sinon il faudra trouver quel est l'acteur le plus pertinent pour le faire.

► L'accès au logement avec accompagnement

Les formules d'accès au logement social avec un accompagnement peuvent permettre une prise d'autonomie progressive pour des ménages ayant perdu l'habitude d'entretenir le logement.

L'accompagnement peut-être proposé soit :

- dans le cadre d'une gestion locative adaptée. Le ménage en difficulté est directement locataire du logement et un tiers social (organisme agréé) assure une gestion adaptée à ses besoins pour prévenir les risques locatifs tels des impayés, les dégradations ou le défaut d'entretien.
- dans une location/sous-location.

Le contrat est conclu entre le propriétaire du bien et un organisme agréé (tiers social).

Cet organisme, locataire principal, paie le loyer au propriétaire et sous-loue au ménage fragile tout en l'accompagnant dans sa démarche d'insertion.

chapitre 4

Travailler ensemble sur les situations d'incurie

« Échanger avec des partenaires c'est ne pas laisser sur une seule personne le poids de la situation, en particulier quand les situations sanitaires et sociales sont très dégradées. »

(Inspecteur de salubrité au SCHS de Loire-Atlantique)

Alors que la plupart des acteurs travaillent sur des situations d'incurie dans le logement de manière isolée, la nature même de la problématique soulevée se situe à l'intersection des secteurs de l'habitat, de la santé et du social. Devant la singularité des histoires individuelles d'incurie, les acteurs se retrouvent en difficulté pour faire évoluer la situation de manière satisfaisante puisque chacun se trouve limité dans son action. La complémentarité des pratiques et l'expertise de chacun des acteurs dans son domaine d'actions semblent être le meilleur moyen pour répondre au mieux à la complexité des situations d'incurie dans le logement.

Le travail en collaboration des acteurs permet de structurer autrement la manière d'approcher les situations d'incurie dans le logement sur un territoire, tout en répondant aux besoins des différents acteurs de la santé, de l'habitat et du social de « *rompre l'isolement face à ce problème* ».

L'intelligence qui émerge du terrain développe deux types de coopération : **le travail en réseau et le travail partenarial**. Elles reposent toutes les deux sur une dynamique d'acteurs qui entretiennent des relations privilégiées. Cela implique de travailler sur la question des rôles de chaque acteur au sein d'un territoire.



1. Le travail en réseau

Mobiliser les acteurs autour d'une situation

Madame S. est célibataire, âgée de 81 ans. Une première intervention a eu lieu dans l'appartement trois ans auparavant. Mais le logement est de nouveau encombré par des sacs poubelles. Par ailleurs, l'état du logement s'est détérioré : l'installation électrique défectueuse et des fuites d'eau ont été constatées. Dans ce contexte, l'association UDAF, tuteur de madame S. interpelle l'ARS. Auparavant, l'UDAF avait fait appel à un infirmier psychiatrique, au maire et travailleur social afin de faire une synthèse de cette situation et repérer quelles étaient les possibilités de médiation auprès de madame S. pour la convaincre de réaliser les travaux (électricité et plomberie), avant d'envisager le désencombrement. Les résultats de cette synthèse sont transmis à l'ARS. Il est alors convenu que si la médiation n'aboutit pas, le préfet sur proposition de l'ARS prendra des mesures coercitives pour faire réaliser les travaux et procéder au nettoyage du logement.

Lors de cette intervention, l'UDAF construit un réseau de partenaires autour de la situation de Madame S. L'ensemble des partenaires est informé de la situation et du rôle qu'ils ont à jouer.

Concernant la définition du travail en réseau nous en parlerons en ces termes : **le réseau repose essentiellement sur une dynamique d'acteurs**. Des professionnels de la salubrité, de la santé, du social sur un même territoire se connaissent, prennent des habitudes de travail, et ont donc des facilités à travailler ensemble.

Le travail en réseau émerge sur des territoires peu denses. L'habitat est diffus et les distances pour les visites à domicile sont longues. Les acteurs ne sont pas forcément situés géographiquement au même endroit.

Le travail ensemble est alors assez informel, il passe par des échanges d'informations par téléphone ou par e-mail.

L'intérêt réciproque à travailler ensemble est clair pour chacun, qui fait ainsi le nécessaire pour que la collaboration se passe bien, au cas par cas.

Par exemple, un psychiatre suivant un patient schizophrène verra l'intérêt qu'il peut avoir pour le suivi médical de son patient à ce que le préfet ou le maire prenne un arrêté coercitif, sur proposition de l'agent communal ou de l'ARS.

« Pour certains patients (les schizophrènes en ambivalence) le choix contraint peut être une bonne méthode : c'est comme ça et ce n'est pas autrement. Parfois, les schizophrènes vont préférer l'injonction qui les libère d'un choix qu'ils ne peuvent pas faire », indique le Dr Christophe Recassens, psychiatre du Val-de-Marne.

Dans l'intérêt du patient et de la remise au propre de son logement, l'inspecteur et le psychiatre ont intérêt à collaborer ensemble.

Ainsi, le réseau est l'outil qui doit permettre aux acteurs de travailler autrement en respectant les cultures professionnelles et les postures qui en découlent, offrant une possibilité de mobiliser les synergies autour d'un objectif commun : les besoins des personnes en situation d'incurie dans le logement.

Le réseau Sentinelle : une consultation virtuelle

Le réseau Sentinelle est un réseau de professionnels de la santé et du social du Val-de-Marne qui se réunissent une fois par mois pour étudier et proposer des axes d'actions, en interdisciplinarité, sur les situations des personnes ayant une pathologie de santé mentale et pour lesquelles la situation sociale est complexe.

La caractéristique principale des personnes dont la situation est présentée à Sentinelle est leur impossibilité de formuler une demande et d'aller vers le soin. Sentinelle réunit donc les professionnels concernés autour de la personne, sans celle-ci. Il s'agit tout d'abord d'apporter de l'aide et du renfort aux travailleurs sociaux.

Une rencontre mensuelle est organisée, durant laquelle deux à trois situations sont traitées. Ces rencontres permettent de remobiliser les acteurs autour du patient et autour du travailleur social.

« Une situation arrive à Sentinelle qui en fait un projet. Il s'agit alors de se mettre autour de la table et de voir qui y va et à quel titre. Il faut dans un premier temps évaluer la situation pour savoir ce qui est primordial et dans quelle mesure chacun est concerné et qui intervient. Il s'agit d'être éveillé, alerté sur des situations et de prévenir ceux qui sont concernés afin que les acteurs légitimes puissent intervenir. »

(Psychiatre chargé de mission du réseau Sentinelle, Créteil solidarité)



Ce qui fait l'efficacité du réseau, c'est sa souplesse et les relations privilégiées qu'entretiennent les différents acteurs professionnels et bénévoles. L'organisation du réseau est relative et peu articulée avec les logiques des institutions ou des associations. C'est aussi ce qui en est la limite. Le décalage entre les logiques institutionnelles des DT-ARS, des DREAL, des DDT, des Conseils généraux, des SCHS par exemple, et les pratiques d'acteurs des ingénieurs, des travailleurs sociaux, ou des inspecteurs de salubrité, reste le principal frein au bon fonctionnement du réseau. Lorsque la distance s'accroît entre les acteurs et leurs institutions, l'action du réseau et le projet qu'il porte peuvent être « ralentis ».

2. Le travail partenarial

Le partenariat est **la conséquence d'un conventionnement précis** permettant aux acteurs de s'accorder sur le cadre d'action, les méthodes d'intervention, les moyens, les niveaux de responsabilités mais aussi sur les résultats attendus ou espérés. L'objectif est de constituer un acteur collectif pour lutter contre les situations d'incurie dans le logement. La perspective étant la mise à plat des modalités d'action pour poser un cadre « d'agir collectif » adapté à la prise en charge des personnes en situation d'incurie dans le logement, tout en agissant ensemble à partir de ce cadre.

