

DIOGÈNE

Accompagner une personne atteinte du syndrome de Diogène



*Adaptation du guide
pour agir ensemble
en Gironde,
Version Lot-et-Garonne*

À destination des professionnels
2021-2022



SOMMAIRE

Préambule.....	3
Genèse du guide et groupes de travail	4
Genèse du guide en Gironde :.....	4
Groupe de travail en Lot-et-Garonne.....	4
Les objectifs du guide Diogène	4
Définir le syndrome de Diogène	5
Définition.....	5
Le sens des symptômes.....	6
Repérage et qualification du syndrome	7
Les facteurs de risques	8
Accompagner la personne et son entourage	9
Respect et libre choix	9
Dynamique relationnelle	10
Temporalité	11
Santé et sécurité.....	12
Rôle et place de l'entourage	13
COORDINATION ET DYNAMIQUE DES ACTEURS	14
RESPONSABILITÉ DES ACTEURS	15
Organiser les soutiens nécessaires	16
Processus d'accompagnement.....	17
Référentiel de mission.....	18
AGENCE DEPARTEMENTALE POUR L'INFORMATION SUR LE LOGEMENT	19
CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE	20
CELLULE DE SITUATIONS COMPLEXES DES CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE	21
COMMISSION PARTENARIALE DEPARTEMENTALE DE LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE	22
CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE PIVOT	23

CENTRE MEDICO-SOCIAL - CONSEIL DEPARTEMENTAL - DIRECTION GENERALE ADJOINTE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL.....	24
DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI	25
EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRECARITE (EMPP)	26
LE MAIRE DE LA COMMUNE	27
MANDATAIRE JUDICIAIRE A LA PROTECTION DES MAJEURS	28
SERVICE URBANISME HABITAT OU SERVICE ENVIRONNEMENT HYGIENE DES COMMUNES ET/OU COLLECTIVITES.....	30
Adresses utiles	32
Bibliographie	35
Boîte à outils	36
Repères juridiques.....	47
Comité de lecture.....	49
Membres du groupe de travail	50

Préambule

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'allocations familiale (CAF)
- ✓ Elus et agents territoriaux
- ✓ Mandataires judiciaires
- ✓ Professionnels de santé et Centres hospitaliers (urgence, service sociaux...)
- ✓ Services d'aide et d'accompagnement à domicile...
- ✓ Services d'urgence (pompiers, policiers, gendarmes, SAMU...)
- ✓ Travailleurs sociaux (CMS, CCAS, MSA...)
- ✓ Techniciens de l'habitat (du bâti, de l'énergie, diagnostiqueur, bailleurs, ...)

Genèse du guide et groupes de travail

Genèse du guide en Gironde :

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.

Les structure et dispositifs associés au groupe de travail :

Agence Départementale d'Information Logement Gironde (ADIL) ; Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (Délégation Départementale 33) ; Antennes de la Plateforme Territoriale d'Appui de la Gironde (PTA) ; Association Territoire et Intégration Nouvelle Aquitaine (ATINA) ; Bordeaux Métropole (Direction de l'Habitat / Service Santé Environnement) ; 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 Départementale de Lutte contre Habitat Indigne).

Groupe de travail en Lot-et-Garonne

Face à ces constats partagés, les professionnels du Lot-et-Garonne s'interrogent également sur les conduites à tenir. C'est pourquoi, le DAC-PTA 47 (Dispositif d'Appui à la Coordination) et les CLSM du 47 (Conseils Locaux de Santé Mentale) ont donc décidé de mener une action commune en s'appuyant sur les travaux girondins et en mobilisant un groupe de travail en Lot-et-Garonne.

Les objectifs du guide Diogène

Objectifs généraux

- ✓ 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.

Objectifs opérationnels

- ✓ 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.

*Plateforme Territoriale d'Appui

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

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 géante, 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 à 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 a l'intérieur du logement
Déni de la réalité
Mécanismes de défense très rigides
Comportements très régressifs
Rupture des liens avec les administrations
Boite aux lettres qui déborde de courriers non relevés
Refus de toute aide vécue comme intrusives, méfiances
Sentiment d'abandon ou abandon

