

# D I O G È N E

## Accompagner une personne atteinte du syndrome de Diogène



*Un guide pour agir ensemble  
en Gironde*

**À destination des professionnels**

Année 2019

# SOMMAIRE

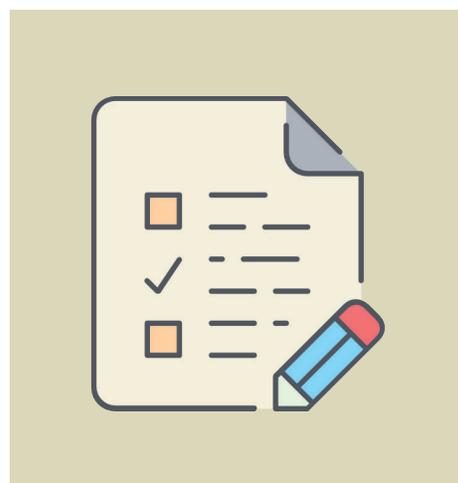


## 1 *Préambule*

Destinataires du guide .....	4
Présentation du groupe de travail .....	6-7
Objectifs .....	8

## 2 *Définir le syndrome de Diogène*

Définition .....	11-13
Repérage et qualification du syndrome .....	14-15
Facteurs de risque .....	16



## 3 *Accompagner la personne et son entourage*

Respect et libre choix .....	18-19
Dynamique relationnelle .....	20-21
Temporalité .....	22-23
Santé et sécurité .....	24-25
Rôle et place de l'entourage .....	26-27
Coordination et dynamique des acteurs .....	28-31
Responsabilité des acteurs .....	32-33

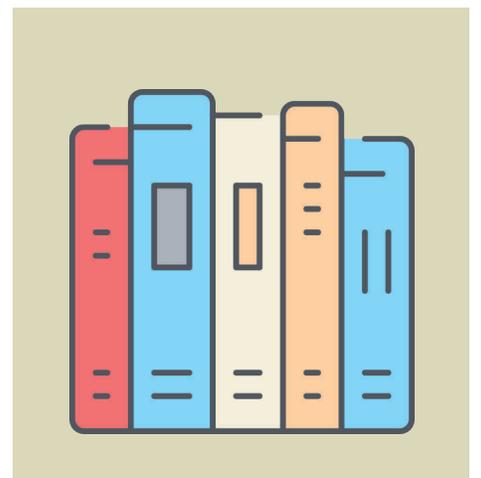


## 4 *Organiser les soutiens nécessaires*

Evaluation de la situation .....	35
Processus d'accompagnement .....	36
Référentiels de missions .....	37-51

## 5 *Annexes*

Adresses utiles .....	54-55
Bibliographie .....	56
Boîte à outils .....	57-65
Repères juridiques .....	66-69
Comité de lecture .....	70



Ce guide s'adresse à l'ensemble des acteurs de proximité concernés par le repérage et l'accompagnement d'une personne présentant un syndrome de Diogène.

Par acteur, nous pensons notamment aux professionnels, bénévoles, élus locaux qui jouent un rôle de « sentinelles », de « lanceurs d'alerte ». Ils sont souvent les premiers à rencontrer des personnes en souffrance, à s'inquiéter pour elles, à identifier les difficultés, ou à être alertés par d'autres sentinelles de proximité sur une situation inquiétante :

- Associations et/ou commerçants de proximité
- Bailleurs sociaux et privés
- Caisse d'allocation familiale (CAF)
- Elus et agents territoriaux
- Mandataires judiciaires
- Professionnels de santé et Centres hospitaliers (urgences, services sociaux,..)
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile...
- Services d'urgence (pompiers, policiers, gendarmeries, SAMU,...)
- Travailleurs sociaux (MDSI, CCAS, CIAS, MSA,..)
- Techniciens de l'habitat (du bâti, de l'énergie, diagnostiqueurs, bailleurs,..)



# Groupe de travail

L'ensemble des territoires de la Gironde fait face à un constat unanime de situations combinant un habitat indigne, une incurie, un refus de soins, un isolement social, une grande précarité et des troubles relevant de la santé mentale. Ce constat émerge de façon de plus en plus préoccupante, nous amenant à nous interroger sur la conduite à tenir, face à ces situations. Pour répondre à ces questions, l'antenne PTA\* de la Haute Gironde a proposé le 2 février 2018 une journée d'étude sur le syndrome de Diogène pour informer et évaluer les besoins, mobilisant 160 participants. Les professionnels confrontés à ces situations ont exprimé un besoin d'appui et d'outils (référentiel d'intervention, analyse de pratiques et/ou staff de cas cliniques). Un groupe de travail départemental a donc été constitué par les pilotes PTA pour proposer un guide de bonnes pratiques.

\*PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

## Les structures et dispositifs associés au groupe de travail :

Agence Départementale d'Information  
Logement Gironde (*ADIL*)

Antennes de la Plateforme Territoriale  
d'Appui de la Gironde (*PTA*)

Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (*Délégation  
Départementale 33*)

Bordeaux Métropole (*Direction de l'Habitat / Service Santé  
Environnement*)

Association Territoire et Intégration Nouvelle Aquitaine  
(*ATINA*)

Centre Hospitalier de Cadillac (*EMPP*)

Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (*EMOG*)

Centre Hospitalier de Saintonge Saintes

CIAS de Blaye (*Union Départementale des Centres  
Communaux d'Action Sociale*)

Conseil Départemental de la Gironde (*Pôle Solidarité  
Autonomie*)

Direction Départementale des Territoires et de la Mer (*Pôle  
Départemental de Lutte contre Habitat Indigne*)

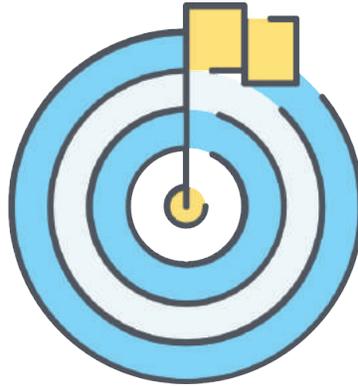
# *Les objectifs du guide Diogène*

## OBJECTIFS GÉNÉRAUX

---

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

---



Améliorer le repérage et la prise en charge concertée des personnes souffrant d'un syndrome de Diogène pour favoriser l'accès et le maintien dans leur lieu de vie

Améliorer la qualité de vie des personnes et de leur entourage

Questionner les représentations et les pratiques professionnelles

Développer le repérage et l'évaluation des situations personnelles

Identifier les ressources et les professionnels d'appui de proximité

Renforcer la coordination et la concertation des acteurs

Construire une démarche départementale pour structurer les interventions concertées

# DÉFINIR LE SYNDROME DE DIOGÈNE



*S'il a toujours existé, le syndrome de Diogène n'a été décrit et nommé que récemment par Clark en 1975. En France, depuis 2003, un travail de recherche mené par l'équipe du Dr Monfort a abouti à une définition opérationnelle qui repose sur des critères objectivables et un lexique spécifique.*

# Définition

Le syndrome de Diogène se caractérise le plus souvent par une situation d'incurie à laquelle s'associent une absence de demande, un refus d'aide et de soins (critère principal).

Trois critères additionnels permettent d'identifier ce syndrome :

- Le rapport au corps : corps très propre (avec obsessions) ou très sale, négligé
- Le rapport aux objets, à l'habitat et à l'environnement : domicile vide ou entassé activement (sylllogomanie)\*
- Le rapport aux autres : beaucoup de relations avec les autres (sociable) ou aucune, avec une obsession à interdire l'accès à l'intérieur de son logement à quiconque

Les personnes dont nous devons nous soucier particulièrement sont celles qui attirent le regard et qui se situent fréquemment dans une incurie très importante : négligence corporelle, comportements d'entassement, isolement et repli sur soi (Diogène complet). Néanmoins, la majorité des syndromes de Diogène sont partiels (2 critères additionnels) (1)\*.

Enfin le Dr Jean-Claude Monfort (2)\* parle de Diogènes sans pathologie associée (alias Diogènes primaires) et de Diogènes avec pathologie associée (alias diogènes secondaires ). Cette classification peut influencer la priorisation des actions.

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 du syndrome de Diogène. (3)\*



«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... » (4)\*.

\*Sylllogomanie : accumulation compulsive de choses inutiles

\*(1),(2),(3),(4) : voir bibliographie (p.56)

# Le sens des symptômes

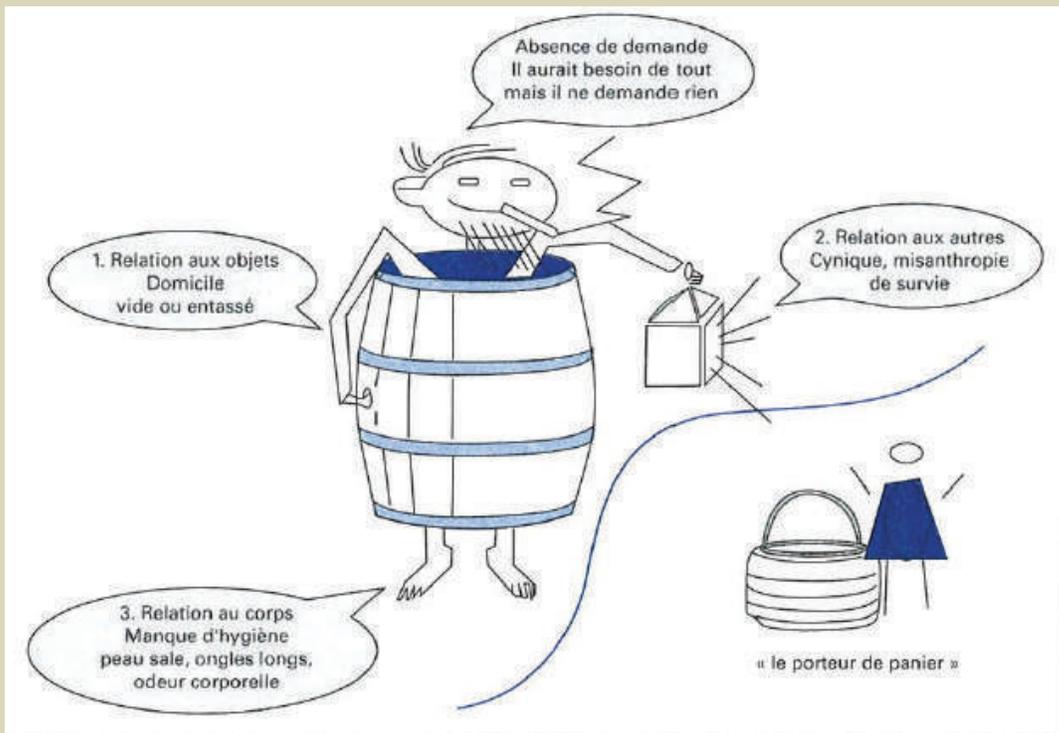


Schéma synoptique et caricatural ayant pour objectif de faciliter le repérage des syndromes de Diogène.

MONFORT JC, HUGONOT-DIENER L, DEVOUCHE E, WONG C, PEAN C. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, vol.8, N°2, juin 2010.

Les personnes qui souffrent d'un syndrome de Diogène sont difficiles à aider. Leurs troubles restent compliqués à identifier et à évaluer. L'une des raisons principales est qu'un grand nombre de ces troubles psychiques sont masqués par des comportements, des attitudes (déli de la réalité souvent présent dans la clinique du Diogène), des actes (accumulation compulsive d'objets) qui détournent l'attention et masquent le sens qu'ils prennent.

Ce sont des « symptômes » et dans le syndrome de Diogène, la liste est souvent très hétérogène. Par exemple, on retrouve très souvent dans l'histoire du sujet concerné, un deuil compliqué, ancien ou récent. La personne ne semble pas souffrir de ce deuil, surtout s'il est très ancien, mais peut se mettre des années après à accumuler des objets symboliques ayant un lien avec l'identité ou les habitudes de la personne disparue. Les symptômes peuvent aussi prendre la forme d'une pathologie somatique (urticaire géant, incurie et rapport au corps complètement dégradé).

Il y a des souffrances ou des conflits psychiques qui restent enfouis dans notre inconscient, soit parce qu'ils sont « interdits d'exister dans le champ de la conscience » lorsqu'ils nous exposent trop émotionnellement ou affectivement, soit parce qu'ils ne trouvent pas à se dire en mots parce qu'ils sont interdits par la loi, la raison ou la morale.