Le travail partenarial est donc inscrit dans un protocole, un contrat, un texte fixant les rôles et fonctions de chacun et la procédure à suivre quand une situation d'incurie est repérée. Ces documents sont cosignés par les institutions.

Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène de Toulouse (Voir en annexe)

Le protocole signé entre la ville de Toulouse, le Conseil général de la Haute-Garonne et deux hôpitaux, pour une durée de trois ans, dispose d'un référentiel d'intervention.

Celui-ci définit la manière dont une situation peut être prise en charge en interprofessionnel et prévoit une évaluation du dispositif.

Ce référentiel est complété par des fiches présentant les acteurs pouvant intervenir dans ces situations en précisant :

- Les missions générales de chacun,
- Les missions spécifiques liées aux situations d'incurie,
- La procédure,
- Le cadre réglementaire,
- Le mode de saisine,
- Les personnes référentes,
- Le secteur géographique d'intervention.

Cette dynamique d'acteurs s'imbrique fortement avec la dynamique des institutions et associations porteuses du projet. La double implication des professionnels de terrain et de leur hiérarchie garantit dans la durée, la vie du projet commun, et le départ d'un acteur implique son remplacement par l'institution.

Ainsi, chacun des acteurs détient une part de la compétence collective et développe des moyens adéquats dans son propre champ d'intervention qui parfois se superposent à ceux des autres. Toutefois, **le respect des compétences de chacun des professionnels permet de ne pas confondre les champs d'actions qui structurent le partenariat.** Dans un dispositif partenarial, chaque partenaire apporte et partage un élément singulier de la compétence collective.

► Les critères de choix entre réseau et partenariat à développer

Le choix de ces différents types de coopération est fonction d'éléments du contexte local.

Les critères de choix entre le réseau et le partenariat peuvent être multiples :

- Le nombre de situations traitées sur le territoire,
- Le type de lieu (ville ou campagne),
- L'échelle et le périmètre d'ancrage (l'agglomération, la commune),
- La taille de la ville,
- Le nombre de personnes à mobiliser pour traiter des situations d'incurie...

Ainsi, sur un territoire urbain dense avec de nombreux acteurs, un partenariat formalisé peut être mis en place. Plus le nombre de situations à traiter est important et plus le temps pris à organiser de manière formelle le travail est compensé par le nombre de situations auxquelles les protocoles s'appliquent.

Sur des territoires d'habitat diffus, avec peu de situations, des acteurs de terrain, éloignés les uns des autres, il sera plus facile de travailler à distance par téléphone ou par e-mail. Le point focal sera plus fréquemment la mairie, lieu du signalement de la situation.



3. Mise en place de la coopération

► Les attentes des professionnels

Les attentes que les partenaires énoncent devant la possibilité d'une amorce de travail collaboratif face aux situations d'incurie dans le logement sont les suivantes :

- Permettre l'échange et le décroisement pour aboutir à un travail transversal.
- Que ce lieu de rencontre soit source d'information et de mise en lumière des bonnes initiatives.
- Qu'une meilleure connaissance des acteurs et de leur champ d'intervention soit possible.

Ce travail collaboratif doit catalyser les synergies et offrir un lieu de concertation, mais aussi une mutualisation des compétences pour une mise en cohérence de l'action.

La coordination est un enjeu primordial et les différents acteurs accordent une grande importance à l'efficacité des actions menées. Toutefois, ils gardent en tête que ces situations d'incurie se règlent dans la durée et en impliquant les personnes concernées.

► Les principes méthodologiques

La mise en place d'un travail en réseau ou partenarial doit favoriser progressivement la construction de la compréhension des situations d'incurie dans le logement. La mise en œuvre des solutions opérationnelles doit être le fruit d'une exploration et d'une recherche coproduite entre les différents acteurs. Initier ce travail suppose une réelle volonté de l'ensemble des professionnels de la santé, du social et de l'habitat de répondre de façon coordonnée aux besoins des personnes en situation d'incurie dans le logement. Que ces mêmes acteurs se rencontrent, apprennent à se connaître et à travailler ensemble à l'élaboration d'une action collective, constitue un principe de base.

En préalable, suivant les territoires et la fréquence des situations, il est nécessaire qu'un des acteurs prenne l'initiative : commune, ARS par exemple.

« Il s'agit de discuter avec les autres professionnels dans un rapport de textes à textes. Eux ou nous ? Nous sommes partenaires de discussions : « Vous avez ou non la charge ? » « Vous intervenez ou non ? »

(Psychiatre coordinateur du réseau Sentinelle, Créteil)

Le travail en réseau ou partenarial demande la construction d'un cadre de travail. Plusieurs points ou principes doivent être abordés pour que soit possible l'élaboration d'une action devant aboutir à la résolution collective des problèmes. L'interdisciplinarité doit être au cœur de la démarche pour amorcer une prise de recul et arriver à trouver des issues aux situations complexes de l'incurie dans le logement.

► **Déterminer les objectifs et missions lisibles** pour le groupe de travail. Le réseau doit prendre en compte l'ensemble des acteurs concernés par l'incurie dans le logement. Il ne doit pas être une nouvelle instance politique, mais un lieu de concertation pratique pour les acteurs afin d'articuler, autant que faire se peut, le technique avec le politique pour une réelle efficacité. Le groupe travaillera-t-il sur toutes les étapes de la prise en charge d'une situation d'incurie ou ne s'attachera-t-il qu'à certaines étapes ?

► **Choisir le type d'animation et l'animateur.** L'animation est centrale. La première question à se poser est de savoir quel rôle doit jouer l'animation dans la mise en place d'un travail de coopération. Le choix de l'animateur est très important ; il s'agit d'un rôle pivot dans le bon fonctionnement et la dynamique du réseau. Pour cela, l'animation doit remplir plusieurs missions :

- Organiser des réunions (groupe de travail, comité technique) ;
- Veiller au bon déroulement du diagnostic partagé, en permettant le recensement d'un maximum d'informations sur les situations traitées ;
- Animer ces réunions ;
- Veiller à ce que soit formalisé un plan d'actions et à maintenir les conditions de sa réalisation. (Chaque plan d'actions est singulier et dépend du diagnostic posé par le groupe) ;
- Rédiger les comptes rendus ;
- Diffuser l'information auprès des membres du réseau ;
- Être le lieu de recensement des demandes de chacun des acteurs, en termes de formations, de thématiques à traiter ;
- Être force de proposition quant à l'objet des réunions, les thématiques à traiter, les rencontres à organiser.

Le travail coopératif initié doit vivre dans le temps et pour cela, l'animateur a un rôle prépondérant dans la durée de vie du réseau ou de partenariat. Il reste un pilier de la dynamique du réseau, mais la dynamique ne dépend pas uniquement de l'animateur et de son mode d'animation mais doit être maintenu avec l'appui des membres du collectif.

► **Partir de l'expertise de chacun des acteurs afin de comprendre les rôles des différents acteurs dans le groupe de travail.** La mise en commun d'un discours permettra la construction d'une culture collective. Le temps de la rencontre est important pour élaborer et consolider les objectifs avec tous les partenaires. Le choix de la démarche, de la méthodologie et du fonctionnement du groupe doit être explicité le plus possible pour prendre sens pour tous. Le « nœud » de certains groupes reste les questions de déontologie et de secret professionnel, qui trou-



vent leurs origines dans les cultures professionnelles et dont l'explicitation et la clarification sont centrales. Le partage d'informations est nécessaire à la compréhension des situations d'incurie dans le logement, et les modalités et règles d'échange doivent être pensées ensemble. Toutefois, il revient à chaque acteur de savoir quelles informations il souhaite partager ou ne pas partager. En assurant un équilibre des rôles d'acteurs, le groupe doit aussi arriver à articuler les logiques descendantes et ascendantes.