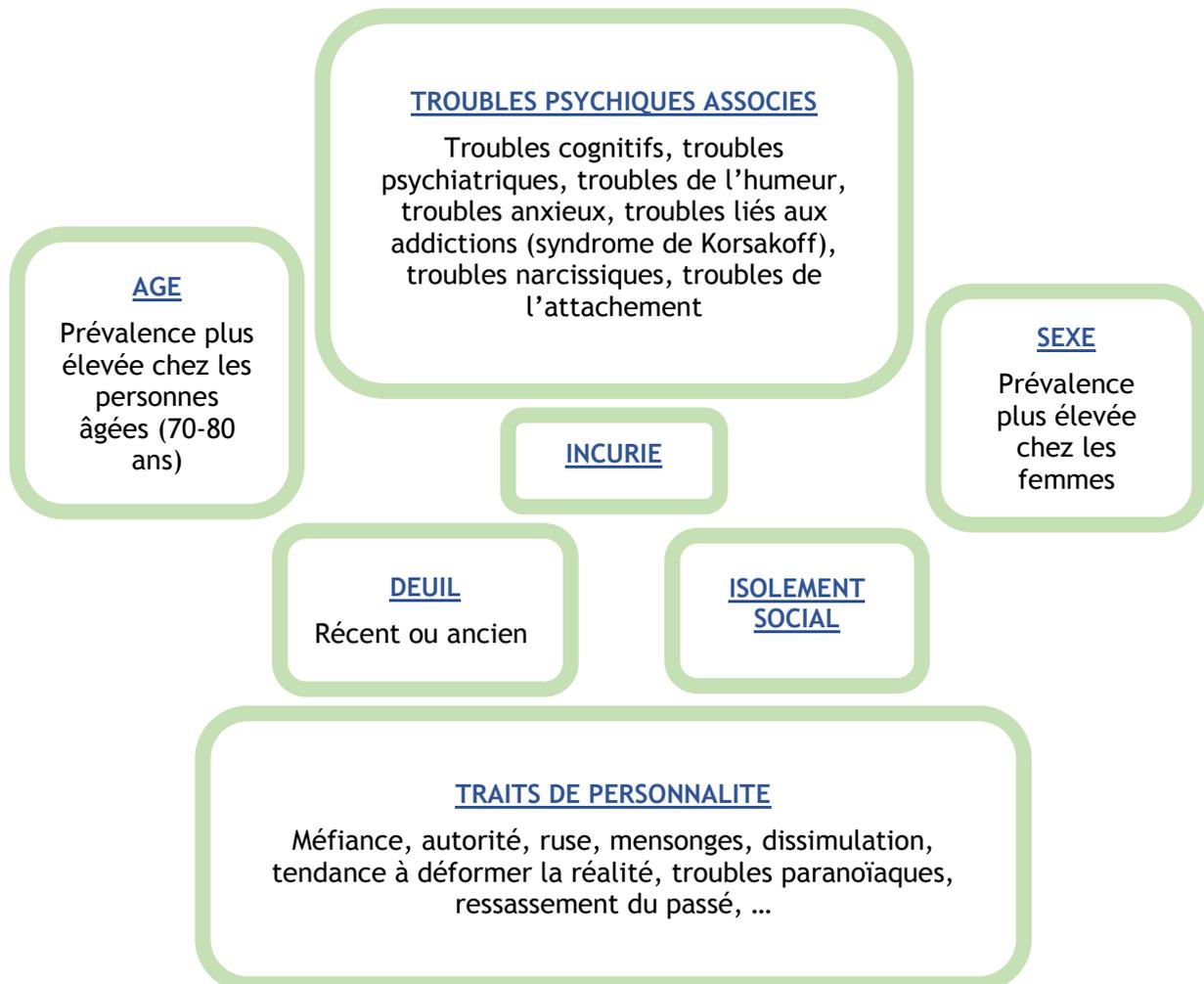
- Rapport à soi, à son propre corps

Négligences corporelles
Troubles du sommeil
Vêtements sales, abimés
Accumulation de couches de vêtement en toutes circonstances
Abandon des soins
Non observance de traitements
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

Les facteurs de risques



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.

Recommandation « 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.

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.

Recommandation « 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
- ✓ Être 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 !

Recommandation « 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* »

Toute intervention dans le logement comporte une dimension intrusive, des risques et des dangers 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, ...)

Recommandation « 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 par 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 ».

Recommandation « 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...

Recommandation « 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

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...