Ce qui fait symptôme est en quelque sorte un mode de défense de la pensée qui nous protège de ne pas trop souffrir de ce dont on souffre réellement. L'angoisse est trop intense. Alors si les symptômes multiples protègent la personne et lui permettent de ne pas totalement s'effondrer, à nous dans l'accompagnement de ne pas l'exposer trop vite à une souffrance qu'elle n'aurait ensuite plus les moyens de contenir...

# Repérage et qualification du syndrome

## LES CRITÈRES PRINCIPAUX

- ABSENCE DE DEMANDE
- REFUS D'AIDE ET DE SOINS

## LES CRITÈRES ADDITIONNELS

### ➤ RAPPORT A L' ENVIRONNEMENT

Accumulation d'objets, entassement  
Dégradation du logement  
Négligence, saleté du domicile  
Fenêtres ouvertes même en hiver  
Volets fermés  
Achats compulsifs  
Nuisances de proximité (odeurs, encombrement, insectes, animaux multiples)  
Risque d'incendie

## ➤ RAPPORT AUX AUTRES

Repli sur soi ou grande sociabilité  
Isolement/Résistance à laisser entrer une personne à l'intérieur du logement  
Déni de la réalité  
Mécanismes de défense très rigides  
Comportements très régressifs  
Rupture des liens avec les administrations  
Boîte aux lettres qui déborde de courriers non relevés  
Refus de toute aide vécue comme intrusive, méfiance  
Sentiment d'abandon ou abandon  
Absence de honte ou de culpabilité

## ➤ RAPPORT A SOI, A SON PROPRE CORPS

Négligence corporelle  
Troubles du sommeil  
Vêtements sales, abimés, ...  
Accumulation de couches de vêtements en toutes circonstances  
Abandon des soins  
Non observance de traitement  
Risque infectieux +++ (plaies infectées, etc.)  
Troubles des comportements alimentaires (carences alimentaires, malaises, produits périmés, agonie à cause de la faim..)  
Blessures auto-infligées

*Liste non exhaustive et non cumulative pour repérer le syndrome.*

*La qualification du syndrome repose sur l'accumulation des signes de ce tableau clinique.*

# Quels sont les facteurs de risques ?

## **TROUBLES PSYCHIQUES ASSOCIÉS**

(Troubles cognitifs, troubles psychiatriques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés aux addictions (syndrome de Korsakoff), troubles narcissiques, troubles de l'attachement)

## **SEXE**

Prévalence plus élevée chez les femmes

## **INCURIE**

## **AGE**

Prévalence plus élevée chez les personnes âgées (70 – 80 ans)

## **ISOLEMENT SOCIAL**

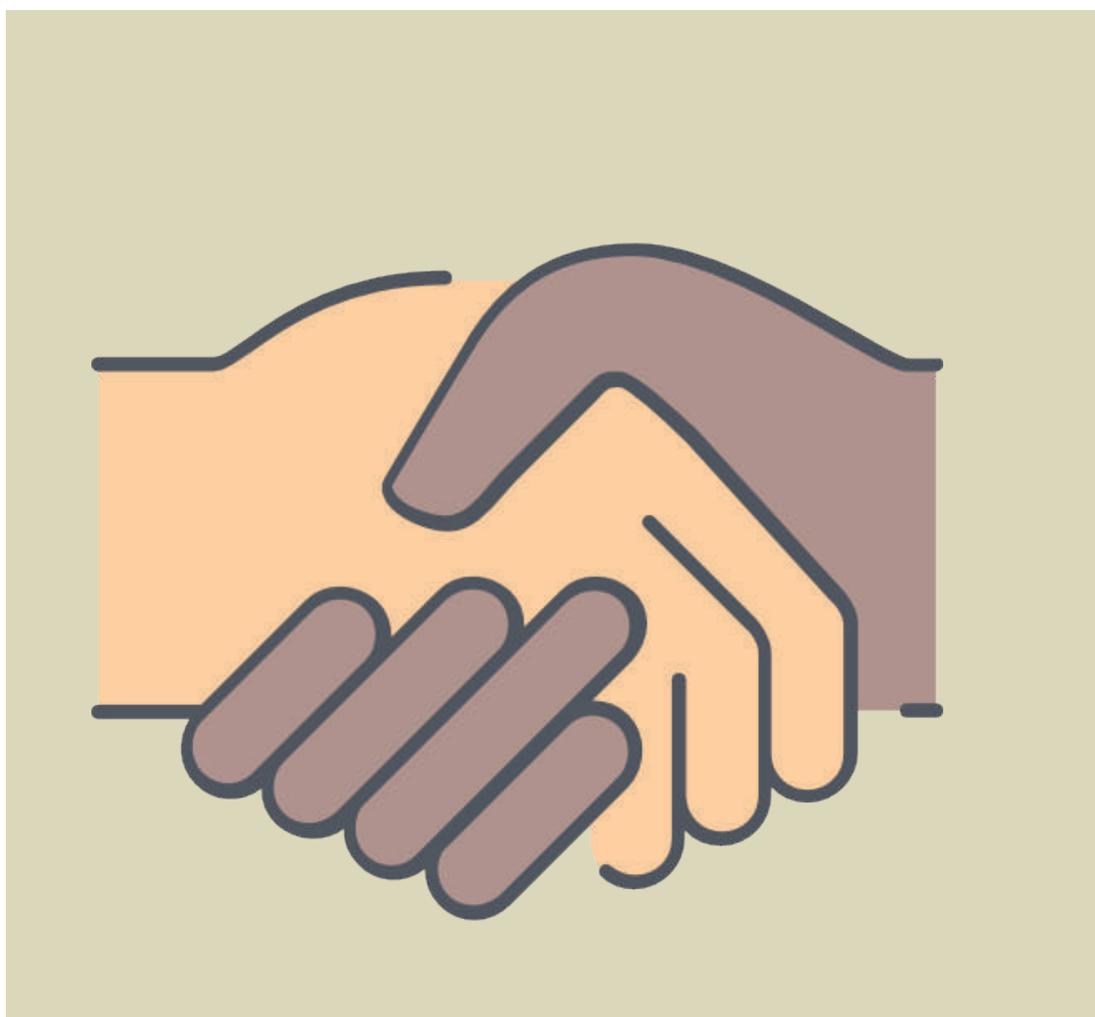
## **DEUIL**

Récent ou ancien

## **TRAITES DE PERSONNALITE**

(Méfiance, autorité, ruse, mensonge, dissimulation, tendance à déformer la réalité, troubles paranoïaques, ressassement du passé, ...)

# ACCOMPAGNER LA PERSONNE ET SON ENTOURAGE



# RESPECT ET LIBRE CHOIX



Accompagner une personne présentant un syndrome de Diogène nous questionne sur le droit à la différence, le respect de la façon d'habiter son logement, le respect de l'intimité et de la vie privée, le choix d'un mode de vie « marginal », singulier... La dimension éthique et morale est au cœur de la pratique et se situe à la frontière entre le respect des libertés individuelles et le risque pour la sécurité et la santé de la personne ou son entourage, la non assistance à personne en danger...

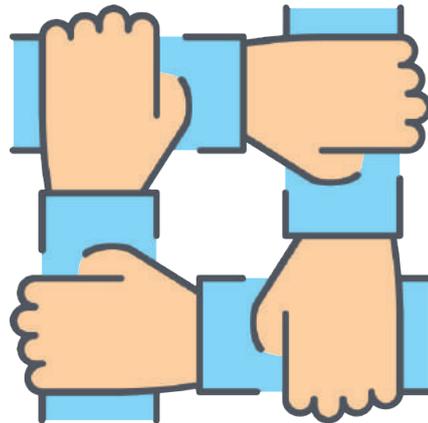
L'absence de demande nous amène souvent à intervenir quand ce point d'équilibre bascule, que le danger est avéré. Elle implique également une démarche très active, insistante, qui flirte avec le rejet, voire la rupture du lien = dilemme éthique du consentement !

Mais chaque situation nous oblige à réfléchir à ces questions de liberté ou de contrainte.

# Recommandations « de bonnes pratiques »

- Echanger autour des normes et des représentations sociales de chacun (propreté / saleté, ordre/désordre,...) pour les dépasser
- Comprendre et connaître la personne accompagnée et son histoire (plutôt que de se centrer sur son logement et son syndrome)
- Rechercher systématiquement la participation et l'adhésion de la personne.
- Toujours privilégier la démarche amiable auprès de la personne et négocier ce qu'elle est prête à « accepter », « abandonner », « vider », « nettoyer »...
- Eviter, prévenir, dans la mesure du possible, les solutions coercitives, contre-productives et violentes voire dangereuses. Néanmoins, elles sont parfois nécessaires et nécessitent un accompagnement avant, pendant et après la mesure.

# DYNAMIQUE RELATIONNELLE



Les premières visites à domicile sont souvent des moments intenses, qui sont chargés en émotions et peuvent être angoissants pour la personne. Ce sont également des moments d'inquiétude bienveillante pour le professionnel et/ou le bénévole.

*« Le monde de Diogène est une sorte de bulle narcissique et l'autre n'y pénètre jamais sans risquer de la faire éclater » (1).*

L'enjeu de la relation est de pouvoir remplacer progressivement et partiellement l'attachement pathologique aux objets par un attachement humain sans dépendance, dans la mesure du possible.

## Recommandations « de bonnes pratiques »

- Etablir un lien, une relation de confiance (recherche d'une alliance)
- Créer la rencontre, stratégie de « l'aller vers » (médiation)
- Privilégier les premières visites en binôme (avec un acteur repéré par la personne/porteur de panier)
- Rencontrer la personne « là où on peut » et souvent à l'extérieur, parfois dans des cadres atypiques (à la boîte aux lettres, à travers la fenêtre, la porte entrouverte, à l'hôpital, dans un commerce,...)
- Fixer les rendez-vous, plutôt que de les proposer
- Privilégier le contact authentique non jugeant, l'écoute active, la présence bienveillante et parfois la directivité bienveillante lorsque le lien est construit
- Exprimer notre inquiétude et notre volonté de les aider
- Reconnaître la légitimité des questionnements, des peurs de la personne concernée
- Etre créatif, s'appuyer sur les objets auxquels la personne est la plus attachée

# TEMPORALITÉ



Les situations rencontrées sont souvent le résultat d'une longue histoire de vie et de comportements ancrés dans la durée. « *Il ne faut pas aller trop vite avec Diogène, mais ne pas l'oublier non plus* ». Il s'agit d'un subtil dosage entre la temporalité de chacun !

L'enjeu de notre accompagnement sera de pouvoir partager une même temporalité et d'avancer au même rythme, en adéquation avec celui de la personne... Il faut du temps pour y voir clair !

# Recommandations « de bonnes pratiques »

## LE TEMPS DE LA PERSONNE

- Prendre le temps qu'il faut pour engager une relation de confiance
- Respecter le rythme de la personne mais parfois « oser bousculer »

## LE TEMPS DES ACTEURS

- Temporiser le sentiment d'urgence auprès de l'entourage (voisinage, bailleurs...) et des professionnels en travaillant une communication régulière
- Inscrire toute intervention dans une perspective longue et un travail progressif
- Instaurer une récurrence des interventions pour créer et favoriser le lien
- Renoncer aux illusions de la "guérison" pour se projeter dans une perspective de réduction des risques au long cours

*« La durée contre l'urgence, la médiation contre la coercition »*

# SANTÉ ET SÉCURITÉ



Toute intervention dans le logement comporte une dimension intrusive, des risques et des dangers potentiels pour la santé physique et mentale de la personne. La privation brutale et complète de ce mode de vie engendre un stress majeur (arrêt d'un traitement vital, arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation, risque, suicidaire, décompensation,...).

## Recommandations « de bonnes pratiques »

- Rechercher, enquêter avec la personne sur les risques à domicile (perçus par la personne et perçus par les professionnels)
- Evaluer et quantifier les risques (fréquence, gravité, répercussions) : risques incendie, électrique, structurel (sur le bâti), sanitaire (santé de la personne / santé publique), social (impact sur les relations)
- Rechercher l'appui de professionnels « experts » dans le domaine médical et environnemental (croiser risques / urgence sanitaire et logement)
- Informer la personne sur les risques liés à son mode « d'habiter »
- Travailler sur le sentiment de sécurité, rassurer,...