- **La désignation d'un référent pour la gestion des situations traitées est possible.** Son rôle sera de faire le lien entre le groupe de travail et les personnes en situation d'incurie dans le logement. Même si cela dépend beaucoup des règles établies au sein du groupe de travail, le lien avec un acteur en particulier permet de suivre au plus près les évolutions de la situation et d'identifier autrement les problèmes et les difficultés rencontrés dans la prise en charge.
- **La dynamique collective reste primordiale** et le souhait de chacun des acteurs de penser le travail collaboratif comme une possibilité de voir émerger des solutions qui dépassent les logiques de métier sont importants. La prise en compte du facteur temporel dans la prise en charge reste une donnée centrale ainsi que l'engagement à respecter les décisions prises collectivement.

Le secret partagé

L'intention n'est pas de guider le professionnel de manière infaillible dans ses attitudes en proposant des recettes miracles, il s'agit ici d'apporter un éclairage sur la question du secret partagé. Le travail pluridisciplinaire pose de manière centrale la question du secret partagé. De nombreuses situations d'incurie demandent l'échange et le partage d'informations pour traiter et avancer au mieux sur les situations complexes. Toutefois, pour permettre et instaurer le secret partagé, trois conditions cumulées sont identifiées :

- Les professionnels poursuivent le même but ;
- Le partage d'informations doit se limiter à ce qui est nécessaire pour atteindre les buts fixés par le groupe pluridisciplinaire, dans l'intérêt de la personne
- La personne concernée doit être informée régulièrement

Il faut poser au sein du groupe pluridisciplinaire deux éléments importants.

Premièrement, le cadre de ces échanges d'informations doit évoquer le lieu et les modalités et cela afin de garantir la discrétion :

- le nombre de personnes doit être limité ;
- le rappel des enjeux du secret professionnel pour chaque profession,
- définir ensemble le cadre de l'échange ;
- autant que faire se peut, préserver l'anonymat des informations.

Deuxièmement, les règles de fonctionnement quant à la circulation de l'information :

- Quels sont les destinataires de ces informations ?
- Quelles informations apportent un éclairage important qui permet de comprendre la complexité de la situation d'incurie ?
- Quelles modalités de transmission choisir ? Écrit, oral, comment cela va-t-il être utilisé par les participants ?
- Pour ne pas perdre pied devant cette question du secret partagé, la mise au travail du groupe pluridisciplinaire doit toujours avoir comme point d'ancrage les questions suivantes :
- Qui sera amené à dire ou parfois à ne pas dire ?
- Que dire ?
- À qui ?
- Dans quel cadre ?
- Pour quoi faire ?

Les participants aux rencontres pluridisciplinaires visent les mêmes objectifs ; le rappel des règles élémentaires de discrétion professionnelle permet de partager uniquement ce qui est nécessaire à ces objectifs et à la compréhension de la situation, tout en préservant l'intimité et de la vie privée de chacun des individus.

Le respect du secret médical - qui concerne le diagnostic - ne doit pas être échangé. Il s'agit de travailler ensemble sur les conséquences dans le respect de la dignité des personnes.



► Des exemples de mise en réseau (Nantes, Brest, Rennes)

Ce schéma reprend les étapes de travail pour formaliser une action collective avec plusieurs acteurs. Il permet ainsi de cerner les différentes questions incontournables dans la collaboration entre les acteurs pour accompagner au mieux les personnes en situation d'incurie.

FACTEURS FACILITANTS	ÉTAPES DE TRAVAIL	FACTEURS FACILITANTS
Si possible, définir un portage politique	Circonscrire les intentions du projet	Définir un porteur de projet
Cerner les limites, les besoins et les rôles des acteurs	Recensement des situations problématiques	Poser les objectifs du réseau
Nécessité d'un engagement institutionnel	Identification des acteurs	Partir de l'expertise de chacun des acteurs
Nommer un coordinateur qui aura un rôle important dans la communication et l'animation du réseau	Entretien avec les acteurs	L'articulation avec les dispositifs existants
	Rassembler les acteurs pour définir les enjeux, les objectifs et les stratégies communes	Le mode de fonctionnement du réseau
	Formalisation d'un dispositif (protocole d'action)	La personne est coopérante
	Contractualisation	
	Mise en œuvre	
	Évaluation bilan, adaptation et actualisation du réseau	

■ 4. Comment traiter une situation d'incurie ?

► Le signalement

Les signalements peuvent émaner de différentes sources et arriver dans différents services. Généralement c'est le voisinage ou la famille qui signalent aux services techniques et parfois aux services sociaux, une situation qui leur paraît alarmante et dérangement.

Mais les signalements peuvent aussi émaner des services d'intervention à domicile (soins, portage de repas...), des organismes de tutelle, des services de secours (pompiers, police, gendarmerie), des syndicats, des médecins généralistes.

Ce type de signalement est généralement tardif, à un stade où l'encombrement et la désocialisation sont importants et le travail à fournir est d'autant plus long et complexe.

Dans le cadre d'un travail coopératif, il est important de définir comment le signalement est transféré aux autres membres du réseau. Il s'agit de faire circuler l'information auprès des partenaires afin de voir qui connaît la situation, afin de pouvoir lancer l'étape suivante de diagnostic.

Il est possible de repérer en amont d'autres situations par la mise en place de signalements systématiques par des professionnels appelés à intervenir à domicile.

La mise en place d'un tel dispositif conduit, dans un premier temps, à une montée en charge du nombre de situations. Néanmoins, au fil du temps celles-ci devraient se révéler moins lourdes à gérer car prises plus en amont.

Il est recommandé de procéder à un repérage en amont

Dispositif de repérage de l'habitat indigne par les services de pompiers, de police et de gendarmerie de l'Essonne

Le PDLHI a mis en place une fiche de signalement destiné au pompiers, à la police et à la gendarmerie pour améliorer le repérage de l'habitat indigne.

Il est prévu qu'une fois complétée, cette fiche est retournée à la DT-ARS, afin d'être traitée par les techniciens sanitaires. Une évaluation de ce dispositif de repérage a été effectuée un an après sa mise en place. Il en ressort que les situations repérées sont principalement des situations d'incurie, dans 50 des 58 cas déclarés il y a « accumulation de déchets, excréments, objets divers ».



« Les logements poubelles, avec des problèmes d'hygiène, sont forcément plus chronophages. Le signalement émane des proches, des voisins, qu'il faudra éventuellement contacter pour entrer directement en contact avec la personne concernée. Il faut porter le bon message, ne pas heurter, d'où la nécessité de travailler avec quelqu'un du social, voire même de la psychiatrie. Le but étant de mettre en place un traitement amiable du logement, la possibilité de revenir avec un travailleur social, et d'être accompagné par une association qui pourrait faire les travaux. »

(Inspecteur de salubrité, Loire-Atlantique)

► Le diagnostic partagé

Regards croisés sur une situation

Madame D. est célibataire, retraitée et locataire. Elle est connue du service social depuis 15 ans. Le signalement fait suite à des plaintes de riverains à la police municipale. Il a été procédé au nettoyage de l'appartement à trois reprises. Jusqu'alors, les plaintes étaient traitées par le CCAS (nettoyage, animaux emmenés à la fourrière....). Le CCAS s'occupait seul de solutionner le problème. Lors de la dernière intervention, le CCAS fait appel à l'ARS pour que cette dernière prenne en charge le coût du nettoyage. L'intervention d'un nouvel acteur conduit à une nouvelle évaluation de la situation : la maison a été déclarée impropre à l'habitation (ancienne cantine, salle de danse). Cette nouvelle évaluation permet d'envisager d'autres modalités d'intervention, qui ne se limitent pas au nettoyage : le relogement dans une structure adaptée, l'évaluation de la capacité juridique, une évaluation médicale, évaluation de la situation sociale.