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

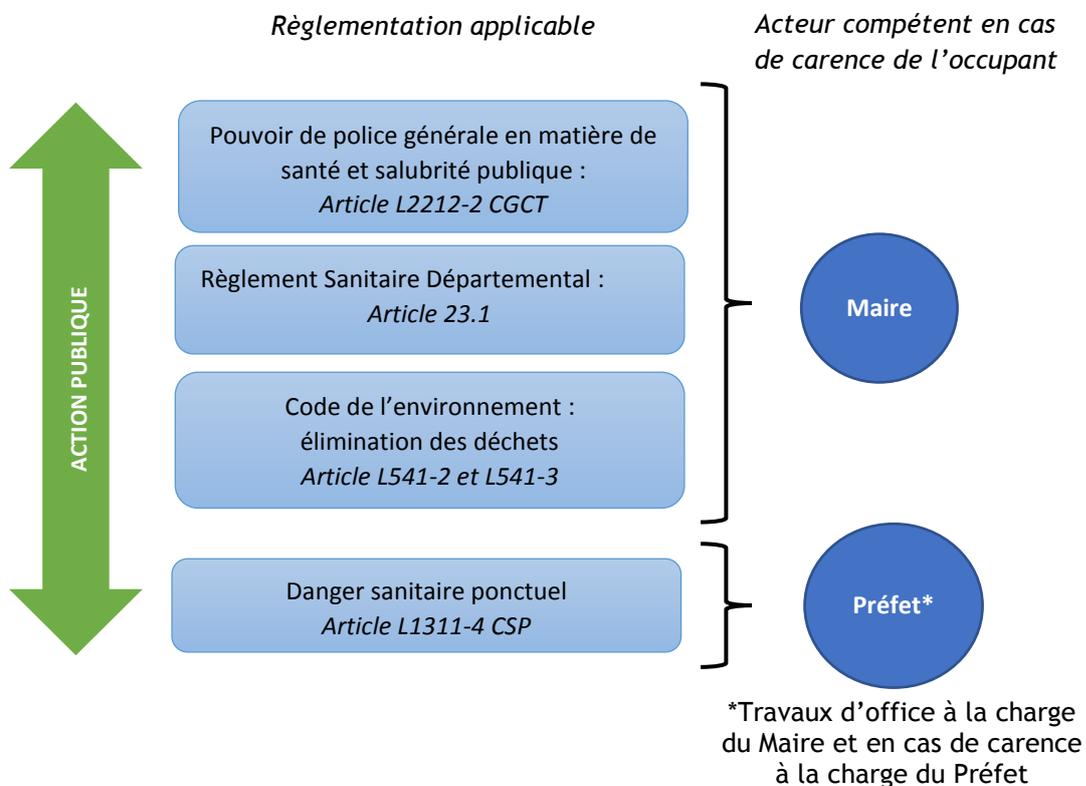
- ✓ Harmoniser les pratiques et fixer un cadre d'intervention commun, adapté à chaque situation
- ✓ Former les intervenants de services d'aide et d'accompagnement à domicile pour favoriser une intervention progressive et adaptée
- ✓ Sensibiliser, rassurer, accompagner les intervenants au quotidien
- ✓ 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 ?

Recommandation « de bonnes pratiques »



ÉVALUATION DE LA SITUATION

L'urgence, c'est d'évaluer

POURQUOI EVALUER ?

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 EVALUER ?

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

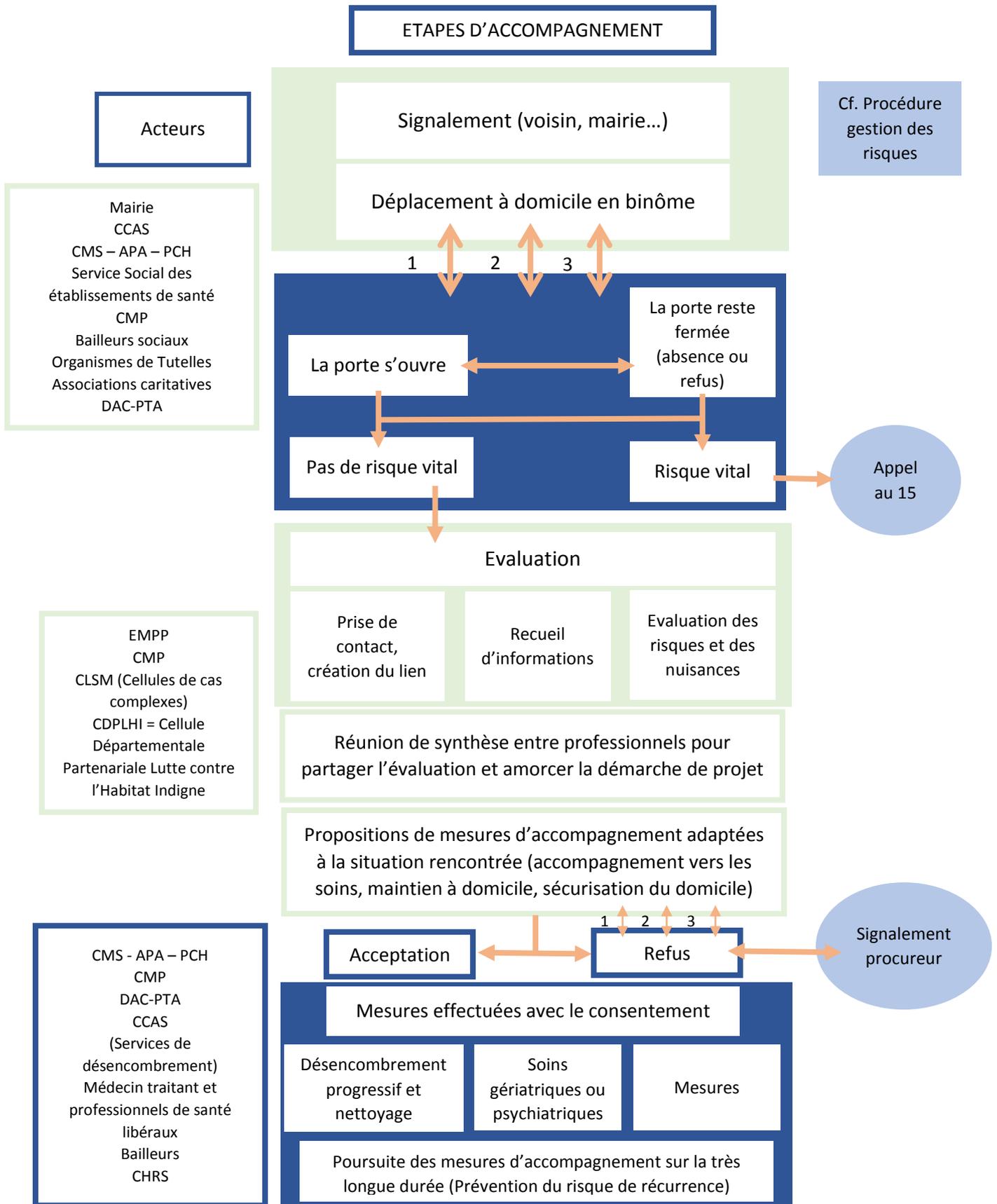
Plusieurs grilles de repérage et d'évaluation vous sont proposées en annexe (page 64). Elles restent des propositions, des outils d'aide à la décision.