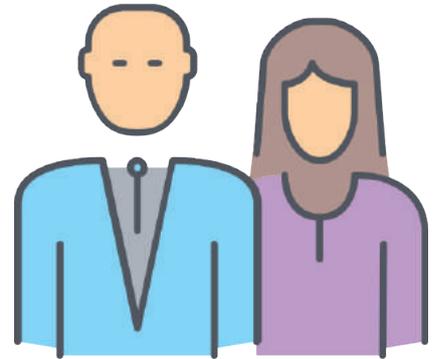


### *FOCUS SUR LE DÉSENCOMBREMENT*

- Veiller, dans la mesure du possible, à organiser progressivement le nettoyage et le débarrassage du logement avec la personne
- Eviter les désencombrements trop radicaux (« c'est comme lui arracher la peau »)

*" Le désencombrement n'est pas une fin en soi "*

# RÔLE ET PLACE DE L'ENTOURAGE



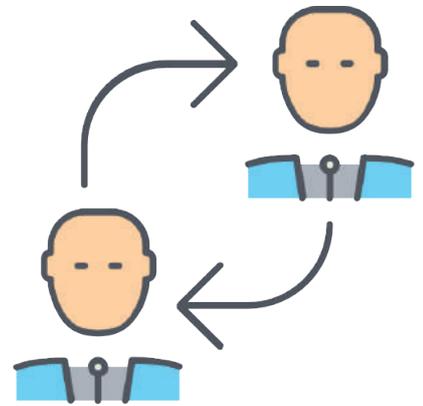
De part leur comportement, les personnes présentant un syndrome de Diogène sont souvent isolées et développent de la méfiance voire de la misanthropie.

L'entourage familial est souvent éloigné ou démuni face à ces situations. Cet entourage est aussi parfois jugeant, agressif, violent ou totalement insensible, désinvesti de la situation de leur proche.

Cependant, on remarque souvent la nécessité d'une personne extérieure pour les aider à vivre dans le quotidien, d'une personne de confiance qui fait le va et vient entre le dehors et le dedans. Cette personne est appelée « le porteur de panier ».

## Recommandations « de bonnes pratiques »

- Rechercher la ou les personnes les plus proches, tiers de confiance, pouvant aider la personne concernée (dans ses démarches, la gestion du quotidien, le désencombrement...) et jouer un rôle de médiateur
- Rechercher dans l'entourage le « porteur de panier »
- Evaluer la qualité du lien avec le « porteur de panier »
- Tisser un lien de confiance avec l'entourage pour faire adhérer la personne
- Evaluer les intentions profondes, les motivations de l'entourage vis-à-vis de leur proche
- Recueillir des éléments de l'histoire de vie avec l'entourage (genèse du syndrome)
- Informer, sensibiliser l'entourage sur le syndrome, le sens des symptômes,...
- Soigner la communication aux voisins, aux décisionnaires (temporalité de la gestion du dossier)



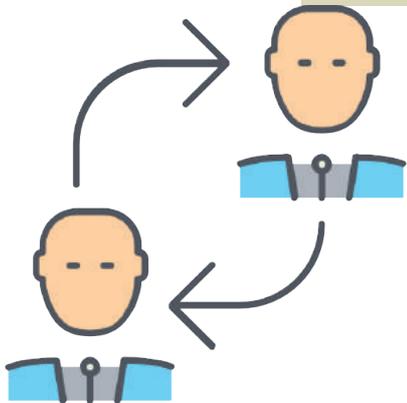
## COORDINATION ET DYNAMIQUE DES ACTEURS

Ces situations complexes font appel à des professionnels de différents champs d'intervention qui ne se connaissent pas toujours et pour lesquelles il est parfois difficile de trouver un point de convergence. Néanmoins, les pratiques démontrent qu'il est impossible de résoudre seul une situation de Diogène. Dans l'intérêt de la personne, l'action collective constitue un principe d'action. Elle nécessite au préalable que les acteurs apprennent à se connaître, se reconnaître, se rencontrent, échangent...

# Recommandations « de bonnes pratiques »

*Il n'existe pas une seule bonne façon de faire...*

- Privilégier l'intervention en binôme, garante du lien avec la personne et/ou son entourage
- Identifier les acteurs (à minima le maire de la commune, le médecin traitant, l'entourage et/ou le « porteur de panier » concernés par la situation)
- Organiser rapidement une réunion de concertation pour apprendre à se connaître, à analyser la situation et à identifier une tête de réseau
- S'assurer et maintenir le même niveau d'information
- Définir des compromis (actions, délais d'intervention) face à l'hétérogénéité des normes portées par les différents champs professionnels
- Prendre les décisions de manière collégiale et co-responsable (chacun s'engage)
- Veiller à ne pas multiplier les intervenants, garantir une permanence des acteurs autant que possible



## COORDINATION ET DYNAMIQUE DES ACTEURS

Les personnes présentant un syndrome de Diogène doivent être prises en compte dans leur globalité et mobiliser différentes approches : les champs de l'habitat, du social, des droits de la personne et la santé. Dans cette perspective, l'ensemble des acteurs définit le sens donné à leur intervention et veillent à le faire partager...

# Recommandations « de bonnes pratiques »

## DÉMARCHE PROJET PERSONNALISÉ

- Mettre en commun les évaluations pour disposer d'une vision partagée, croisée et globale de la situation
- Décomposer la situation complexe et définir les modalités d'intervention en fonction de la nature des problèmes
- Adopter une approche pragmatique, objectiver les troubles et leurs effets
- Se fixer de petits objectifs à atteindre ; être humble et pas trop ambitieux
- Passer au travail d'écriture pour dépasser l'impression de ne plus savoir par où commencer et établir un régime de priorité en fonction des problématiques

## FORMATION ET ÉTAYAGE DES ACTEURS

- Harmoniser les pratiques et fixer un cadre d'intervention commun, adapté à chaque situation
- Former les intervenants de services d'aide et d'accompagnement à domicile pour favoriser une intervention progressive et adaptée
- Sensibiliser, rassurer, accompagner les intervenants au quotidien
- Mettre en place des groupes d'analyse de pratiques pluridisciplinaires

# RESPONSABILITÉ DES ACTEURS



Déontologie, devoirs, responsabilités sont autant de termes qui s'imposent aux professionnels face aux situations atypiques. Ces réflexions éthiques s'accompagnent de questionnements juridiques quant à la responsabilité des acteurs. A toutes les étapes de l'accompagnement, l'évaluation et la gestion du/des risques et des dangers doivent être menées.

Quelle place et quel rôle ont les différents acteurs lorsque les mesures coercitives se montrent aussi dangereuses pour la personne que le maintien à domicile dans des conditions inadaptées ?

# Recommandations « de bonnes pratiques »

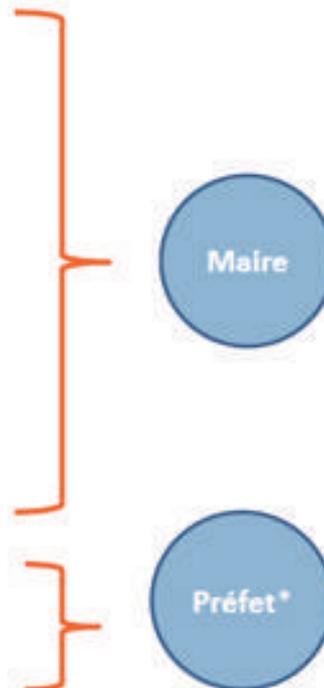


## Réglementation applicable

## Acteur compétent en cas de carence de l'occupant



- Pouvoirs de police générale en matière de santé et salubrité publique :  
*Article L2212-2 CGCT*
- Règlement Sanitaire Départemental:  
*Article 23.1*
- Code de l'environnement :  
élimination des déchets  
*Articles L541-2 et L541-3*
- Danger sanitaire ponctuel  
*Article L1311-4 CSP*



\*Travaux d'office à la charge du Maire et en cas de carence à la charge du Préfet



ORGANISER LES SOUTIENS  
NÉCESSAIRES

# ÉVALUATION DE LA SITUATION

*L'urgence, c'est d'évaluer*

## Pourquoi évaluer ?

Croiser les regards

Prendre en compte la singularité de chaque situation

Eviter les « fausses bonnes idées », les réponses « évidentes » : toutes les situations n'aboutissent pas à une hospitalisation ou un signalement

Partager une vision concertée, des solutions adaptées, une responsabilité commune

Disposer de premiers éléments relatifs à l'état de santé (évaluation de l'étiologie et du risque vital)



## Quand et comment évaluer ?

Bien que l'évaluation soit continue, les réunions de concertation cliniques restent des temps forts, utiles et nécessaires à une évaluation concertée !

Plusieurs grilles de repérage et d'évaluation vous sont proposées en annexe (page 64). Elles restent des propositions, des outils d'aide à la décision.



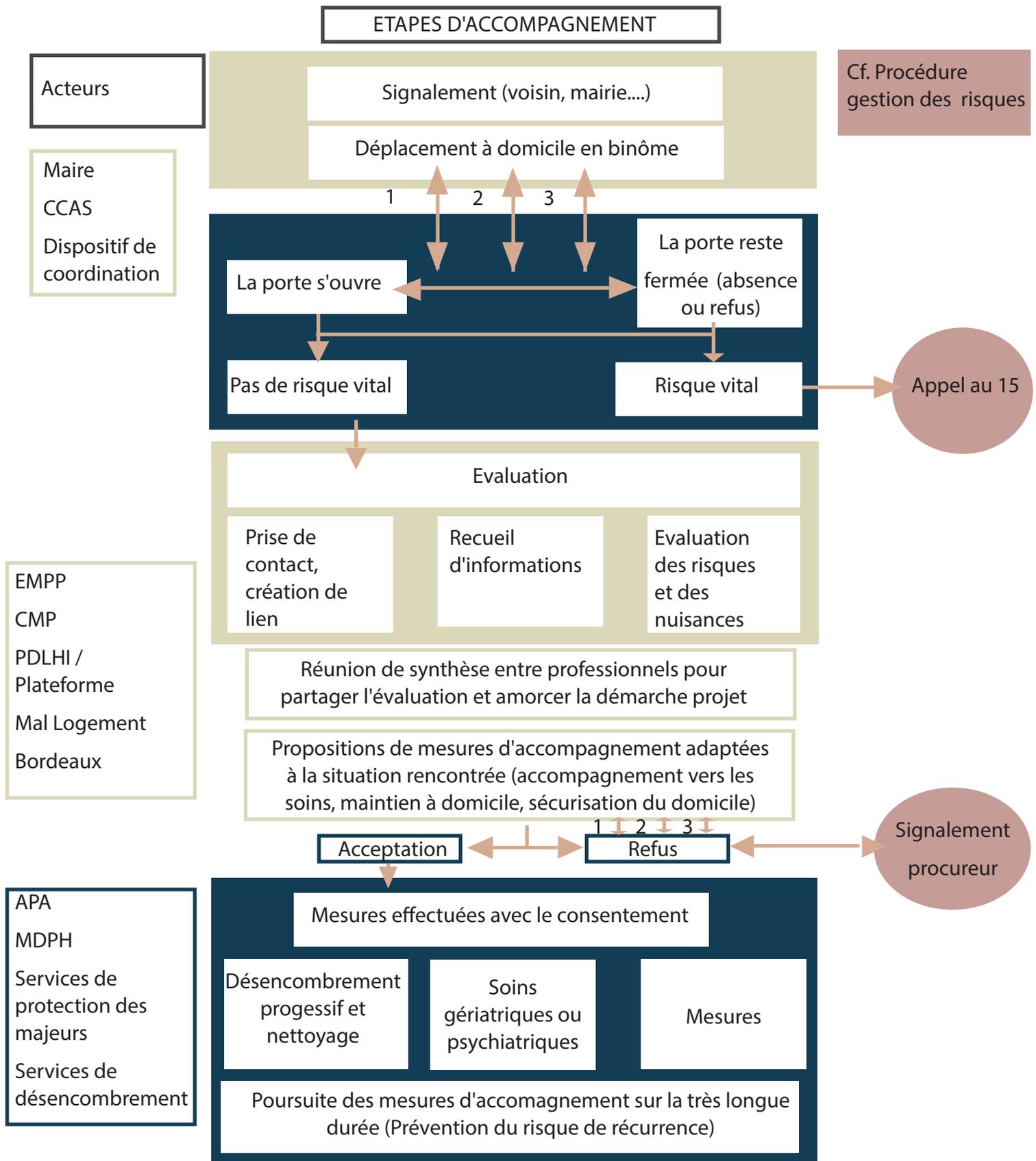
## Qui évalue ?