En conclusion, introduire l'expertise de nouveau(x) acteur(s) lors du diagnostic de la situation permet d'envisager une intervention qui prend en compte toutes les dimensions caractérisant les situations d'incurie.

Il intervient suite au signalement d'une situation faite à l'un des membres du réseau. La particularité des situations d'incurie fait qu'une personne se trouve très souvent dans une récurrence forte. Mais cela ne doit pas empêcher les acteurs de remobiliser le réseau ou le groupe de travail partenarial pour réinvestir la situation.

► Le recueil d'informations

La réalisation d'un diagnostic partagé par les acteurs sur les situations présentées nécessite dans un premier temps de récolter un maximum d'informations qui doivent ensuite favoriser l'échange et la confrontation des points de vue. Ce diagnostic est réalisé sous l'œil attentif de l'animateur qui assure la coordination du travail, en permettant que la parole circule.

C'est à ce stade qu'une ou plusieurs visites à domicile seront nécessaires. Celles-ci peuvent se faire à plusieurs, afin de croiser les regards.

Les visites à domicile, comment amener les services de psychiatrie au domicile ?

« Si c'est une personne que l'on ne connaît pas, le psychiatre peut être accompagné du bailleur ou du SCHS, mais ce n'est toutefois pas le plus conseillé. Le contact est plus aisé avec un proche de la personne ou un travailleur social. En effet, la présence du bailleur ou du SCHS voire de la police, présente le soin comme une contrainte. Le travailleur social conserve un rapport privilégié, non contraignant. Il peut être également proposé que le travailleur social du CMP vienne dans un premier temps avec le bailleur ou le travailleur social de secteur, puis, dans second temps, le psychiatre viendra avec le travailleur du CMP. »

(Psychiatre coordinateur du réseau Sentinelle Créteil)

Le diagnostic partagé induit que chacun dans son domaine prend des renseignements nécessaires et les consigne dans sa propre fiche de recueil relevant de son secteur :

- Informations techniques sur des arrêtés antérieurs,
- Statut de l'occupant,
- Nature de l'encombrement,
- Présence d'animaux, nuisibles,
- Coordonnées d'un éventuel médecin traitant,
- Éventuel suivi au CMP,
- Hospitalisations antérieures,
- Passage ou non de services d'aide à domicile,
- Qui est le porteur de panier qui arrive à garder un lien avec la personne ?
- À-t-elle encore de la famille ?



► Une grille de lecture du diagnostic partagé

Le tableau ci-dessous permet une analyse thématique de la situation rencontrée. Il est à compléter à partir des fiches de recueil que chacun, dans son domaine, aura remplies.

Trois dimensions sont à renseigner pour poser un diagnostic partagé :

- L'état de santé de la personne en situation d'incurie :
 - La présence d'une personne en situation d'incurie (oui/non)
 - Pathologie psychiatrique associée (oui/non/non évaluée)
 - Pathologie somatique et/ou handicap associé (oui/non/non évaluée)
- Le statut juridique de la personne en situation d'incurie :
 - La capacité juridique de la personne (mesures de sauvegarde, curatelle, tutelle)
 - La situation au moment de l'entrée de la personne dans le logement
 - Les mesures d'urgence prises (arrêté, référé...)
- L'état de son logement
 - Les risques liés au logement pour l'occupant ou les voisins
 - Les procédures (en cours, à prendre, non concerné)

Une fois ces trois dimensions renseignées, il est alors possible d'identifier les actions à mettre en place pour résoudre les situations d'incurie :

- En posant un objectif : maintien au domicile ou relogement dans une structure adaptée,
- En identifiant les acteurs à mobiliser pour réaliser cet objectif.

CONTEXTE						
Situation de la personne : Âge : sexe : Locataire ou propriétaire : Signalement effectué par : Situation récurrente ou première fois : (donner la date du premier nettoyage)						
Santé psychique				Statut juridique		L'habitat
Incurie (dont Diogène)				La capacité		Les procédures en cours
				mesures de sauvegarde	curatelle	tutelle
Pathologie psychiatrique		Autre pathologie				
		somatique	handicaps			
				Situation à l'entrée dans le logement		
				Mesure(s) d'urgence prise(s)		
Statut juridique						
Objectifs			Acteurs à mobiliser			
Maintien au domicile	Déménagement dans une structure adaptée		Santé	Social	Habitat	Pro-tection juridique
			Protection juridique			

Cette grille peut s'accompagner d'une liste des personnes contacts avec leurs coordonnées afin de faciliter, par la suite, la mise en œuvre du plan d'actions.

► Le plan d'actions

L'élaboration d'un plan d'actions sera fonction des éléments rapportés dans le diagnostic partagé. À ce stade, différentes pistes d'actions ressortiront et la validation dépendra du groupe de travail mis en place.

Le plan d'actions doit être pensé en positionnant la personne en situation d'incurie au centre des actions à conduire en recherchant sa collaboration autant que possible

Le plan d'actions comprendra des éléments dans différents domaines, parfois dans tous. Une des questions centrales pour les services de l'hygiène est le choix de la procédure administrative à suivre concernant la prise en charge des déchets.



« Le défi est de réussir à porter un message réglementaire, dans des situations humaines difficiles, tout en prenant en compte l'occupant et sa pathologie. »

(Inspecteur de salubrité, Nantes)

► Les procédures habitat pour agir sur l'encombrement du logement : les pouvoirs de police du maire et du préfet

Le maire dispose de pouvoir de police générale en matière de salubrité et de sécurité :

Sur la base de l'article L 2212-2 du CGCT le maire dispose de pouvoir de police en matière de salubrité et de sécurité. À ce titre il lui appartient de rappeler les règles et notamment celles contenues dans le règlement sanitaire départemental (RSD), mais plus encore il peut agir à tout moment pour mettre fin à une situation d'urgence mettant en cause la sécurité ou la santé de la personne.

L'article 23-1 du Règlement sanitaire départemental type prévoit que :

« Dans les logements et leurs dépendances, tout occupant ne doit entreposer ou accumuler ni débris, ni déjections, ni objets ou substances diverses pouvant attirer et faire proliférer insectes, vermine et rongeurs ou créer une gêne, une insalubrité, un risque d'épidémie, d'accident ou d'incendie. »

Dans le cas où l'importance de l'insalubrité et les dangers définis ci-dessus sont susceptibles de porter une atteinte grave à la santé ou à la salubrité et à la sécurité du voisinage, il est enjoint aux occupants et propriétaires de faire procéder d'urgence au déblaiement, au nettoyage, à la désinfection, à la dératisation et à la désinsectisation des locaux et de procéder à tous travaux afin d'éviter tout nouveau dépôt.

En cas d'inobservation de cette disposition et après mise en demeure adressée aux occupants et aux propriétaires, il peut être procédé d'office à l'exécution des mesures nécessaires dans les conditions fixées par le Code de la santé publique. »

► Le Code de l'environnement

La compétence du maire au titre des « déchets » s'entend le plus souvent dans le sens de la réglementation de la collecte des déchets ménagers d'une part et du contrôle des dépôts sauvages, d'autre part.