QUI EVALUE ?

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



CMS - APA – PCH
CMP
DAC-PTA
CCAS
(Services de désencombrement)
Médecin traitant et professionnels de santé libéraux
Bailleurs
CHRS

Référentiel de mission

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.

Agence Départementale pour l'Information sur le logement (ADIL)

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Cellule de situations complexes des Conseils Locaux de la Santé Mentale (CLSM)

Cellule Départementale Partenariale Lutte contre l'Habitat Indigne (CDPLHI 47)

Centre Médico-Psychologique CMP - Pivot

Centre Médico-Social (CMS)

Dispositif d'Appui à la Coordination - Plateforme Territoriale d'Appui (DAC - PTA)

Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP)

Le Maire de la commune

Mandataire Judiciaire a la Protection des Majeurs (MJPM)

Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS)

Missions

- ✓ Mission générale : Conseil juridique et financier lié à l'habitat, pour tout public (locataire, propriétaire bailleur, propriétaire occupant, accédant à la propriété, etc....)
- ✓ Mission spécifique : Prévention des expulsions locatives. Réalisation des différents diagnostics liés aux stades de procédure d'expulsion (Commandement de Payer, Assignation en résiliation de bail, Commandement de Quitter les Lieux, etc....)

Modalités d'intervention

Dans le cadre de la mission prévention des expulsions locatives, l'ADIL est amenée à effectuer des visites à domicile, et, est confrontée à des problématiques notamment au syndrome de Diogène. L'ADIL fait le relais des situations aux services sociaux mais est parfois limité dans la connaissance des partenaires compétents.

Toutes les communes de 1 500 habitants disposent d'un CCAS, et celles de moins de 1 500 habitants peuvent en créer un.

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 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, halte-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'interventions

Présidée par le Maire, l'assemblée délibérante du CCAS est composée à parité :

- ✓ De membres élus en son sein par le Conseil Municipal à la représentation proportionnelle au plus fort reste ;
- ✓ De membres nommés par le Maire parmi des personnes « participant à des actions d'animation, de prévention et de développement social dans la commune ».

Parmi ces personnes, doivent figurer obligatoirement et au minimum :

- Un représentant des associations de personnes âgées et de retraité(e)s ;
- Un représentant des associations de personnes handicapées ;
- Un représentant de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) ;
- Et un représentant des associations œuvrant dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre les exclusions.

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

En 2017, sur le département du Lot et Garonne, 3 Conseils locaux de Santé Mentale (CLSM) sont mis en place en lien avec les trois secteurs psychiatriques adultes.

Dans ce cadre des CLSM, une forte demande des acteurs de terrain pour la mise en place de cellule de concertation autour des situations complexes est constatée.

Missions

Espace de concertation inter-partenariale autour de personnes en situation psycho-sociales difficiles.

Il s'agit de proposer une analyse conjointe et la mise en perspective des situations, à travers une approche croisée d'acteurs à compétences spécifiques et différenciées, incluant la personne concernée et son entourage.

Le but est d'apporter une réponse collective, efficiente à la situation d'une personne.

Ces cellules ne répondent pas aux situations d'urgences.

Le fait de travailler en réseau avec la personne elle-même lorsque c'est possible, permet souvent d'inventer collectivement des réponses inédites.

Modalités d'intervention

Une charte éthique et de fonctionnement est établie qui permet de définir le traitement des situations, il est nécessaire d'en avoir connaissance et de la respecter.

Une fiche de saisine complétée par le demandeur est envoyée à l'animateur de la cellule, un travail préparatoire est fait en amont de la réunion par l'animateur et les membres permanents.

L'ensemble des personnes concernées par la situation sont sollicitées pour participer.