Tous les acteurs impliqués dans la situation sont en capacité d'observer, de repérer et de reconnaître tout ou partie des signes cliniques, des risques,... C'est dans la pluralité des regards, des expériences, des formations, des liens avec la personne que l'évaluation prend son sens.

A minima, l'évaluation initiale de la situation repose sur plusieurs acteurs : le « signalant », un représentant de la mairie/CCAS, un acteur d'appui à la coordination, un acteur du logement. Dans la mesure du possible, un regard médical sera recherché.



# PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT



Inspirée de l'arbre de décision des situations de type Diogène.

J-C. MONFORT et Col. CHSA – Paris Descartes/CLIC Paris Emeraude Ouest – 8 mars 2012.

# RÉFÉRENTIELS DE MISSIONS

Ce référentiel de missions a pour but de différencier les interventions de différents services pouvant être impliqués dans l'accompagnement des personnes souffrant d'un syndrome de Diogène, afin de définir plus précisément qui fait quoi sur le territoire.

Pôle département de lutte contre l'habitat indigne et le mal logement en Gironde ( PDLHIML 33 )

Plateforme mal logement Bordeaux Métropole

Le maire de la commune

Service communal d'hygiène et de santé

Centre communal ou intercommunal d'action sociale

Plateforme territoriale d'appui

Equipe mobile psychiatrie de précartié (EMPP)

# POLE DÉPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET LE MAL LOGEMENT EN GIRONDE (PDLHIML 33)

## *Missions*

Le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne et le mal logement de la Gironde a été créé par arrêté préfectoral du 15 avril 2012.

Il a pour vocation de mettre en œuvre, d'animer, de coordonner et d'évaluer la politique départementale de lutte contre l'habitat indigne et le mal logement en Gironde.

Le PDLHIm133 a pour objectif de traiter les situations d'habitat indigne et de mal logement issues de plaintes, de signalements ou de repérage. Il a pour objectif, dans ce cadre, de contribuer à la rénovation des logements repérés comme indignes afin de favoriser le maintien dans les lieux des occupants et d'améliorer leurs conditions de vie.

Il assiste et conseille les maires.

## Modalités d'intervention

Le PDLHIml33 est un guichet unique ou point de centralisation des signalements pour les communes du département, hors Bordeaux Métropole. Il transmet les informations aux différents acteurs et réunit l'ensemble des compétences, techniques, juridiques, sociales et financières, dans une approche globale de l'habitat indigne et du mal logement afin de mettre en œuvre tous les outils à disposition dès lors que les compétences et ces outils permettent de traiter les situations d'habitat indigne et de mal logement.

Chaque partenaire reste responsable dans le cadre de ses compétences et de ses missions, de chaque phase de traitement des situations d'habitat indigne et de mal logement qui lui incombe.

## Partenaires

Présidé par Monsieur le Préfet de la Gironde ou son représentant, le PDLHIml33 est composé des instances signataires :

- le Conseil Départemental de la Gironde,
- l'Association des Maires de Gironde (AMG33), avec un représentant de
  - chaque arrondissement d'Arcachon, Blaye, Bordeaux, Langon, Lesparre-Médoc, Libourne
  - la ville de Libourne, la ville de Bordeaux, la ville de La Réole
  - les communautés de communes de : Castillon-Pujols et du Pays Foyen et du Bassin d'Arcachon Sud (COBAS)
  - Bordeaux Métropole
  - le Pays de la Haute Gironde
- la Délégation Territoriale de la Gironde de l'Agence Régionale de Santé (ARS-DT 33), le SIHS du SIBA, les SCHS des villes de Bordeaux et de Libourne, le SSE de Bordeaux Métropole
- les parquets près le Tribunal de Grande Instance (TGI) de Bordeaux et de Libourne
- les Directions Départementales des Territoires et de la Mer de la Gironde (DDTM 33) et de la Cohésion Sociale de la Gironde (DDCS 33)
- la Caisse d'Allocations Familiales (CAF 33), la Mutualité Sociale Agricole (MSA 33), la Caisse d'Assurance Retraite de la Santé au Travail Aquitaine (CARSAT), le Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL 33) et l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale (UDCCAS 33)
- l'Agence Départementale d'Information sur le Logement (ADIL 33), la délégation départementale de la Fédération Nationale des associations pour l'Accueil et la Réinsertion Sociale (FNARS) et le collectif

Monsieur le Sous Préfet de Libourne est référent du PDLHIml 33.

# PLATEFORME MAL LOGEMENT BORDEAUX MÉTROPOLE

## *Missions*

Depuis 2016, Bordeaux Métropole, chef de file de la lutte contre l'habitat indigne, a acté dans son Programme d'Orientation et d'Actions et dans sa délégation de compétence avec l'Etat, la création d'une plateforme de lutte contre le mal logement.

Elle a pour objet de piloter, coordonner et animer des actions opérationnelles de lutte contre le mal logement, et reste intégrée au PDLHI pour le partage d'outils et d'expertises.

## *Modalités d'intervention*

### POUR SIGNALER

Une fiche Relevé d'Observation du Logement (ROL) à envoyer à l'adresse suivante: mal-logement@bordeaux-metropole.fr (cf. annexe 2). La demande sera traitée par le secrétariat du SSE de Bordeaux Métropole et relayée aux communes

### POUR LES SITUATIONS LES PLUS COMPLEXES

Une Commission Technique Mal logement et des réunions délocalisées

### POUR L'AIDE À LA RÉOLUTION DES SITUATIONS

Des outils dédiés (les programmes animés, PIG, OPAH, mon énergie, ma rénovation...)

## *Partenaires*

- L'Agence Régionale de Santé
- La DDTM
- Le Conseil Départemental, Pôle Territorial de Solidarité (MDSI, PTA, CLIC...)
- La Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde
- Le FSL
- Les Communes, binôme référent: élu /techniciens, CCAS...
- Le Service Santé Environnement
- L'ADIL
- Le Pavillon de la Mutualité
- La Fondation Abbé Pierre
- Les opérateurs des programmes animés

# LE MAIRE DE LA COMMUNE

## *Pouvoirs de police du Maire*

### *Missions*

Aux termes des articles L.2122-24 , L.2212-1 et L.2212-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, le Maire est responsable, sur le territoire de la commune, des polices ayant trait aux trois finalités suivantes : sûreté, sécurité et salubrité publiques.

A cet effet, il est responsable du respect, par ses administrés, des règles contenues au sein du Règlement Sanitaire Départemental (RSD). En l'occurrence, l'article 23.1 du RSD de la Gironde dispose qu'il est interdit d'entreposer ou d'accumuler des objets, détritiques, déjections ou substances diverses susceptibles d' « attirer et faire proliférer insectes, vermine et rongeurs ou créer une gêne, une insalubrité, un risque d'épidémie ou d'accident. Dans le cas où l'importance de l'insalubrité et les dangers définis ci-dessus sont susceptibles de porter une atteinte grave à la santé ou à la salubrité et à la sécurité du voisinage, il est enjoint aux occupants de faire procéder d'urgence au déblaiement, au nettoyage, à la désinfection, à la dératisation et à la désinsectisation des locaux. En cas d'inobservation de cette disposition et après mise en demeure adressée aux occupants, il peut être procédé d'office à l'exécution des mesures nécessaires dans les conditions fixées par le code de la santé publique. »

L'article L1311-4 du Code de la Santé Publique prévoit en effet que par action conjointe du Maire et du Préfet et suite à un arrêté préfectoral, il peut être procédé d'office, aux frais de la commune, à des travaux en cas de danger sanitaire ponctuel.

Enfin, l'article L541-2 du Code de l'environnement prévoit que tout producteur de déchets doit en assurer l'élimination. A défaut, l'autorité titulaire du pouvoir de police peut, après mise en demeure, assurer d'office l'exécution des travaux nécessaires aux frais du responsable (Article L541-3).

## *Objectifs*

Les textes susvisés permettent de poser le cadre juridique des situations souvent constatées dans le cadre du syndrome de Diogène (encombrement, déchets, nuisibles, odeurs...) et de définir la responsabilité du Maire.

# SERVICE COMMUNAL D'HYGIÈNE ET DE SANTE

## *Missions*

Le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) intervient sur plainte et signalement des situations présentant un risque sanitaire pour :

- Évaluer la demande et l'ouverture d'un dossier d'instruction
- Réaliser une enquête de terrain pour qualifier les désordres
- Mettre en œuvre une procédure pouvant aboutir à une mise en demeure voire une action coercitive (arrêté préfectoral, municipal, procès verbal)
- Informer et se mettre en relation avec les services sociaux
- Participer aux instances et aux dispositifs liés à la lutte contre l'Habitat Insalubre

Le Maire exerce une police sanitaire dans le cadre de ses pouvoirs généraux de police (art L.2212- 2 du code général des collectivités territoriales - CGCT) fondée, notamment, sur le règlement sanitaire départemental.

Le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène relève de la compétence du maire pour les règles générales d'hygiène fixées, en application du chapitre Ier du titre Ier du livre III, « Pour les habitations, leurs abords et dépendances » (art L1421-4 du code de la santé publique - CSP).

Le préfet (et le maire par délégation quand il dispose d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé - SCHS) exerce une police spéciale de l'insalubrité des immeubles et des îlots, fondée sur les articles L.1331-22 et suivants du code de la santé publique, tels que réécrits par la loi SRU.

## *Modalités d'interventions*

La saisine du service se fait par écrit, suivie d'une visite sur place par un technicien assermenté pour mettre en place des procédures appropriées.

Le service s'appuie sur le Règlement Sanitaire Départemental (RSD) et le Code de la Santé Publique (CSP). Le Service Communal d'Hygiène et de Santé n'intervient pas directement et peut éventuellement renvoyer vers le juge civil afin qu'il constate la non décence, ou vers les partenaires sociaux en cas, par exemple, de sur occupation des lieux du fait des occupants.

S'il existe des désordres au titre du RSD, le service met en demeure le propriétaire. En l'absence de réaction de ce dernier, malgré les différentes relances et mises en demeure, en dernier recours, un procès-verbal peut être adressé à l'Officier du Ministère Public. Si les désordres sont tels qu'ils nécessitent la saisine du Conseil Départemental de l'Environnement et des Risques Sanitaires et Technologiques - CODERST – (art L1331-26 CSP) ou du Préfet (art L1331-22 CSP), un rapport d'insalubrité est rédigé, et le CODERST est saisi le cas échéant (art L1331-26 CSP). Le préfet peut alors prendre un arrêté préfectoral au titre du CSP (art L1331-26 ou art L1331-22).

Dans le cas où on détecte du plomb susceptible de mettre en danger la santé des personnes, le préfet peut être saisi (art L1334-1 et s. CSP).

# CENTRE COMMUNAL OU INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE

## *Missions*

Le CCAS anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune en liaison avec les institutions publiques et privées. Il est de ce fait l'institution locale de l'action sociale par excellence. A ce titre, il développe différentes activités et missions légales ou facultatives, directement orientées vers les populations concernées.

Le CCAS/CIAS se mobilise dans les principaux champs suivants, par ordre décroissant d'implication : lutte contre l'exclusion (en particulier, aide alimentaire), services d'aide à domicile, prévention et animation pour les personnes âgées, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, soutien au logement et à l'hébergement, petite enfance, enfance/jeunesse, soutien aux personnes en situation de handicap.

- Il gère des équipements et services : établissements et services pour personnes âgées, centres sociaux, crèches, haltes-garderie, centres aérés, etc.
- Il apporte son soutien technique et financier à des actions sociales d'intérêt communal gérées par le secteur privé,
- Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale légale (aide médicale, RSA, aide aux personnes âgées...) et les transmet aux autorités décisionnelles compétentes tels que le conseil départemental, la préfecture ou les organismes de sécurité sociale,
- Il intervient également dans l'aide sociale facultative qui constitue souvent l'essentiel de la politique sociale de la commune : secours d'urgence, prêts sans intérêt, colis alimentaires, chèques d'accompagnement personnalisé, etc.,
- Il peut être délégataire de compétences sociales globales sur le territoire communal par convention avec le Conseil Départemental.

## *Modalités d'intervention*

A la tête du CCAS on trouve le maire de la commune, qui le préside de plein droit. Il lui incombe de désigner des professionnels qualifiés parmi lesquels doivent figurer un représentant des associations familiales, un représentant des associations de personnes handicapées, un représentant des associations de retraités et de personnes âgées, et un représentant des associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion. Ce sont ces représentants, associés au conseil municipal, qui auront la charge d'élire les personnes locales qui constitueront le conseil d'administration du CCAS.