En matière d'habitat indigne, le maire est également confronté à des situations d'occupants qui accumulent des déchets à l'intérieur de leur habitation au point de générer des risques sanitaires graves. L'article L.541-3 du Code de l'environnement donne compétence au maire pour faire assurer le respect

des dispositions législatives et réglementaires relatives aux déchets.

Conformément à ces dispositions, lorsque des déchets sont abandonnés, déposés ou gérés contrairement aux prescriptions du code de l'environnement et des règlements pris pour leur application, *« l'autorité titulaire du pouvoir de police compétente avise le producteur ou détenteur de déchets des faits qui lui sont reprochés ainsi que des sanctions qu'il encourt et, après l'avoir informé de la possibilité de présenter ses observations, écrites ou orales, dans un délai d'un mois, le cas échéant assisté par un conseil ou représenté par un mandataire de son choix, peut le mettre en demeure d'effectuer les opérations nécessaires au respect de cette réglementation dans un délai déterminé ».*

Cette procédure qui vise pour l'essentiel les cas de dépôts sauvages de déchets a été modifiée par l'ordonnance du 11 janvier 2012, ne paraît pas systématiquement adaptée pour traiter un problème sanitaire.

Il est préférable d'utiliser l'article L 1311-4 du CSP.

► Le Code de la santé publique

Dans certaines situations d'incurie, il peut être considéré qu'il y a un danger imminent pour la santé publique. Risque d'incendie, d'effondrement de plancher, risques infectieux. Ces risques concernent autant le voisinage que la personne elle-même.

Le préfet peut alors mettre en œuvre les dispositions prévues à l'article L.1311-4 du Code de la santé publique

« La situation est urgente parce que je la découvre. Cependant, il n'y a pas de problèmes depuis x années et en même temps notre responsabilité est engagée dès que l'on a constaté la situation. C'est une tension. »

(Service hygiène de la ville de Suresnes)

► Choisir la procédure adaptée et les modalités d'intervention

L'intervention se fera en fonction de la personne en situation d'incurie, de l'état de son logement, et du risque que celui-ci représente pour la santé de l'occupant et d'autrui...



L'occupant refuse les travaux

En cas de refus de l'occupant de laisser réaliser les travaux d'office (refus d'ouvrir la porte), et sur le fondement de la protection du domicile, il sera nécessaire d'obtenir l'autorisation du juge judiciaire (TGI) saisi en référé sur le fondement de droit commun des articles 808 et 809 du nouveau Code de procédure civile.

Le choix de l'accompagnement social

Après analyse par la ville d'Évry que les situations d'incurie pour lesquelles un arrêté avait été pris et le logement vidé d'office sans une adhésion réelle de l'occupant se reproduisaient, le choix a été de systématiser l'accompagnement social de la personne.

Un travail partenarial se met en place autour de la personne afin de l'accompagner vers un désencombrement progressif de son logement et la mise en place des aides à domicile nécessaires pour stabiliser au mieux la situation.

Le travailleur social qui assure cette mission a également le rôle de médiateur avec le voisinage afin que celui-ci comprenne la situation, les actions mises en œuvre pour y remédier et accepte les délais longs induits par cette démarche.

Le moment du désencombrement

Une fois que la personne accepte de débarrasser, ou bien quand des travaux d'office sont mis en œuvre, il est nécessaire de faire appel à une structure qui viendra accomplir le travail de débarras et de nettoyage du logement.

Des associations d'insertion se sont spécialisées dans ce travail ainsi que quelques entreprises privées.

En fonction du volume de déchets à évacuer il faut parfois penser à prévoir, avec le service de la voirie, l'espace pour les bennes.

Suivant la situation, il peut être proposé à la personne d'être présente pendant au moins une partie du chantier.

Quand ce n'est pas possible, certains services ont pris pour habitude de faire des photos mettant en avant la progression du désencombrement pour les remettre aux services sociaux ou médicaux en charge de la personne pendant son éloignement.

► Comment assurer le suivi ?

Agir seul conduit dans l'impasse

Monsieur et Madame H. ont une soixantaine d'année, sans enfant et sont propriétaires occupants d'un pavillon. La situation est connue de l'ARS et des services sociaux depuis trois ans. Peu de temps après leur entrée dans les lieux, le pavillon est encombré par de nombreux déchets et devient rapidement insalubre (infiltration par la toiture, absence de chauffage, fosse septique bouchée...). Dans un premier temps, des travaux d'office (nettoyage) sont réalisés par le SCHS, le service social se chargeant de l'hébergement du couple pendant la durée des travaux. À leur retour dans les lieux, aucun suivi social n'est assuré : le couple refuse de se faire examiner par un médecin pour évaluer sa capacité juridique. Un an plus tard, le pavillon est de nouveau encombré par des déchets, les dégâts sont plus importants (l'installation électrique est devenue dangereuse) et la situation est de nouveau signalée au SCHS par le voisinage. Le SCHS se trouve alors démuni : le couple refuse d'ouvrir pour permettre aux inspecteurs d'hygiène d'évaluer le niveau d'insalubrité du pavillon, le service social n'intervient pas faute de demande. La situation est bloquée.

Un acteur unique, quel que soit son niveau d'expertise, ne peut résoudre une situation d'incurie seul : il apparaît nécessaire de faire appel à des compétences diverses (médicales, sociales, juridiques et techniques) au départ de la prise en charge de la situation.

Une fois le logement vidé et la personne rentrée chez elle un suivi doit être assuré. C'est ce qui manque le plus souvent et explique en partie le nombre important de récurrences assez rapides.

Le suivi doit donc être considéré comme une étape de la prise en charge des situations d'incurie et non comme une option.

Il faut être clair sur le fait que dans la majorité des cas la personne aura tendance à remplir à nouveau son logement. C'est à la fois un mode de vie pour elle et une manière de se rassurer. Il ne faut donc pas le prendre comme un échec de l'action mais plutôt comme une dimension à intégrer dès la conception du plan d'actions.

C'est au collectif interprofessionnel de s'assurer que ce suivi a été pensé et que l'un ou l'autre des membres du réseau le prend en charge, au risque de voir la situation se représenter quelques temps après.

Les ateliers thérapeutiques de Saint Anne

Une expérience intéressante est menée par l'hôpital psychiatrique Saint Anne à Paris. Une équipe de patients de l'hôpital en réinsertion intervient au domicile de patients pour des travaux de nettoyage, désencombrement, aménagement.



Dans ce cadre et pour des patients ayant tendance à accumuler chez eux, un « contrat de maintenance » peut être proposé.

Dans cette situation à un rythme fixé au préalable, une équipe viendra au domicile avec un des soignants de l'hôpital, aider au ménage et le rangement nécessaire afin que le domicile reste dans un état acceptable.

Et s'il y a des animaux ?

Il n'est pas rare que la personne en situation d'incurie possède aussi chez elle une grande quantité d'animaux (chiens, chats, lapins, poules, cochons d'inde, oiseaux domestiques...). Ils contribuent à la dégradation des conditions de logement, sont rarement traités tels qu'ils devraient l'être, mais sont cependant des soutiens importants à l'équilibre psychique de la personne.

Il est nécessaire d'en assurer la prise en charge quand la personne doit quitter son logement pour une période plus ou moins longue à l'occasion, soit de travaux d'office, soit d'une hospitalisation.

Les partenaires locaux à contacter dans ces situations sont la fourrière animale, la SPA ou toute autre association qui localement s'occupe des animaux.

Les points d'attention spécifiques à ne pas négliger sont, d'une part, les carnets de santé des animaux et d'autre part, de savoir quels animaux pourront réintégrer éventuellement le logement au moment du retour à domicile de la personne.

Annexes

► Articles juridiques

Code de la santé publique

SOINS PSYCHIATRIQUES/HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

Article L3211-1

Modifié par LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 1

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES

Article L3211-2

Modifié par LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 1

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.