Suite à la réunion une fiche de préconisations est donnée au demandeur qui est chargé de la mise en œuvre des préconisations et de faire un retour de suivi de la situation auprès de l'animateur de la cellule.

Partenaires

Voici quelques exemples de membres permanents de ce type de cellule, le choix des membres de ces cellules est validé par le comité de pilotage de chaque CLSM :

- ✓ Les élus à la Santé ou au Social et/ou chef de service santé, salubrité
- ✓ Les Centres Médico psychologique (CMP) de la psychiatrie publique
- ✓ Les Forces de l'ordre
- ✓ Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)
- ✓ Les Centres Médico Sociaux (CMS) du Conseil Départemental du Lot et Garonne
- ✓ Les Urgences des Centres Hospitaliers
- ✓ Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS 47)
- ✓ Le Conseil Départemental de Lot et Garonne de l'Ordre des Médecins
- ✓ Dispositif d'Appui et à la Coordination - Plateforme Territoriale d'Appui du Lot-et-Garonne - DAC-PTA47
- ✓ Les bailleurs sociaux
- ✓ Les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)

Missions

La Commission Partenariale Départementale de Lutte contre l'Habitat Indigne 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 Lot-et-Garonne.

La CDPLHI a pour objectif de repérer et de traiter les situations d'habitat indigne et de mal logements issus de signalements des occupants (essentiellement des locataires). Dans ce cadre, elle favorise les travaux, soit par des démarches incitatives, soit par des démarches coercitives, afin d'améliorer les conditions de vie des occupants.

Les partenaires financeurs de l'action sont l'Etat, l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil départemental, la Caf et la MSA. D'autres partenaires institutionnels qualifiés pour leurs compétences juridiques techniques ou sociales, assistent à la Commission : l'ADIL, le Service Communal d'Hygiène et de Santé d'Agen, les communes de Villeneuve/Lot, Marmande, Tonneins et Aiguillon, la DDCSSPP.

Modalités d'intervention

La CDPLHI est un guichet unique ou point de centralisation des signalements pour les communes du département (hors Agen).

Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction départementale des Territoires pour l'instruction des saisines et la décision de commande d'un constat technique d'habitabilité (dans le cadre d'un marché ; l'opérateur actuel est Soliha).

Les dossiers sont examinés en réunion plénière de la commission à une fréquence mensuelle. La commission décide de l'orientation à donner aux dossiers et des courriers sont adressés aux propriétaires pour leur rappeler leurs obligations dans le cadre de la non-décence.

Les dossiers qui relèvent de l'insalubrité et/ou de risques sont orientés vers l'ARS, qui initie des procédures coercitives (mises en demeure, arrêtés préfectoraux, travaux d'office si nécessaire).

Les services de la Caf et de la MSA sont impliqués dans le dispositif à travers le traitement des dossiers d'allocation logement dans le cadre de la non-décence.

Le lien est fait sur certaines situations avec la coordonnatrice FSL du CD 47 et les travailleurs sociaux des CMS.

L'ADIL apporte l'expertise juridique indispensable au traitement des dossiers tout en faisant le lien avec d'autres dispositifs.

Dans le cadre de ses missions, la commission peut être amenée à connaître des situations s'apparentant au Syndrome de Diogène, soit de la part des voisins, des communes ou même des propriétaires.

CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE PIVOT

Il existe 3 CMP Pivots sur le département du Lot et Garonne, en lien avec le découpage des 3 secteurs de psychiatrie Adules : Agen/Albret, Marmande/Tonneins, Villeneuve/Fumel. Des antennes locales existent, elles sont rattachées au CMP Pivot, afin de pouvoir couvrir l'ensemble du département.

Missions

Le CMP pivot est une unité de coordination et d'accueil au cœur de la cité. Lieu de soin public sectorisé et rattaché à l'EPSM (EPSM Etablissement Public de Santé Mentale), c'est le premier interlocuteur pluriprofessionnel de santé mentale mis à la disposition de la population.

L'équipe est composée de médecins psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants socio-éducatifs, secrétaires...

Le CMP organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile,

Il vise également à offrir des soins de santé primaires, écouter et/ou éviter toute hospitalisation non nécessaire et faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme.

Modalités d'interventions

Le CMP est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h. En dehors des heures d'ouverture, et si besoin les personnes sont orientées, vers les urgences, ou l'EPSM.

L'accueil de toute demande est réalisé par un IEAO (Infirmier d'Evaluation, d'Accueil, et d'Orientation) ; celui-ci a pour mission d'évaluer la situation et de l'orienter vers le professionnel et/ou le type de soin le plus indiqué.

Le suivi peut se faire sur le lieu du CMP, au domicile du patient, sur tout autre lieu adapté à la prise en charge, parfois en collaboration avec d'autres professionnels du territoire.

Régulièrement, les situations de soins sont évoquées collégalement en équipe pluriprofessionnelle.

Collégialité - expertise - prescription sont les maitres mots du process de prise en charge du CMP.