Le CCAS désigne tous ses membres en respectant le principe de parité, ceci donnant une représentation réaliste de la diversité des habitants de la commune, et de la société en générale. Pareillement, cela facilite et entraîne des coopérations négociées et adaptées entre les élus et les professionnels sociaux qui composent le CCAS.

Selon la taille et l'organisation de la commune, le CCAS/CIAS peut embaucher des travailleurs sociaux.

# PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI

## *Missions*

Les fonctions d'appui de la plateforme ont pour objectifs d'apporter un soutien aux professionnels, aux personnes et à leur entourage dans l'accompagnement des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...
- l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements : la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient. L'appui aux professionnels de premier recours et aux équipes hospitalières pour les admissions et les sorties des établissements est particulièrement nécessaire dans les 30 à 90 jours après la sortie, période la plus à risque pour les ré hospitalisations.
- le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

## *Modalités d'interventions*

La saisine du service peut se faire par téléphone ou via une fiche d'orientation destinée aux professionnels. Cet outil permet de recueillir les informations nécessaires à un accompagnement adapté et d'identifier les différents éléments de complexité.

Une visite à domicile pourra être organisée avec la personne ayant interpellé le service et/ou un agent du CCAS de la commune afin d'évaluer la situation et organiser la mise en place d'aide.

# ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITE (EMPP)

## *Missions*

L'EMPP a pour mission d'aller au devant des personnes en situation de précarité pour permettre une évaluation psychiatrique et/ou psychologique afin d'orienter et d'accompagner vers des dispositifs psychiatriques (centre médico-psychologique, hôpital,...) si besoin.

L'équipe se déplace sur signalement et sillonne le territoire à bord d'un véhicule aménagé permettant l'accueil de public.

L'EMPP assure un rôle d'interface entre le sanitaire et le social, développe le travail en réseau, propose un soutien aux acteurs et équipes de première ligne.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un psychiatre, d'un infirmier, d'un psychologue et d'un assistant social (modulable selon les équipes).

Il existe également des équipes mobiles à orientation gériatrique (EMOG) extra-hospitalières et des équipes mobiles géronto-psychiatriques (EMGP) pouvant intervenir sur ces situations. Cependant, des disparités sur les modes d'interventions et de couverture territoriale subsistent. (cf annuaire)

## *Modalités d'intervention*

Selon les EMPP, les lieux de rencontres et de permanences peuvent varier (lieu de vie de la personne, structures sociales,...)

Evaluation de l'état de santé psychique

Accompagnement et orientation vers les dispositifs de soins, adaptés aux besoins de la personne



# ANNEXES

Adresse utiles .....54-55

Bibliographie .....56

Boîte à outils .....57-65

• Annexe 1.1: Typologie des syndromes de Diogène du Dr MONFORT  
(Page 57)

• Annexe 1.2 : Echelle des Personnes Agées Difficiles qui Epuisent  
(EPADE) (Page 58-59)

• Annexe 1.3 : Fiches ROL du PDLHI Gironde et de la Plateforme  
Mal Logement Bordeaux Métropole (Page 60-63)

• Annexe 1.4 : Grille de repérage du syndrome de Diogène (Page 64)

• Annexe 1.5 : Procédure Gestion des risques (Page 65)

Repères juridiques .....66-69

Comité de lecture .....70

# Adresses utiles

## **Pole départemental de lutte contre l'habitat indigne et le mal logement en gironde :**

Direction Départementale des Territoires et de la mer de la Gironde (DDTM de la Gironde)

Cité administrative - BP 90 - 33090 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 93 39 74 / Mail : [ddtm-pdlhi@gironde.gouv.fr](mailto:ddtm-pdlhi@gironde.gouv.fr)

Territoire : Gironde hors Bordeaux Métropole

## **Plateforme Métropolitaine de lutte contre le Mal Logement :**

[mal-logement@bordeaux-metropole.fr](mailto:mal-logement@bordeaux-metropole.fr)

En lien direct avec le Service Santé Environnement SSE (pour les villes de Bordeaux, Ambarès et Lagrave, Ambès, Bassens, Bègles, Blanquefort, Bouliac, le Bouscat, Bruges, Carbon-Blanc, Cenon, Eysines, Floirac, Gradignan, le Haillan, Lormont, Pessac, St-Aubin-du Médoc, St-Médard-en-Jalles, Talence, le Taillan-Médoc, Villenave d'Ornon), le service communal d'hygiène de Mérignac et les villes de Artigues-près-Bordeaux, Martignas-sur-Jalle, Parempuyre, Saint-Louis-de-Montferrand, Saint-Vincent-de-Paul.

## **Service Communal d'Hygiène et de Santé de Libourne :**

1 Rue Montesquieu 33500 LIBOURNE / Tél : 05 57 51 09 09

## **Service d'Hygiène et de Santé du Syndicat Intercommunal du Bassin d'Arcachon :**

2 A Avenue de la Côte d'Argent CS 50501 33380 BIGANOS

Tél : 05 57 76 23 23 / Fax : 05 56 26 92 01

*Territoire : Arcachon et les 9 communes associées (Andernos les Bains, Gujan-Mestras, Lanton, Arès, Lège Cap-Ferret , Audenge, Le Teich, Biganos, La Teste)*

## **ADIL 33 :**

105 avenue Emile Counord 33000 BORDEAUX

Tél : 05 57 10 09 10 / Mail : [contact@adil33.com](mailto:contact@adil33.com)

Réception au siège sans RDV le lundi, mardi, mercredi, vendredi (09h-12h et 14h-17h) et le jeudi (12h-17h)

*Permanences dans tout le département (jours et horaires indiqués sur le site internet : [www.adil33.org](http://www.adil33.org))*

## **PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI (PTA) DE LA GIRONDE :**

Antenne du Bassin d'Arcachon : 05.35.08.00.20 / [contact@maia-bassinarcachon.fr](mailto:contact@maia-bassinarcachon.fr)

Antenne de Bordeaux : 0800.625.885 / [clicdebordeaux@mairie-bordeaux.fr](mailto:clicdebordeaux@mairie-bordeaux.fr)

Antenne des Graves : 05.33.89.04.01 / [maia-terr-graves@mspb.com](mailto:maia-terr-graves@mspb.com)

Antenne Haute Gironde : 05.57.58.97.33 / [maiahautegironde@amsad33.fr](mailto:maiahautegironde@amsad33.fr)

Antenne du Libournais : 05.57.25.49.50 / [maia@ch-libourne.fr](mailto:maia@ch-libourne.fr)

Antenne du Médoc : 05.56.73.07.29 / [contact@santeautonomiemedoc.fr](mailto:contact@santeautonomiemedoc.fr)

Antenne Porte du Médoc : 05.5695.80.11 / [cliccubnordouest@gironde.fr](mailto:cliccubnordouest@gironde.fr)

Antenne Rive Droite : 05.57.80.00.95 / [maiarivedroite@gmail.com](mailto:maiarivedroite@gmail.com)

Antenne du Sud Gironde : 07.82.05.59.23 / [maia.sudgironde@gmail.com](mailto:maia.sudgironde@gmail.com)

# Adresses utiles

## **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité ( EMPP ) du Centre Hospitalier de Cadillac :**

empch-cadillac.fr

Territoire : Sud Gironde, Hauts de Garonne et Bordeaux Métropole Sud

## **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité et Migrants ( EMPP ) du Centre Hospitalier Charles Perrens :**

31 place des Capucins 33800 BORDEAUX / Tél : 05 56 78 94 64 / empp@ch-perrens.fr

Territoire : Bordeaux et sa métropole

## **Equipe Mobile Psychiatrie Précarité ( EMPP ) du Centre Hospitalier de Libourne :**

05 57 55 71 54

Territoire : Communauté d'agglomération du Libournais (Cali)

## **Equipe Mobile à Orientation Gériatrique ( EMOG ) du Centre Hospitalier d'Arcachon : Pôle de santé d'Arcachon :**

Pôle de santé d'Arcachon / 05.57.52.94.69 / emg@ch-arcachon.fr

Territoire : Andernos-les-bains, Arcachon, Arès, Belin-Beliet, Gujan-Mestras, La Teste de Buch, Le Teich, Lège Cap-Ferret, Salles

## **Equipe d'Appui Gérontologique de Proximité (EAGP) – EHPAD « La Mémoire des Ailes »:**

5 rue Elise Deroche 33380 MARCHEPRIME/ 05.56.94.43.07 / eagp@aeis.fr

*Territoire : Andernos-les-Bains, Arès, Audenge, Belin-Beliet, Biganos, Lanton, Le Barp, Lège Cap Ferret, Lugos, Marcheprime, Mios, Saint-Magne, Salles.*

## **Equipe Mobile à Orientation Gériatrique (EMOG) dans la Cité (CH X. Arnoz) :**

PAERPA/ 05.57.82.18.70 / emgdanslacite@chu-bordeaux.fr

*Territoire : Bordeaux*

## **Equipe mobile de gériatrie extra hospitalière du CH Sud Gironde :**

05 56 76 37 27 / emg@ch-sudgironde.fr /emg@ch-sudgironde.mssanté.fr

Territoire : Langonnet

## **Equipe Mobile Géronto-psychiatrique (EMGP) du CHS Perrens - Pôle PUMA :**

CS 81285 33076 Bordeaux Cedex / 05.56.56.35.92 / emgppam@ch-perrens.fr

*Territoire : COBAN et COBAS, Arcins, Arzac, Avensan, Bégadan, Blaignan, Brach, Cantenac, Carcans, Castelnau-de-Médoc, Cissac Médoc, Civrac en Médoc, Couquèques, Cussac Fort-Médoc, Gaillan en Médoc, Grayan et l'hôpital, Hourtin, Jaudignac et Loirac, Labarde, Lacanau, Lamarque, Le Porge, Le Temple, Verdon-sur-Mer, Lesparre-Médoc, Lustrac Médoc, Margaux, Moulis en Médoc, Naujac sur Mer, Ordonnac, Pauillac, Prignac en Médoc, Queyrac, St Christoly Médoc, Ste Hélène, St Estèphe, St Germain d'Esteuil, St Julien Beychevelle, St Laurent Médoc, St sauveur, St Seurin de Cadourne, St Vivien Médoc, St Yzan de Médoc, Salaunes, Saumos, Soulac-sur-Mer, Soussans, Talais, Valeyrac, Vendays Montalivet, Vensac, Vertheuil*

## **Unité de Géronto-psychiatrie ambulatoire (UGPA) du CH de Cadillac :**

06.48.24.00.40

*Territoire : Carignan de Bordeaux, Tresses, Fargues St Hilaire, Salleboeuf, Bonnetan, Camarsac, Croignon, Latresne, Cenac, Lignan de Bordeaux, Loupes, Le Pout, Cursan, Camblandes et Meynac, Sadirac, Quinsac, Cambes, St Caprais de Bordeaux, Madirac, St Genès de Lombaud, Créon, La Sauve, St Léon, Blésignac, Baurech, Tabanac, Le Tourne, Haux, Beychac et Caillau, Montussan, Yvrac, Ste Eulalie, St Loubès, St Sulpice et Cameyrac, Bouliac, Floirac, Cenon, Artigues-près-Bordeaux, Lormont, Bassens, Carbon blanc, St Louis de Monferrand, Ambès, St Vincent de Paul, Ambarès et Lagrave*

# Bibliographie

- A. Clark, G. D. Mankikar et I. Gray, « Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age », *The Lancet*, 15 février 1975 ; 1 (7903):366-8.
- (1) Adrien PICHON, Approche psycho dynamique du syndrome de Diogène. *Pratiques en santé mentale* 2015/2. p.19-24.
- (2) Jean-Claude MONFORT et al. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychologie et Neuropsychologie du vieillissement*. 2010/8 (2). P. 141-53.
- (3) Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté. DIHAL. 2013.
- (4) L'incurie dans l'habitat, Nicolas MERYGLOD, 2007.
- Jean-Claude MONFORT et al. Diogenes syndrome : a prospective observational study. *Journal of Aging Research and Clinical Practice*. Volume 6, 2017. P. 153-57.
- B. LAVIGNE et al. Syndrome de Diogène et Hoarding disorder : une même entité ? *Encéphale* 2016.42. p. 421 – 425.
- Catherine BOUTET et al. Les situations d'habitat dégradé, cas particulier de l'incurie. *ARS Normandie*. 2016
- Incurie dans l'habitat, évaluation clinique, partenariats, mode d'intervention. Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARRA. Lyon. Décembre 2014.
- Colloque AFAR, Comprendre et accompagner les personnes vivant comme Diogène. Maison de la chimie. 2012. <https://www.colloquesafar.fr/diogene-2012>
- Compte-rendu de la réunion du groupe de travail « Santé sociale 20 ème » sur le syndrome de Diogène. Septembre 2014.
- Compte-rendu de la DIHAL « Traiter l'incurie en habitat indigne, mise en sécurité des personnes ». Ministère de la Santé. Mai 2017.
- A paraître en 2019 : J-C. MONFORT, Syndrome de Diogène.