► Protocole de Toulouse

PROTOCOLE D'ACCORD POUR LE TRAITEMENT DES SITUATIONS PRÉSENTANT LE SYNDROME DE DIOGÈNE

ENTRE

LA VILLE DE TOULOUSE

ET

LE CONSEIL GÉNÉREL DE LA HAUTE-GARONNE,
LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE,
LE CENTRE HOSPITALIER GÉRARD MARCHANT



MAIRIE DE TOULOUSE



Hôpitaux de Toulouse



ENTRE LES SOUSSIGNES

La Ville de Toulouse, représentée par Monsieur le Maire, agissant en cette qualité en vertu d'une délibération en date du 24 juin 2011.

D'UNE PART

ET

Le Conseil Général de la Haute Garonne, représenté par le Président du Conseil Général, agissant en cette qualité en vertu d'une délibération en date du 7 septembre 2011

Le Centre Hospitalier Gérard MARCHANT de Toulouse représenté par son Directeur

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse représenté par son Directeur Général

D'AUTRE PART

Il est convenu par la présente convention de définir un cadre d'intervention coordonnée pour traiter les situations relevant du syndrome de Diogène.

EXPOSE

Le syndrome de Diogène est caractérisé par une accumulation morbide d'objets voire de déchets, associée à une incurie. Ce syndrome affecte, la plupart du temps, des personnes âgées, isolées, refusant toute relation d'aide. Au plan épidémiologique, 50 à 70% des personnes présentant le syndrome seraient atteintes de troubles psychiatriques.

Une soixantaine de situations sont signalées annuellement au Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de la Ville de Toulouse.

Les conséquences sont multiples :

- nuisances de voisinage liées aux odeurs nauséabondes produites par l'accumulation des déchets et par la prolifération d'insectes nuisibles générant des plaintes adressées au Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) ;
- risque d'incendie en raison de l'entassement de déchets inflammables ;
- risque sanitaire pour la personne concernée par le syndrome et pour le voisinage.

MAIRIE DE TOULOUSE
13000 - FRANCE



Hôpitaux de Toulouse

**Centre Hospitalier
Gérard Marchant**
13000 - FRANCE



D'autres partenaires peuvent être sollicités en fonction du contexte.

Les différents acteurs restent en lien pendant la mise en œuvre du plan afin d'être en mesure d'apporter les ajustements nécessités par l'évolution de la situation.

Article 4 : La mise à disposition d'un référentiel d'intervention

Un référentiel d'intervention, élaboré avec le concours de l'ensemble des partenaires concernés par la problématique liée au syndrome de Diogène, est mis à la disposition de ces derniers dans un objectif de mutualisation de l'information relative aux compétences et modalités d'intervention de chacun.

Article 5 : Evaluation du dispositif

Un comité de suivi composé d'un représentant de la Direction Adjointe de l'Action Sociale du Conseil Général, d'un représentant du Centre Hospitalier Gérard MARCHANT, d'un représentant du Centre Hospitalier Universitaire et d'un représentant du Service Communal d'Hygiène et de Santé de la Ville de Toulouse est chargé d'évaluer le dispositif instauré par la présente convention et de le faire progresser.

Ce comité de suivi :

- Se réunit tous les six mois et à tout moment à la demande d'une des parties, à compter de la date de signature du protocole ;
- Etablit un bilan annuel sur la base d'éléments rendus anonymes retournés au SCHS de la Ville de Toulouse (*annexe 2*) par chaque acteur en fin d'intervention ;
- Assure la diffusion du bilan auprès des acteurs ;
- Prend acte des remarques et propositions de chacun des acteurs concernés ;
- Propose les modifications de nature à améliorer le processus de traitement des situations.

Article 5 : Durée du protocole d'accord

Le présent protocole est conclu pour une durée de trois ans à compter de la signature des présentes, renouvelable par tacite reconduction pour une durée similaire, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties trois mois avant le terme par lettre recommandée avec accusé réception adressée à chacun des signataires.

Fait à Toulouse, le 28/02/2012

Le Maire de la Ville
de Toulouse



MAIRIE DE TOULOUSE

Le Président du Conseil
Général



Le Directeur Général du
Centre Hospitalier
Universitaire de
Toulouse



Hôpitaux de Toulouse

Le Directeur du
Centre Hospitalier
Gérard MARCHANT



CENTRE HOSPITALIER
Gérard Marchant

5

Le cloisonnement des interventions autour du logement et de la personne limite la portée des actions de chacun.

En effet, si les pouvoirs de police du maire en matière d'habitat permettent la mise en œuvre d'un nettoyage du logement, cette opération nécessitée par des motifs de santé publique est une étape fragilisante pour la personne, qui appelle une vigilance particulière et de possibles interventions ponctuelles et ciblées dans les champs sanitaire et social. L'opération de nettoyage, qui conduit fréquemment à vider le logement de l'intégralité du mobilier et des effets personnels, marque une brutale rupture des conditions de vie de la personne et provoque un stress majeur, avec un risque de décompensation et, dans certains cas, de décès.

Par ailleurs, l'expérience du Service Communal d'Hygiène et de Santé de la Ville de Toulouse permet de mettre en évidence le caractère provisoire de cette mesure, qui doit nécessairement s'accompagner d'un suivi sanitaire, social et médico-social pour pallier le risque de récurrence.

Ce constat a conduit les différents acteurs institutionnels ou associatifs susceptibles d'intervenir autour des situations signalées à installer un dispositif d'intervention pluridisciplinaire et coordonnée pour améliorer la prise en charge des personnes, dans le respect des droits et libertés des personnes, et des missions respectives de chacun.

CE EXPOSE

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT

Article 1 : Objectifs

Le présent protocole d'accord a pour objet d'assurer autant qu'il est possible la protection de la personne à l'occasion du traitement du problème d'insalubrité publique lié au syndrome de Diogène.

Ses objectifs sont à cette fin de :

- Développer une bonne connaissance de la problématique par l'ensemble des acteurs de terrain concernés ;
- Promouvoir une approche globale, pluridisciplinaire et inter partenariale de la problématique ;
- Partager la connaissance des cadres et modalités d'intervention de chacun des acteurs ;
- Définir le cadre d'une coordination des interventions des différents acteurs.

Article 2 : Principes généraux

La présente convention s'applique dans le respect :

- des compétences respectives et des contraintes particulières de chacun des acteurs ;
- du cadre déontologique d'intervention des professionnels ;
- des droits des usagers.



Article 3 : Le rôle de chaque acteur

Le signalement émane généralement des voisins, propriétaires, syndic et familles confrontés aux nuisances générées qui portent les situations à la connaissance des institutions, et en premier lieu du SCHS.

1. La Ville de Toulouse :

Afin de permettre un meilleur recensement des situations, la Ville de Toulouse (Service Communal d'Hygiène et de Santé/SCHS) centralise les signalements.

La Ville de Toulouse (SCHS) transmet l'information au Conseil Général (Direction de l'Action Territoriale-Direction Adjointe Action Sociale), si ce dernier n'est pas à l'origine du signalement, à l'aide de la « fiche d'information relative à une personne vulnérable » (*annexe 1*).

Le SCHS de la Ville de Toulouse effectue l'évaluation de l'état d'insalubrité du logement et des nuisances, ainsi que des besoins d'intervention corrélatifs (opération de nettoyage, relogement temporaire, traitement des animaux ...), et met en œuvre les actions le concernant, définies dans le cadre partenarial.

2. Le Conseil Général :

Le Conseil Général (UTAMS) transmet via la DAST-DAAS les signalements de situations connues à la Ville de Toulouse (SCHS) à l'aide de la « fiche d'information relative à une personne vulnérable » (*annexe 1*).