Partenaires

Tous les acteurs institutionnels, associatifs concernés par les questions de santé mentale. Médecins généralistes, psychologues et infirmiers libéraux, SAMU, SAVS, SAMSAH, CCAS, CSAPA, Conseil départemental, DAC-PTA, UNAFAM, GEM, Organismes tutélares, etc...

En Lot et Garonne, il existe 8 Centres Médico-Sociaux, 3 sur la Ville d'Agen, 1 à Fumel, 1 à Marmande, 1 à Nérac, 1 à Tonneins, 1 à Villeneuve sur Lot. Ils sont ouverts à tout public résidant sur territoire de la circonscription d'action sociale.

Missions

Les principales missions sont :

- ✓ Prévention et protection de l'enfance et de l'adulte en danger,
- ✓ Lutte contre les exclusions, informer les personnes sur leurs droits, instruction et ouverture de droits, prévenir et répondre aux difficultés liées au logement, à l'emploi, au budget,
- ✓ Promotion de la santé, protection Maternelle et Infantile, consultation des enfants de 0 à 6 ans. Bilans 3-4 ans dans les écoles, agréments des assistantes maternelle et mode de garde, vaccinations,
- ✓ Prise en compte de la dépendance, évaluer la dépendance des personnes âgées, des personnes handicapées, élaboration de plans d'aide

Modalités d'intervention

- ✓ Accueil, information orientation du public
- ✓ Evaluation sociale et médico-sociale, instruction et ouverture des droits
- ✓ Accompagnement socioéducatif
- ✓ Rendez-vous, permanences et consultations sur site et déconcentrées, visites à domicile
- ✓ Actions collectives

Partenaires

Tous les partenaires susceptibles de contribuer à la réalisation de nos missions. Les CMS sont en contact avec tous les autres organismes et partenaires associatifs, qui peuvent intervenir aussi bien dans le domaine de l'action sociale, de la santé, de l'éducatif ou encore de la protection judiciaire de l'enfance.

Quelques exemples : organismes de Protection Sociale, Education Nationale, Organismes de tutelle, Services de Soins, Associations, Mairies, CCAS, Centres Sociaux, Pôle Emploi, Mission Locale.

Missions

Les fonctions d'appui du DAC-PTA 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 : le DAC-PTA 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 : le DAC-PTA 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 suite à l'accord du patient.

Une visite à domicile peut être organisée avec la personne ayant interpellé le service afin d'évaluer la situation, sécuriser le parcours de santé et coordonner les aides et les soins.

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'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'une psychiatre, de deux infirmières et d'une psychologue.

L'équipe infirmière rencontre les publics précaires lors de permanences (et/ou rendez-vous) chez les structures partenaires (sociales ou médico-sociales) pour des entretiens d'accueil et d'évaluation. La suite à donner à ces rencontres est discutée en réunion d'équipe pluridisciplinaire.

L'équipe n'intervient que sur orientation des partenaires. L'EMPP possède un maillage partenarial étendu comprenant plusieurs types de structures :

- ✓ Les structures sociales d'accueil et d'hébergement (CHRS, 115...)
- ✓ Les structures d'aide à l'insertion par l'emploi (PLIE, Creuset, Pôle Emploi...)
- ✓ Les structures sociales et associatives (Restaurant du cœur, Secours Populaire...)
- ✓ Les structures en lien avec la prise en charge des migrants (CADA, HUDA...)

L'équipe n'intervient pas à domicile.

Modalités d'intervention

Evaluation de l'état de santé psychique.

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

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 du Lot-et-Garonne 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'observation 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.

Missions

Les missions principales :

- ✓ Rechercher la volonté et le consentement de la personne protégée
- ✓ Favoriser l'autonomie de la personne protégée
- ✓ Appliquer la loi et le mandat de protection qui lui est confié par le juge
- ✓ Veiller au maintien et à l'exercice des droits de la personne protégée
- ✓ Informer la personne protégée

Et selon le type de mesure :

- ✓ Assister ou représenter la personne protégée.
- ✓ Conseiller ou effectuer la gestion financière
- ✓ Participer à la coordination avec les divers intervenants

Le mandataire peut être donc chargé de conseiller, d'assister ou de représenter le majeur protégé dans tous ou certains actes de la vie quotidienne. Sa mission vise aussi bien à protéger la personne et les biens de cette dernière, voire uniquement l'une ou l'autre.

Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs est un professionnel chargé d'assurer des missions de protection (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) auprès de personnes en incapacité de pourvoir seules à leurs intérêts.

Agissant sur demande du juge des contentieux de la protection, et lorsque la famille du majeur protégé est défaillante, il peut aider une personne temporairement fragilisée en la conseillant et en effectuant un contrôle de ses dépenses. Lorsqu'une mesure est prononcée sur un adulte en grande difficulté (curatelle), il l'assiste dans la plupart des actes de la vie civile et supervise son compte bancaire. Si un adulte n'est plus en mesure d'agir seul en raison de sa dépendance (tutelle), il devient son représentant dans tous les actes de la vie.