# Typologie des syndromes de Diogène

Tableau 1. Typologie des syndromes de Diogène (n = 11)  
Table 1. Diogenes syndromes typology (n = 115).

	Critère principal			Les autres	Le corps	n	%
	Absence de demande	Refus des aides	Les objets				
Diogène complets (présence des trois critères secondaires)	Type 1 Diogène complet avec refus des aides	Avec refus	Entasseuse	Misanthrope	Négligé	26	23%
	Type 2 Diogène complet sans refus		Entasseuse	Misanthrope	Négligé	2	2%
Diogène partiels (présence de deux critères secondaires)	Type 3 Diogène entasseuse misanthrope avec refus	Avec refus	Entasseuse	Misanthrope		0	0%
	Type 4 Diogène entasseuse misanthrope sans refus		Entasseuse	Misanthrope		1	1%
	Type 5 Diogène entasseuse négligé avec refus	Avec refus	Entasseuse		Négligé	44	38%
	Type 6 Diogène entasseuse négligé sans refus		Entasseuse		Négligé	12	10%
	Type 7 Diogène misanthrope négligé avec refus	Avec refus	Entasseuse	Misanthrope	Négligé	2	2%
	Type 8 Diogène misanthrope négligé sans refus		Entasseuse	Misanthrope	Négligé	0	0%
Diogène très partiels (présence d'un seul critère secondaire)	Type 9 Diogène entasseuse avec refus	Avec refus	Entasseuse			12	10%
	Type 10 Diogène entasseuse sans refus		Entasseuse			3	3%
	Type 11 Diogène misanthrope avec refus	Avec refus		Misanthrope		0	0%
	Type 12 Diogène misanthrope sans refus			Misanthrope		0	0%
	Type 13 Diogène négligé avec refus	Avec refus			Négligé	12	10%
	Type 14 Diogène négligé sans refus				Négligé	1	1%

Jean-Claude MONFORT et al. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. Psychologie et Neuropsychologie du vieillissement. 2010/8 (2). P. 141-153.

# Grille EPADE

EPADE © Echelle d'évaluation des Personnes Agées Déconcertantes -  
Jean-Claude Monfort / Anne-Marie Lezy / Annie Papin / Sophie Tezenas du Montcel

**Syndrome** **VIOLENCES déconcertantes**

Sub-syndromes (items)



**Crainte et Peur**  
d'être agressé)

**Risque = Attitude inappropriée**  
Répondre en miroir,  
Monter en tension

**Chance = Attitude appropriée**  
Comprendre, tolérer, ...  
> Savoir que la violence a des raisons à chercher  
> Tenter de « surfer avec »  
> Tenir l'insulte (sans la prendre pour soi)  
> Poser une limite avec douceur






**Syndrome** **REFUS déconcertants**

Sub-syndromes (items)

refus / opposition / passivité / apathie



**Embarras et Culpabilité**  
de ne pas arriver  
à faire accepter une proposition

**Risque = Attitude inappropriée**  
Stimuler  
Passer en force

**Chance = Attitude appropriée**  
Comprendre, tolérer, ...  
Accepter le droit au consentement c'est :  
> Accepter le droit au refus  
> Donner raison à la personne qui refuse  
> Partir pour mieux revenir et négocier






CHERCHER UNE CAUSE

Violence

Refus

Paroles

Actes

inconfort, ...  
douleur corporelle, ...  
confusion agitée, ...  
sevrage médicamenteux, ...  
crise d'hypoglycémie, ...  
crise d'épilepsie, ...  
dépression hostile, ...  
hypomanie, ...  
peur d'être maltraité,  
personnalité  
borderline, ...

Do	Indifférence / Interêt	Ennui / Etonnement	Sympathie / Antipathie	Séduction / Répulsion,
Ré	Crainte, Peur / Sécurité	Inquiétude, Anxiété / Tranquillité	Tension / Calme	
Mi	Tristesse / Gaïeté	Plaisir / Déplaisir	Agréable / Désagréable	Satisfaction / Déception,
Fa	Espoir / Désespoir	Honte / Fierté	Culpabilité / Tranquillité-sérénité	
Sol	Méfiance / Confiance	Familiarité / Etrangeté	Embarras / à L'aise	
La	Colère, Agacement, Irritation / Apaisement	Sollicitude / Insensibilité	Affection / Mépris	
Si	Compassion, Pitié, Solidarité / Indifférence	Impulsivité / Contrôle	Impulsivité-Désarroi / Aptitude	

CHERCHER UNE CAUSE

inconfort, ...  
douleur corporelle, ...  
confusion ralentie, ...  
« apathie aigüe », ...  
surdosage, ...  
infection, ...  
dépression ralentie, ...  
déficit schizophrénique,  
personnalité  
dominante,  
.../...

Urgences médicales ou chirurgicales  
ou d'autres causes

Effets secondaires iatrogènes  
ou d'autres causes

**Syndrome** **PAROLES déconcertantes**  
nécessitant présence et vigilance  
Le départ et le passage à la chambre suivante est freiné  
avec une charge mentale « la tête est restée de l'autre côté »

Sub-syndromes (items)

Je veux

J'ai peur  
J'ai mal

Je veux mourir

On m'a volé

**Inquiétudes répétées, Anxiété anticipatoire**  
Que va-t-il encore dire ?  
Que vais-je répondre ?

**Risque = Attitude inappropriée**  
Répondre : « Ah, stop, taisez-vous ! »  
ça suffit ! »

**Chance = Attitude appropriée**  
Comprendre, tolérer, ...  
> Se taire (avec sollicitude)  
> Ecouter, entendre, comprendre le sens caché  
> Clarifier, reformuler avec empathie






**Syndrome** **ACTES déconcertants**  
nécessitant présence et vigilance  
Le départ et le passage à la chambre suivante est freiné  
avec une charge mentale « la tête est restée de l'autre côté »

Sub-syndromes (items)

1944

Global

Oral

Anal

Génital

**Inquiétudes répétées, Anxiété anticipatoire**  
Que va-t'il encore faire ?  
Que vais-je faire ?

**Risque = Attitude inappropriée**  
S'opposer : « Ah, stop, arrêtez çà ! »  
ça suffit ! »

**Chance = Attitude appropriée**  
Comprendre, tolérer, ...  
Répondre aux actes par des activités :  
> Faire diversion,  
> Utiliser des médiations  
> Art-thérapie activités récréatives






CHERCHER UNE CAUSE

inconfort, ...  
douleur corporelle, ...  
confusion anxieuse, ...  
sevrage médicamenteux, ...  
peur de la mort, ...  
anxiété de séparation, ...  
petite enfance insécure, ...  
épisode maniaque,  
délire adaptatif, ...  
personnalité  
obsessionnelle,  
hypocondriaque, ...

La capacité à épuiser émotionnellement avec :  
> le risque d'attitudes relationnelles inappropriées  
> la chance d'attitudes relationnelles appropriées, réfléchies en équipe  
> la chance de rechercher en équipe un co-facteur réversible

Trouble de l'attachement  
Glschroïdie  
ou d'autres causes

Régression  
Archaïque  
ou d'autres causes

CHERCHER UNE CAUSE

inconfort, ...  
douleur corporelle, ...  
confusion désinhibée, ...  
sevrage médicamenteux, ...  
peur de la mort, ...  
mémoires traumatiques, ...  
épisode maniaque, ...  
personnalité  
impulsive, ...  
.../...

L'Echelle des Personnes Agées Déconcertantes (EPADE) © est protégée par un copyright

**EPADE © Echelle d'évaluation des Personnes Agées Déconcertantes**

Jean-Claude Monfort / Anne-Marie Lezy / Annie Papin / Sophie Tezenas du Montcel

NOM (ou initiale):

PRENOM (ou initiale):

DATE de naissance:

Homme  Femme

Date du jour

**Consignes pour l'évaluation :**

1 Un lecteur et une équipe évaluent une période (ex: les 7 derniers jours)

2 Lire à voix haute le libellé des cases en allant du plus sévère vers le moins sévère

3 Arrêter la lecture et encercler le score dès qu'un participant reconnaît un symptôme en levant la main  
Le score retenu est le score le plus élevé ayant été observé pendant la période de référence

Avant l'évaluation, il est utile de remettre une feuille d'évaluation à chaque participant

VIOLENCES déconcertantes crainte et peur d'être agressé avec le REGARD				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Regard de haine ou mimique de fureur	Regard de colère ou mimique de colère	Regard noir ou mimique grimaçante	Regard hostile ou mimique hostile	Regard normal et mimique normale
avec la VOIX				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Hurllements	Cris	Gémissement ou ronchonnement ou grognement	Voix hostile	Voix normale
avec les PAROLES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Menaces	Accusations ou insultes avec personnalisation de l'insulte	Insultes sans personnalisation de l'insulte	Reproches ou disqualifications	Absence d'agression verbale
avec les GESTES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Attaque des personnes avec danger réel (morsure, coup de poing)	Attaque des personnes sans danger réel (agrippe, griffe, gifle, crachats)	Geste de menace sur les personnes (index levé, poing serré)	Renverse, jette au sol, détruit ou vole les objets (poche de stomie, ...)	Absence d'agression physique

REFUS déconcertants (refus, opposition, passivité, apathie) embarras et culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition de la COMMUNICATION				
Paroles spontanées, réponses aux questions et com. non verbale				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Communication impossible (pseudocoma)	Communication limitée au minimum avec les yeux	Communication obtenue avec négociation	Se met à parler avec quelques paroles simples	Communique et parle de façon habituelle
de la MOBILISATION				
Mobilisation au lit, position assise, station debout, marche				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mobilisation impossible (pas de lever grabatisation)	Mobilisation limitée au minimum avec passage du lit au fauteuil	Mobilisation obtenue avec négociation et aide physique	Se met à se déplacer avec quelques paroles simples	Se déplace et se laisse mobiliser de façon habituelle
de l'ALIMENTATION				
Aliments et boissons				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Alimentation et boisson impossibles (risque vital)	Alimentation et boisson limitées au minimum (recrache)	Alimentation et boisson obtenues avec négociation et aide physique	Se met à manger et boire avec quelques paroles simples	Mange et boit de façon habituelle
des SOINS				
Prise des médicaments, prises des constantes, soins d'hygiène, toilette, activités d'animation				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Soins impossibles (risque vital)	Soins limités au minimum	Soins obtenus avec négociation et aide physique	Se met à accepter les soins avec quelques paroles simples	Les soins sont effectués de façon habituelle

PAROLES déconcertantes inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance				
ORDRES, DEMANDES ou PAROLES SANS OBJET répétées en excès				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Ordres ou exigences contradictoires sans réponse possible	Demandes incessantes ne pouvant pas être satisfaites	Paroles ou mots répétés en boucle (écholalie)	Paroles en quantité excessive (parle trop, logorrhée)	Paroles en quantité habituelle
PAROLES ANXIEUSES, plaintes corporelles et APPELS à l'aide				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec crise d'angoisse	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appels fréquents	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appel épisodique	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles sans appel	Absence de parole anxieuse ou de pl. corp.
PAROLES DEPRESSIVES sur la vie et sur la mort				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Tentative de suicide ou comportement équivalent	Paroles exprimant un projet de suicide je vais me suicider	Paroles exprimant un désir de mort je veux mourir	Paroles expri. une perte du désir de vivre je ne veux plus vivre	Paroles habituelles sur la vie et sur la mort
PAROLES à coté de la REALITE, délire, hallucination, mensonge, fabulation				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles délirantes ou hallucinations avec passage à l'acte	Paroles délirantes ou hallucinations sans passage à l'acte (certitude)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (probabilité)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (possibilité)	Absence de parole délirante d'hallucination de mensonge de fabulation