Dès qu'il a connaissance d'un syndrome de Diogène, le Conseil Général (UTAMS) se met à la disposition de l'intéressé afin d'évaluer la situation de la personne et des besoins d'intervention sociale et médico-sociale.

Si nécessaire, le Conseil Général (UTAMS) sollicite l'intervention des services sanitaires, notamment des services de psychiatrie du CHU ou du Centre Hospitalier Gérard MARCHANT.

Le Conseil Général (UTAMS) coordonne les interventions autour de la personne en invitant l'ensemble des acteurs concernés par la situation, signataires ou non de la présente, à se réunir pour définir un plan d'intervention précisant concrètement les actions à engager par chacun des acteurs en fonction des compétences respectives de chaque partenaire.

Ces actions sont consignées dans un document ad hoc, dont copie est remise à chaque participant (*annexe 2*).

Le Conseil Général (UTAMS) met en œuvre les actions le concernant, définies dans le cadre partenarial.

3. Le Centre Hospitalier Gérard MARCHANT

L'équipe mobile pluridisciplinaire d'intervention et de crise du Centre Hospitalier Gérard MARCHANT (EMIC) peut intervenir, hors situation d'urgence, sur sollicitation d'un médecin, pour évaluer à domicile et tenter d'amener au soin des personnes non connues d'un centre médico psychologique (CMP).

L'EMIC, et les CMP du Centre Hospitalier Gérard MARCHANT lorsque la situation est connue de ces derniers, peuvent participer aux réunions pluridisciplinaires organisées par le Conseil Général (UTAMS), et mettent en œuvre les actions les concernant, définies dans le cadre partenarial.

4. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse

Le CMP du CHU de Toulouse peut participer aux réunions pluridisciplinaires organisées par le Conseil Général (UTAMS) pour les personnes connues, et met en œuvre les actions le concernant, définies dans le cadre partenarial.

Annexe 1 : FICHE D'INFORMATION RELATIVE A LA SITUATION D'UNE PERSONNE VULNERABLE

Signalement effectué le : _____
Par : _____ Fonction : _____ tel : _____

COORDONNEES DE L'INTERESSE

Nom : _____ Tél. : _____
Adresse (étage, n'appartement) : _____
Date de naissance : _____ ou Age approximatif : _____

ETAT DU LOGEMENT

Nature de l'habitat :	maison	appartement
Statut de l'occupant :	propriétaire locataire parc privé	locataire lgt social
Présence de déchets putrescibles :	oui	non
Sanitaires en état de fonctionnement :	oui	non
Danger gaz ou électrique :	oui	non
Présence d'animaux à l'origine de la nuisance :	oui	non
Si oui espèce et nombre : _____		

PROCEDURE MISE EN PLACE PAR LE SCHS

- arrêté préfectoral d'urgence pour nettoyage d'office notifié le _____
- référé demandé / obtenu le _____
- mise en demeure d'effectuer le nettoyage sous _____ jours notifiée le _____

AUTRES ELEMENTS (suivi social, médical, psychologique, protection juridique, autres ...)

SUITE À DONNER

L'occupant semble capable de nettoyer lui-même son logement	oui	non
Procédure de travaux d'office en urgence	oui	non
Nécessité d'une procédure de référé	oui	non
Hébergement temporaire avant nettoyage	oui	non
Gestion des animaux	oui	non

INSTANCE PLURIDISCIPLINAIRE

Souhaitée : _____ oui _____ non _____

INFORMATION DE L'INTERESSE

La personne est-elle informée de cette transmission d'information _____ oui _____ non _____

Agir face aux situations d'incurie dans le logement

accompagner les personnes en difficulté



Annexe 2 : PLAN D'INTERVENTION PARTENARIAL COORDONNE (et éléments de bilan)

Réunion de l'Instance pluridisciplinaire du ___ / ___ / 20__

à l'UTAMS de :

Participants :

NOM de l'intéressé :

Adresse :

	Action à mener	Acteurs	Bilan
Prise de contact usager		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Urgence médicale			Modalités de traitement de l'urgence médicale
Evaluation psychiatrique		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Opération de nettoyage		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Financement du nettoyage		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Hébergement temporaire		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Résquipement du logement		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Relogement		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Protection judiciaire		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Restauration du lien social		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Prévention de la reproduction		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :
Autre		Service : réfèrent : coordonnées :	Résultat : Facteurs de freins et/ou de succès :

RETOUR AU COMITE DE SUIVI:

Je vous transmets les éléments de bilan des actions prévues dans le cadre du plan d'intervention coordonnée.

Le
Signature, Service et Fonction

Les éléments de bilan de ce plan d'intervention coordonnée sont à retourner par chacun des acteurs avant l'échéance de 12 mois à compter de la date de la réunion de l'Instance pluridisciplinaire à :

Secrétariat du comité de suivi « syndrome de Dlogène »
Coordonnées (adresse / fax / messagerie ?)

► Grille de signalement de l'Essonne

PÔLE DEPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE		
FICHE SILI		
Signalement de logement indigne		
COMMUNE: _____	N° d'enregistrement: _____ (à remplir par le service centralisateur)	
Date: _____		
Logement repéré par :		
DDT ☐	COMMUNE ☐	SERVICES SOCIAUX ☐
ARS - Délégation de l'Essonne ☐	ASSOCIATION ☐	
CAF ☐	AUTRE (préciser) ☐	
Précisions concernant l'adresse du logement :		
Immeuble collectif oui ☐ non ☐ (copropriété)		
Numéro.....Rue.....		
Résidence.....		
Bâtiment.....escalier.....Etage.....Porte.....		
Code d'accès immeuble :.....		
Code postal.....Commune.....		
N° d'invariant fiscal (numéro identifiant du logement se trouvant au bas de la page 4 de la taxe d'habitation) :		
Coordonnées du propriétaire		
Nom et adresse.....		
Précisions concernant l'occupation du logement :		
Nom et prénom de l'occupant.....		
Téléphone : / / / /		
Nom et prénom du signalant (si différent de l'occupant).....		
L'occupant autorise t'il la transmission des informations au propriétaire ? oui ☐ non ☐		
L'occupant donne t'il son accord pour que le propriétaire soit sollicité par la CAF pour améliorer ses conditions de logement ? oui ☐ non ☐		
Titre d'occupation		
Locataire ☐ Sous-locataire ☐ Propriétaire ☐ Logé gratuitement ☐ Autre ☐		
Date d'entrée dans lieux / / /		
N° d'allocataire CAF.....		
Montant du loyer.....Montant de l'aide au logement.....		
N° de demande de logement social.....		
<i>Les indications « danger, santé, confort » sont destinées à orienter le diagnostic mais ne préjugent pas de la suite donnée au signalement.</i>		