Son intervention vise, autant que possible, à accompagner le protégé jusqu'à son autonomie. Pour cela, il développe une écoute attentive et laisse le majeur prendre des initiatives. Il assure le relais avec les nombreux partenaires qui interviennent dans la vie du protégé : assistant de service social, médecin, psychiatre, banquier... Mais il est aussi souvent le seul lien avec l'extérieur de personnes très marginalisées et veille à ce titre à prévenir la mise en place de mesures par les bailleurs ou les fournisseurs d'énergie.

Le mandataire exerce son activité soit dans une association mandataire, soit en indépendant en qualité de « mandataire judiciaire aux majeurs protégés », soit encore en tant que « préposé à la tutelle » dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers. Quelle que soit sa situation, il est tenu de présenter ses comptes au juge chaque année.

Le mandataire peut être chargé de conseiller, d'assister ou de représenter le majeur protégé dans tous ou certains actes de la vie quotidienne. Sa mission vise aussi bien à protéger la personne et les biens de cette dernière, voire uniquement l'une ou l'autre.

Quel que soit le type de mesure de protection (sauvegarde, curatelle simple, curatelle renforcée, tutelle), l'action du mandataire est guidée par de grands principes définis dans le code civil.

Le principe défini par la loi :

- ✓ La personne protégée prend seule les décisions concernant sa vie personnelle.
- ✓ Elle est libre de ses déplacements, de ses choix.
- ✓ La personne protégée est libre de ses fréquentations (amicales, amoureuses, familiales).
- ✓ La personne choisit son lieu de vie.
- ✓ La mesure de protection s'arrête au décès de la personne.

Son application pratique :

Tout mandataire afin d'exercer son exercice doit avoir le CNC (certificat national de compétences) afin de :

- ✓ Maîtriser les spécificités juridiques applicables aux majeurs protégés
- ✓ Savoir mettre en œuvre une gestion administrative, budgétaire, fiscale et patrimoniale
- ✓ Être efficace et s'adapter aux intérêts et aux besoins de la personne protégée dans le respect de ses droits
- ✓ Connaître et comprendre les capacités d'autonomie de la personne protégée
- ✓ Savoir inscrire l'intervention du mandataire judiciaire dans une approche globale de la personne et de son environnement (familial, social, culturel)
- ✓ Acquérir une culture et un savoir-faire professionnels
- ✓ Maîtriser les fondements de l'intervention tutélaire, notamment éthique et déontologique.

Modalités d'interventions

Auprès des personnes protégées :

- ✓ La visite à domicile
- ✓ Les permanences téléphoniques
- ✓ L'accueil sur site

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).

ANNEXES

Adresses utiles

✓ **ADIL**

Adresse : 6 Bis Boulevard Scaliger 47000 Agen

Téléphone : 05.53.67.93.65

Mail : adil-47@live.fr

✓ **Bailleurs sociaux**

Agen Habitat

Adresse : 3 rue Raymond 47000 Agen

Téléphone : 05 53 47 22 47

DOMOFRANCE Lot-et-Garonne

Adresse : 12 B rue Diderot - 47000 Agen

Téléphone : 05 53 77 50 60

Habitualys :

Adresses : siège social 36 boulevard Scaliger 47000 Agen

Agences : 1080 avenue du Midi 47000 Agen ; 1 boulevard du Dr Fourcade 47200 Marmande

Téléphone : 05 53 77 05 79 (Agen) et 05 53 20 18 12 (Marmande)

Erilia :

Adresse : 6 rue Xavier Darasse - Les Anthémis - 31500 Toulouse

Téléphone : 05 61 80 81 98

Clairsienne :

Adresse : 223 avenue Emile Counord 33081 Bordeaux Cedex

Téléphone : 05 56 292 292

✓ **CDPLHI = Cellule Départementale Partenariale Lutte contre l'Habitat Indigne**

Direction Départementale des Territoires

Adresse : 1722 avenue de Colmar 47916 AGEN CEDEC 9

Téléphone : 05 53 69 32 44 - 05 53 69 33 24 - 05 53 69 32 42

Mail : ddt-pole-lhi@lot-et-garonne.gouv.fr

✓ **CLSM (Cellule de situations complexes) Val de Garonne Agglomération**

Adresse : CH La Candélie

Route de la Candélie 47480 PONT-DU-CASSE

✓ **CLSM (Cellule de situations complexes) Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuvois**

Adresse : CH La Candélie

Route de la Candélie 47480 PONT-DU-CASSE

Téléphone : 06 81 52 42 63

Mail : michele.leick@ch-candelie.fr

✓ **CLSM (Cellule de situations complexes) d'Agen**

Adresse : CH La Candélie

Route de la Candélie 47480 PONT-DU-CASSE

Téléphone : 06 38 11 57 33

Mail : isabelle.berdinelle@ch-candelie.fr

✓ **CMP (Centre Médico Psychologique) du Trec**

Adresse : 35, rue Charles de Gaulle 47200 Marmande

Téléphone : 05 53 77 85 10

Mail : secretariat.trec@ch-candelie.fr

✓ **CMP (Centre Médico Psychologique) Bias**

Adresse : 1095 route de Carabelle 47300 Bias
Téléphone : 05 53 77 85 65
Mail : infirmiers.cmp-capel@ch-candelie.fr