ACTES déconcertants inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance				
ACTES et perte de contrôle de la sphère locomotrice GLOBALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Disparitions, ("fugues") automutilations (doigt écrasé chutes au sol)	Déambulation avec intrusions dans les chambres	Déambulation avec suivi à la trace des soignants	Agitation (bouge les bras ou les jambes tourne en rond)	Comportement locomoteur habituel
ACTES et perte de contrôle de la sphère alimentaire et ORALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mange des choses toxiques ou non comestibles (ex: produit ménager)	Mange des choses dégoûtantes (ex: excréments)	Mange trop et trop vite avec risque de fausses routes (gloutonnerie)	Mange trop (boulimie)	Comportement oral habituel
ACTES et perte de contrôle des sphères URINAIRE et ANALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Etale ses excréments	Défécations inadaptées ou refus inadapté des protections	Mictions inadaptées constantes	Mictions inadaptées par épisodes	Fonctions sphinctériennes habituelles
ACTES et perte de contrôle de la sphère sexuelle et GENITALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Agression sexuelle sur pers. vuln. ou masturbation traumatique	Contacts à caractère sexuel inadaptés (attouchements sexuels)	Gestes à caractère sexuel inadaptés (exhibition, mast. en public)	Propositions à caractère sexuel érotisation, préoccupations sexuelles envahissantes	Vie sexuelle sans particularités

Score Violence + Score Refus + Score Paroles + Score Actes = Score Total

+

+

+

=

Syndrome des violences déconcertantes    Syndrome des refus déconcertants    Syndrome des paroles déconcertantes    Syndrome des actes déconcertants

crainte, peur    inquiétudes répétées    Epuisement émotionnel  
embarras, culpabilité    anxiété anticipatoire

Auteur correspondant: Jean-Claude Monfort - jcm@afar.fr  
2018. Prix Spécial du Jury SF3PA (Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la P. Agée)  
2019. Prix Coup de cœur SFTelMed (Société Française de Télémedecine) et FormaticSanté

Site de téléchargement [www.psychoge.fr](http://www.psychoge.fr)    L'échelle EPADE © est protégée par un Copyright

# Fiche R.O.L PDLHIml 33



Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne et le mal logement en Gironde

## Relevé d'Observation du Logement



### Rédacteur du relevé

Nom.....Organisme : .....  
 Tél. : .....Adresse Mail : .....  
 Visite du logement    Oui             Non

### Logement                    INVARIANT FISCAL (figurant sur la taxe d'habitation) (1).....

Adresse : .....  
 Etage : .....N° porte ou situation (droite /gauche) : ..... Commune : .....  
 Maison individuelle             Appartement             Autre (2)  à préciser :

### Occupant(s)

Nom – prénom.....Tél : .....N° CAF/MSA : .....  
 Propriétaire             Locataire             Autre  à préciser : .....  
 Nombre d'occupant(s) : .....Nbre d'enfants et âges : .....Enfant à naître

### Propriétaire (s) / gestionnaire du logement :

Nom – prénom.....Tél : .....  
 Adresse : .....

### Observations sur le logement

Logement ancien                     Présence de peintures anciennes écaillées (3)

Cuisine     Salle d'eau     WC             Salle à manger             Nbre de chambres :

Chambre ou salle à manger sans fenêtre sur l'extérieur     Logement en sous-sol, cave ou combles   
 Pièce à vivre < 9 m²             Hauteur sous plafond < 2,20m             Chambre < 7 m²

Fils électriques dénudés     Prise détériorée ou multiprises             Autre désordre électrique

Humidité (4)                     Moisissures (4)                     Infiltrations

Absence de raccordement au réseau d'eau potable (5)             Problème d'assainissement (5)   
 Absence de grille d'aération ou de ventilation dans cuisine, salle d'eau, W.C.

Absence de chauffage (6)             Chauffage d'appoint (6)             si oui, préciser : .....

Absence d'eau chaude             chaudière ou chauffe-eau au gaz             cheminée ou poêle à bois

Accumulation importante de déchets putrescibles dans le logement ou les communs (7)

Absence de garde-corps                     Escalier dangereux   
 Risque d'effondrement d'un élément de construction (plancher, plafond, toiture, mur)

Huisseries en mauvais état                     Nuisibles (souris, cafards, blattes, ...)

### Remarques :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 A .....le.....

Signature de l'occupant

Signature du rédacteur

**Attention ! Vous devez préalablement avoir demandé par écrit à votre propriétaire d'intervenir, de continuer de vous acquitter de vos loyers (clause de votre contrat de location) et ne pas avoir déposé de préavis pour quitter votre logement.**

A transmettre à : DDTM/SHLCD/AHA/PDLHI33 Cité administrative 33090 BORDEAUX CEDEX  
 ddtm-pdlhi@gironde.gouv.fr fax : 05.56.93.31.11 Tél. : 05.56.93.39.74

**(1) INVARIANT FISCAL : Permet d'identifier le logement par les services de l'Etat et de le référencer dans une base de données spécifique. Se reporter sur la taxe d'habitation dans le tableau du détail du calcul en bas à gauche « locaux taxés : identifiant »**

Identifiant		Numero Invariant	
0410510880R			

**(2) Logement autre : caravane sédentaire, cabane, mobil-home..**

**(3) L'utilisation des peintures cérusées (contenant du plomb) est interdite dans les logements depuis le 1/01/1949.**

**Les enfants et les femmes enceintes sont les populations à risque.**

**Des peintures écaillées dans un logement récent ne constituent généralement pas une source d'intoxication par le plomb.**

**(4) Indiquer la présence d'humidité ou de moisissures en notant si nécessaire les pièces concernées.**

**(5) Le logement n'a aucune alimentation en eau, qu'elle vienne du réseau public ou non (il se peut aussi que l'eau vienne d'un puits privé).**

**L'absence de système d'assainissement peut constituer un risque de contamination bactériologique pour les occupants et le voisinage.**

**(6) Les chauffages d'appoint (poêle à pétrole, radiateur à gaz, braséro...) produisent généralement beaucoup d'humidité et peuvent dégager du monoxyde de carbone (gaz toxique, inodore et mortel) s'ils sont associés à un manque de ventilation.**

**L'absence totale de chauffage dans un logement entraîne une forte humidité et le développement de moisissures.**

**(7) L'entassement de déchets (poubelles, matières fécales...) peut rapidement constituer un risque pour la santé des occupants et du voisinage et justifier une procédure d'urgence.**

**Remarques : Vous pouvez indiquer le problème-clé du logement, noter les problèmes concernant l'immeuble en général ou autre, indiquer l'origine du ROL (visite, accueil ou appel téléphonique), les raisons de non signature**



(1) Logement autre : caravane sédentaire, cabane, mobil-home...

(2) L'utilisation des peintures cérusées (contenant du plomb) est interdite dans les logements depuis le 1/01/1949.

Les enfants et les femmes enceintes sont les populations à risque.

Des peintures écaillées dans un logement récent ne constituent généralement pas une source d'intoxication par le plomb.

(3) Indiquer la présence d'humidité ou de moisissures en notant si nécessaire les pièces concernées.

(4) Le logement n'a aucune alimentation en eau, qu'elle vienne du réseau public ou non (il se peut aussi que l'eau vienne d'un puits privé).

L'absence de système d'assainissement peut constituer un risque de contamination bactériologique pour les occupants et le voisinage.

(5) Les chauffages d'appoint (poêle à pétrole, radiateur à gaz, braséro...) produisent généralement beaucoup d'humidité et peuvent dégager du monoxyde de carbone (gaz toxique, inodore et mortel) s'ils sont associés à un manque de ventilation.

L'absence totale de chauffage dans un logement entraîne une forte humidité et le développement de moisissures.

(6) L'entassement de déchets (poubelles, matières fécales...) peut rapidement constituer un risque pour la santé des occupants et du voisinage et justifier une procédure d'urgence.

Remarques : Vous pouvez indiquer le problème-clé du logement, noter les problèmes concernant l'immeuble en général ou autre, indiquer l'origine du ROL (visite, accueil ou appel téléphonique), les raisons de non signature

## Grille de repérage d'un syndrome de Diogène

Date de l'évaluation :

### PERSONNE ACCOMPAGNEE

Nom	Date de Naissance
Prénom	Adresse

### TABLEAU CLINIQUE

**Définition :** Le syndrome de Diogène se caractérise le plus souvent par une situation d'incurie à laquelle s'associent une absence de demande, un refus d'aide et de soins (critère principal) et trois critères secondaires de distorsion du rapport au corps, rapport à l'environnement, rapport aux autres.

#### Critères principaux :

- o Absence de demande
- o Refus d'aide et de soins

#### Critères secondaires :

##### Rapport à l'environnement

- o Accumulation d'objets, entassement
- o Multiples animaux de compagnie
- o Dégradation du logement
- o Négligence, saleté du domicile
- o Achats compulsifs
- o Volets fermés
- o Fenêtres ouvertes même en hiver

##### Rapport aux autres

- o Repli sur soi ou isolement social
- o Grande sociabilité
- o Dénî de la réalité
- o Mécanismes de défense très rigides
- o Comportements très régressifs
- o Rupture des liens avec les administrations
- o Boîte aux lettres débordant de courriers non relevés
- o Sentiment d'abandon ou abandon
- o Absence de honte ou de culpabilité
- o Résistance à laisser entrer une personne à l'intérieur du logement (méfiance/intrusion)

##### Rapport à soi, à son propre corps

- o Négligence corporelle, incurie
- o Troubles du sommeil
- o Vêtements sales, abîmés,...
- o Non observance de traitement
- o Etat cutané préoccupant (plaies, escarres, ...)
- o Troubles du comportement alimentaire (carences, ...)
- o Blessures auto-infligées
- o Consommation d'alcool
- o Accumulation de couches de vêtements en toute circonstance