Informations relatives au logement		D A N G E R	S A N T É	C O N F O R T
DANGER : procédure de péril (Code de la Construction et de l'Habitation)				
SANTÉ : application du RSD et procédures d'insalubrité et de lutte contre le saturnisme (Code de la Santé Publique)				
CONFORT : décence du logement (décret n°2002-120 du 30 janvier 2002)				
S'agit-il d'un logement en sous-sol (enterré de plus d'1 mètre) ? oui ☐			X	
S'agit-il d'un logement construit avant 1949 ? oui ☒ ne sait pas ☐			X	
Composition du logement				
Nombre de pièces principales.....1.....dont.....chambres				X
Absence de cuisine ou de coin cuisine oui ☐				X
Absence de salle de bains ou de douche oui ☐				X
Absence de WC à l'intérieur du logement oui ☐ (logement > 1 pièce)				X
- à l'extérieur réservé au logement oui ☐			X	X
- à l'extérieur commun à plusieurs logements oui ☐			X	X
Dimensions des pièces du logement				
Une pièce principale est-elle inférieure à 9 m ² oui ☐			X	
Une des autres pièces est-elle inférieure à 7 m ² oui ☐			X	
Hauteur sous plafond inférieure à 2,20 m oui ☐			X	
Superficie approximative du logement _ m ²				
Installation d'eau				
Absence d'eau potable oui ☐			X	
Dispositif d'évacuation des eaux usées inadapté oui ☐			X	
Installation électrique				
Prises mal fixées oui ☐			X	
Défaut de raccordement à la terre oui ☐			X	
Fils volants oui ☐			X	
Absence de tableau de protection oui ☐			X	
Installation de chauffage				
Type de chauffage: - convecteurs électriques ☐ - chauffage central ☐				
Présence d'une chaudière à gaz oui ☐				
Absence de ventilation dans la pièce où est installée la chaudière oui ☐		X	X	
Absence de moyen de chauffage fixe oui ☐			X	X
Autre moyen de chauffage (préciser).....				
Eau chaude sanitaire				
Absence d'eau chaude oui ☐				X
Présence d'un chauffe-eau à gaz oui ☐				
Absence de ventilation dans la pièce où est installé le chauffe-eau oui ☐		X		
Les indications « danger, santé, confort » sont destinées à orienter le diagnostic mais ne préjugent pas de la suite donnée au signalement.				

Informations relatives au logement		D	S	C
DANGER : procédure de péril (Code de la Construction et de l'Habitation)		A	A	O
SANTÉ : application du RSD et procédures d'insalubrité et de lutte contre le saturnisme (Code de la Santé Publique)		N	N	N
CONFORT : décence du logement (décret n°2002-120 du 30 janvier 2002)		G	T	F
		E	E	O
		R		R
				T
Aération du logement				
Absence de ventilation dans les sanitaires	oui ☐		X	
Ventilation existante dans les sanitaires non utilisée	oui ☐		X	
Absence de ventilation dans la cuisine	oui ☐		X	
Ventilation existante dans la cuisine non utilisée	oui ☐		X	
Eclairage naturel				
Certaines pièces principales (séjour et chambre) ne disposent pas d'une fenêtre ouvrant sur l'extérieur? oui ☐ - Lesquelles?			X	X
Etat général du logement				
<i>Etat des murs</i>				
Peintures écaillées	oui ☐		X	
Papiers décollés	oui ☐		X	
Moississures	oui ☐		X	
Fissures	oui ☐		X	
Ruissellements d'eau	oui ☐		X	
<i>Autres défauts apparents</i>				
Menuiseries non étanches à l'air ou à l'eau	oui ☐		X	
Plancher ou plafond menaçant de s'effondrer	oui ☐	X		
Toiture présentant un danger	oui ☐	X		
Rambarde / garde-corps (défaut de solidité ou absence)	oui ☐	X		
Autres : <i>Préciser:</i>				
Surpeuplement				
Le surpeuplement s'apprécie de la façon suivante, selon la définition du Haut Conseil de la Santé Publique: <i>Surface minimale du logement:</i> 9m ² pour une personne seule, 16m ² pour un couple, 9m ² par personne supplémentaire.				
Composition familiale: Nombre d'adultes:..... Nombre d'enfants:..... Âge des enfants :.....				
Y a t-il surpeuplement?		oui ☒	X	
Les indications « danger, santé, confort » sont destinées à orienter le diagnostic mais ne préjugent pas de la suite donnée au signalement.				

67

Bibliographie

► Ouvrages

- Jean FURTOS, *Habitat insalubre et absence de souci de soi*, 2005
- Reine ROY et Pierre AUGER, *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique*, 2005
- Martine BARRES, *Logement et troubles psychiques*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
- Thomas KNECHT, *Le syndrome de Diogène : un phénomène d'accumulation de déchets du point de vue psychiatrique : Le besoin obsessionnel et compulsif d'accumuler et de thésauriser, comme trouble du comportement envahissant*, 2007
- Jean Claude MONFORT, Laurence HUGOND-DIENER, Emmanuel DEVOUCHE, Catherine WONG, Isabelle PEAN : *Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale, Enquête descriptive. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 8, Numéro 2, 141-53, juin 2010
- Nicolas MERYGLOD, *L'incurie dans l'habitat, thèse de médecine soutenue à l'université Claude Bernard de Lyon 1*, 2007

► Colloques

- Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique* – rapport 2005
- Journée d'étude organisée par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité, *Les troubles du voisinage, santé mentale et régulations institutionnelles*. - 2010
- Synthèse de la conférence du CLIC, Dr PELLERIN (8 mars 2012)



► Guides

- **Guide** « *Santé psychique et logement* » extrait de la conférence d'agglomération de l'habitat, co-présidée par le préfet du Rhône et le président de la communauté urbaine - 2009
- **Cahier** « *L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale* », Union Sociale pour l'Habitat - 2010
- **Guide** « *Lutter contre l'habitat indigne : Guide pratique à l'usage des occupants* », DIHAL – PNLHI - 2011
- **Guide** « *Logement, hébergement, accompagnement des personnes en difficulté psychique* », ARS Lille Métropole - 2011
- **Guide** « *Santé mentale en Isère* », 2007, Association Un toit pour tous et DDASS
- « *Tutelle, curatelle et autres mesures : la protection des majeurs vulnérables* », DIHAL -PNLHI – 2012 (extranet ou sur demande)

► Rapport

Dr Martine BARRES, *Logement et troubles psychiques*, MNASM, 2010

Ils ont participé

Ile de France

DT-ARS 91, DT-ARS 75, DT-ARS 93

SCHS, Ville de Choisy-le-Roi

Service habitat et hygiène, ville d'Ivry-Sur-Seine

DT-ARS 95

UNAFAM 92

Services techniques de l'habitat, ville de Paris

Espace solidarité habitat, Fondation Abbé Pierre

Pact 94

SCHS, ville de Suresnes

Service gérontologie, ville d'Arcueil

Grand Ouest

Services techniques de l'habitat, ville de Nantes

DDTM Loire-Atlantique

DREAL Loire-Atlantique

Equipe de liaison, psychiatrie/précarité, ville de Nantes

Habitat 35

SCHS, ville de Nantes

DT-ARS Loire-Atlantique

DT-ARS Mayenne

Service santé publique hygiène environnement, ville de La Rochelle

Service Santé Ville, ville de Rennes

Service Habitat, Brest Métropole

Ars Bretagne



► Pour le secteur de la santé mentale

Groupe Sentinelle Créteil solidarité
Chantier thérapeutique de Saint Anne
Comité local de santé mentale de Choisy-le-Roi

► Pour le Comité de pilotage

DIHAL-PNLHI, DGS, DHUP, ANIL

Ont été également associés dans le cadre de ces travaux la DGCS, le SCHS de Toulouse, Dr Martine BARRES

Travail d'étude réalisé par

TRIO - Travail Recherche Interventions dans les organisations
Anne-Claire Colleville avec Sofia Aouci, Lucie de Kerimel, Aby M'Baye, Mourad Sassi

Guide réalisé sous la coordination du
Pôle national de lutte contre l'habitat indigne
(Dihal / PNLHI)
en collaboration avec la
Direction générale de l'aménagement,
du logement et de la nature (DGALN/DHUP)

octobre 2013

Délégation interministérielle à
l'hébergement et à l'accès au logement

244, boulevard Saint Germain - 75007 Paris
contact.dihal@developpement-durable.gouv.fr
tél. 01 40 81 33 73 - fax. 01 40 81 34 90