#### Commentaires :

### EVALUATION DES RISQUES

#### Risques pour la personne

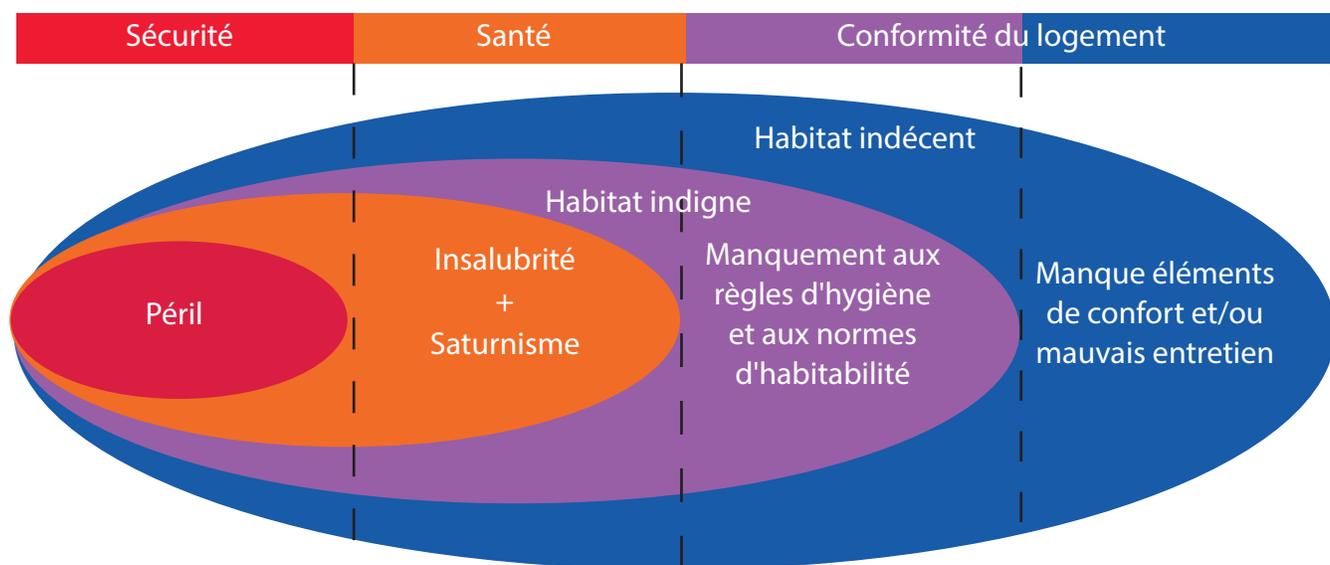
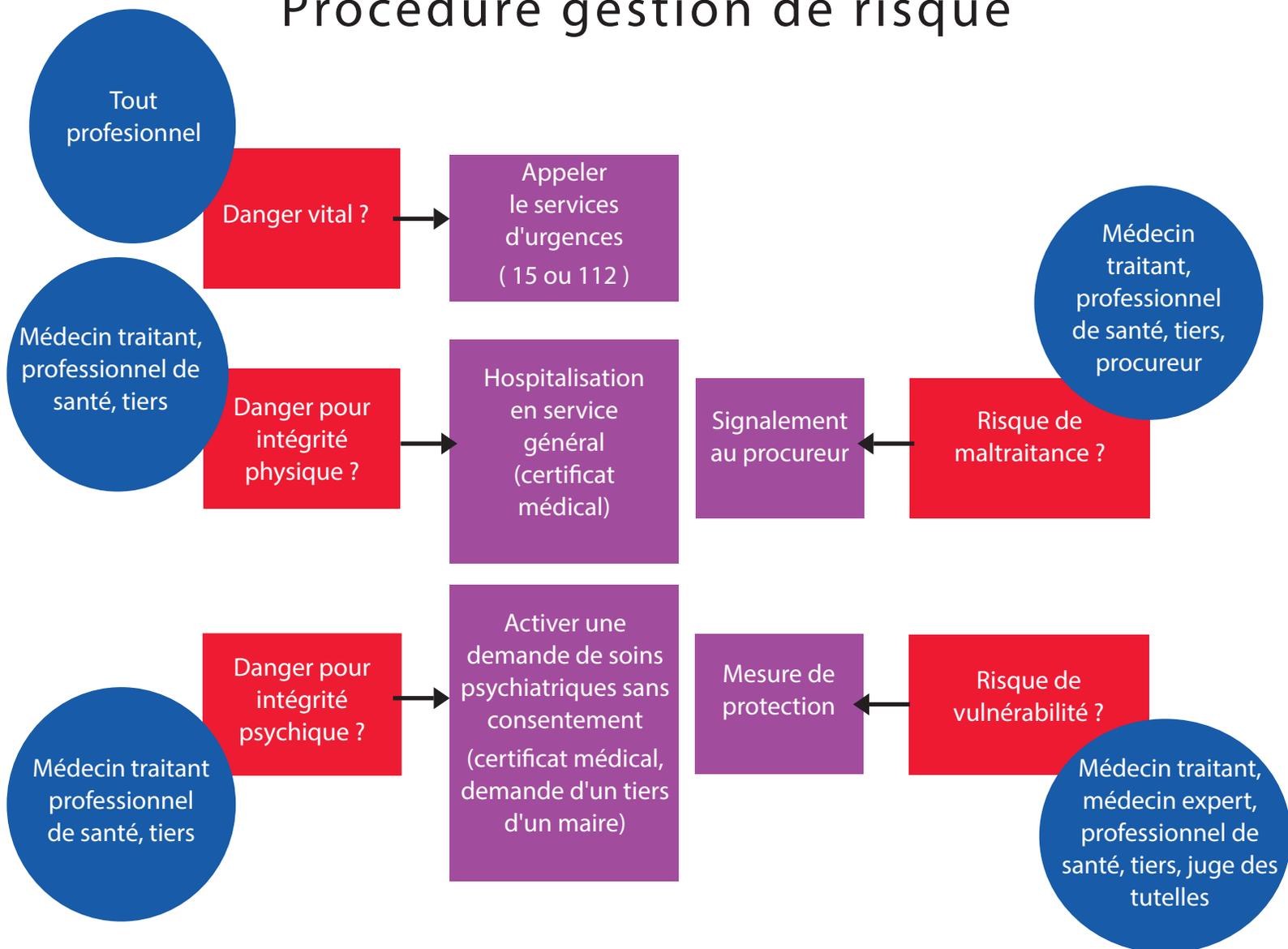
- o Chute/fracture
- o Brûlure
- o Gelures
- o Ulcères
- o Dénutrition
- o Présence d'aliments périmés, putrides ou en décomposition
- o Présence d'excréments
- o Suicide
- o Décompensation psychique
- o Décompensation somatique

#### Risques liés à l'environnement

- o Encombrement des communs ou de la voie publique
- o Présence de nuisibles (rongeurs, insectes, poux, puces, gale, ...)
- o Odeurs corporelles
- o Odeurs d'urine/excréments
- o Odeurs liées à l'état des lieux
- o Odeurs liées au manque d'aération
- o Risque d'incendie ou d'explosion
- o Volume d'entassement
- o Objets entassés inflammables
- o Tabagisme
- o Installation électrique/Fils électriques dénudés
- o Absence de chauffage ou chauffage d'appoint
- o Bougie-réchaud/chauffage d'appoint/appareil à gaz
- o Humidité, moisissures, infiltrations
- o Risque d'effondrement d'un plancher, plafond, toiture, mur

#### Commentaires :

# Procédure gestion de risque



# Repères juridiques

- Article L1311-4 du CSP – danger imminent

« En cas d'urgence, notamment de danger ponctuel imminent pour la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règles d'hygiène prévues au présent chapitre. Lorsque les mesures ordonnées ont pour objet d'assurer le respect des règles d'hygiène en matière d'habitat et faute d'exécution par la personne qui y est tenue, le maire ou, le cas échéant, le président de l'établissement public de coopération intercommunale ou à défaut le représentant de l'Etat dans le département y procède d'office aux frais de celle-ci. La créance de la collectivité publique qui a fait l'avance des frais est alors recouvrée comme en matière de contributions directes. Toutefois, si la personne tenue à l'exécution des mesures ne peut être identifiée, les frais exposés sont à la charge de l'Etat. »

- Article L541-2 du Code de l'Environnement

« Toute personne qui produit ou détient des déchets dans des conditions de nature à produire des effets nocifs sur le sol, la flore et la faune, à dégrader les sites ou les paysages, à polluer l'air ou les eaux, à engendrer des bruits et des odeurs et, d'une façon générale, à porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement, est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination conformément aux dispositions du présent chapitre, dans des conditions propres à éviter lesdits effets. (...) ».

# Repères juridiques

- Article L2212-2 du Code Général des Collectivités Territoriales

« La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques. Elle comprend notamment :

1° Tout ce qui intéresse la sûreté et la commodité du passage dans les rues, quais, places et voies publiques, ce qui comprend le nettoyage, l'éclairage, l'enlèvement des encombrements, la démolition ..., l'interdiction de rien exposer aux fenêtres ou autres parties des édifices qui puisse nuire par sa chute ou celle de rien jeter qui puisse endommager les passants ou causer des exhalaisons nuisibles ainsi que le soin de réprimer les dépôts, déversements, déjections, projections de toute matière ou objet de nature à nuire, en quelque manière que ce soit, à la sûreté ou à la commodité du passage ou à la propreté des voies susmentionnées.

2° Le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique telles que les bruits, les troubles de voisinage qui troublent le repos des habitants et tous actes de nature à compromettre la tranquillité publique.

5° Le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que les incendies, les inondations, les ruptures de digues, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours et s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure.

6° Le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés....».

# Repères juridiques

- Article 23.1 du règlement Sanitaire Départemental de la Gironde

« Dans chaque immeuble, le mode de vie des occupants des logements ne doit pas être la cause d'une dégradation des bâtiments ou de la création de conditions d'occupation contraires à la santé. Tout ce qui peut être source d'humidité et de condensation excessives doit être, en particulier, évité. Le renouvellement de l'air doit être assuré et les orifices de ventilation non obstrués. Dans le même souci d'hygiène et de salubrité, il ne doit pas être créé d'obstacles permanents à la pénétration de l'air, de la lumière et des radiations solaires dans les logements. (...) Dans les logements et leurs dépendances, tout occupant ne doit entreposer ou accumuler ni débris, ni déjections, ni objets ou substances diverses pouvant attirer et faire proliférer insectes, vermine et rongeurs ou créer une gêne, une insalubrité, un risque d'épidémie ou d'accident. Dans le cas où l'importance de l'insalubrité et des dangers définis ci-dessus sont susceptibles de porter une atteinte grave à la santé ou à la salubrité et à la sécurité du voisinage, il est enjoint aux occupants de faire procéder d'urgence au déblaiement, au nettoyage, à la désinfection, à la dératisation et à la désinsectisation des locaux. En cas d'inobservation de cette disposition et après mise en demeure adressée aux occupants, il peut être procédé d'office à l'exécution des mesures nécessaires dans les conditions fixées par le code de la santé publique. »

# Repères juridiques

- Article L541-3 du Code de l'Environnement

« I.- Lorsque des déchets sont abandonnés, déposés ou gérés contrairement aux prescriptions du présent chapitre 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 (...) Au terme de cette procédure, si la personne concernée n'a pas obtempéré à cette injonction dans le délai imparti par la mise en demeure, l'autorité titulaire du pouvoir de police compétente peut, par une décision motivée qui indique les voies et délais de recours :

- 1° L'obliger à consigner entre les mains d'un comptable public une somme correspondant au montant des mesures prescrites, (...);

- 2° Faire procéder d'office, en lieu et place de la personne mise en demeure et à ses frais, à l'exécution des mesures prescrites (...);

- 4° Ordonner le versement d'une astreinte journalière au plus égale à 1 500 € courant à compter d'une date fixée par la décision jusqu'à ce qu'il ait été satisfait aux mesures prescrites par la mise en demeure. (...)

- 5° Ordonner le paiement d'une amende au plus égale à 150 000 €. (...) L'exécution des travaux ordonnés d'office peut être confiée par le ministre chargé de l'environnement à l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie ou à un autre établissement public compétent. Les sommes consignées leur sont alors reversées à leur demande.

II.- En cas d'urgence, l'autorité titulaire du pouvoir de police compétente fixe les mesures nécessaires pour prévenir les dangers graves et imminents pour la santé, la sécurité publique ou l'environnement.

III.- Est réputé abandon tout acte tendant, sous le couvert d'une cession à titre gratuit ou onéreux, à soustraire son auteur aux prescriptions du présent chapitre et des règlements pris pour son application.

V.- Si le producteur ou le détenteur des déchets ne peut être identifié ou s'il est insolvable, l'Etat peut, avec le concours financier éventuel des collectivités territoriales, confier la gestion des déchets et la remise en état du site pollué par ces déchets à l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie ou à un autre établissement public compétent ».

## Comité de lecture

- Professionnels de santé : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux (URPS) - médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine
- Professionnels hospitaliers : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux
- Association des Maires de Gironde
- Union Départementale des CCAS de Gironde
- Services d'aide à domicile : Réseau Public Départemental d'Aide à Domicile (RPDAD) de la Gironde
- Services de désencombrement de Gironde
- Experts nationaux :

Dr Jean Claude MONFORT, Médecin psychiatre, Praticien Hospitalier à l'hôpital Ste-Anne, directeur pédagogique de l'organisme AFAR et auteur de plusieurs ouvrages sur la psychogériatrie

Mme Christine BUTTARD, Infirmière du « Dispositif Incurie Savoie »

# Membres du Groupe de travail

BASSI Valérie

Pilote – Antenne PTA  
Porte du Médoc

BLANCHARD Manon

Evaluatrice MDPH

CLARK Marie Dominique

Chef de projet Parc privé,  
Bordeaux Métropole

COUILLE Odile

Assistante sociale  
EMOG CHU

DESSENS Virginie

Mandataire Judiciaire  
ATINA

DONVEAU Catherine

Chef de service ATINA

DOUILLARD Jean Luc

Psychologue Clinicien,  
Coordinateur Territorial  
Santé Mentale CH de  
Saintonge

DUAUT Manon

ADII, conseillère juriste et  
référente habitat indigne

EHNINGER Marie

Psychologue MDPH

FORTAGE Vanessa

Pilote – Antenne PTA du  
Libournais

GARCIA Emma

Pilote – Antenne PTA Rive  
Droite

GISCARD Caroline

Assistante sociale EMPP, CH  
Cadillac

LE BIHAN Karine

Pilote – Antenne PTA  
Haute Gironde

MINARD Ambre

Chargée de mission - DDTM  
33

NOLOT Cécile

Ingénieur d'études  
sanitaires - Pôle Santé  
Environnementale ARS NA -  
DD33

ORTEGA Julien

CH Cadillac, Psychologue

PINAUD Nicolas

Infirmier CH Cadillac

RABIN Sophie

Responsable maintien à  
domicile - CIAS Blaye

RAMILLON Olivier

Inspecteur Salubrité  
Bordeaux Métropole

RIVIERE Nathalie

Chargée de mission Santé  
Publique et territoire, CH  
Cadillac

SANZ José

Technicien sanitaire chef - Pôle  
Santé Environnementale ARS  
NA/DD33



**DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES  
ET DE LA MER DE LA GIRONDE**