✓ **CMP (Centre Médico Psychologique) Antonin Artaud**

Adresse : 70 avenue d'Italie 47000 AGEN
Téléphone : 05 53 77 85 50
Mail : cmpagen@ch-candelie.fr

✓ **EMGP (Equipe Mobile Géronto-Psychiatrie)**

Adresse : Centre Hospitalier Départemental du Lot-et-Garonne "La Candélie", 47916 Agen Cedex 09.
Téléphone : 05 53 77 85 85
Mail : emgp@ch-candelie.fr

✓ **EMOG (Equipe Mobile d'Orientation Gériatrique)**

- Centre Hospitalier InterCommunal Marmande-Tonneins (CHICMT)

Adresse : 76, rue du Dr Courret 47200 Marmande
Téléphone : 05 53 20 30 40
Mail : secretariat.emog@chicmt.fr

- Centre Hospitalier Agen -Nérac

Adresse : Route de Villeneuve, 47923 AGEN Cedex 9
Téléphone : 05 53 69 71 25
Mail : secretariatemog@ch-agen-nerac.fr

- Pôle de Santé du Villeneuvois

Adresse : Cs 50319, Route de Fumel, Brignol Romas, 47300 Villeneuve-sur-Lot
Téléphone : 05 53 72 26 66
Mail : daouia.ouargli@psv47.fr

✓ **SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé d'Agen)**

Adresse : Maire d'Agen- Place du Docteur Esquirol 47000 AGEN
Téléphone : 05 53 69 47 39
Mail : hygiene.erp@agglo-agen.fr

✓ **Bureau Hygiène de Villeneuve-sur-Lot :**

Adresse : Pôle Urbanisme et Habitat, Haras National, Place des droits de l'Homme 47300 VILLENEUVE-SUR-LOT
Téléphone : 05 53 49 66 80
Mail : urbanisme@grand-villeneuvois.fr

✓ *Dispositif d'Appui et à la Coordination - Plateforme Territoriale d'Appui du Lot-et-Garonne - DAC-PTA47*

Numéro unique : 0809 109 109

Mail : contact@pta47.fr

- **Secteur Agen-Nérac**
Adresse : 98 Avenue Robert Schuman - 47000 AGEN
- **Secteur Villeneuve-Fumel**
Adresse : Espace de Santé des Haras - Place des Droits de l'Homme - 47300 VILLENEUVE SUR LOT
- **Secteur Marmande-Tonneins**
Adresse : 4 Place Birac - 47200 MARMANDE

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.
- [Incurie dans l'habitat, évaluation clinique, partenariats, mode d'intervention. Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERESAMDARRA.](#) 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 20ème » 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.

Typologie des syndromes de Diogène

Tableau 1. Typologie des syndromes de Diogène (n=115)

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

Jean-Claude MONTFORT 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.

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, ...)

Syndrome REFUS déconcertants

Sub-syndromes (items): Embarras et Culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition
 Risque = Attitude inappropriée (Stimuler, Passer en force)
 Chance = Attitude appropriée (Comprendre, tolérer, ...)

CHERCHER UNE CAUSE

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

Urgences médicales ou chirurgicales ou d'autres causes

Violence

Refus

Paroles

Actes

Do	Indifférence / Intérêt	Ennui / Ennui	Empathie / Antipathie	Sédation / Répulsion
Ré	Crainte, Peur / Sécurité	Inquiétude, Anxiété	Tension / Calme	Tension / Calme
M	Tristesse / Guêta	Plaisir / Déplaisir	Agréable / Désagréable	Satisfaction / Déception
Fa	Espoir / Désespoir	Honte / Fièvre	Culpabilité / Tranquillité sérénité	à L'aise
Sci	Méfiance / Confiance	ami anti / Etrangeté	Embaras	
La	Coïre, Agacement, Irritation / Apaisement	Sollicité, de / Insensibilité	Affecton / Mépris	
Si	Compassion, Pitié, Solidarité / Ne	Impulsance-Désarroi / Aptitude		

Les patients nous marchent sur le dos

Clavier émotionnel du soignant

réponse émotionnelle

CHERCHER UNE CAUSE

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

Effets secondaires iatrogènes ou d'autres causes

Syndrome PAROLES déconcertantes

Sub-syndromes (items): Inquiétudes répétées, Anxiété anticipatoire
 Risque = Attitude inappropriée (Répondre : « Ah, stop, taisez-vous ! » ça suffit !)
 Chance = Attitude appropriée (Comprendre, tolérer, ...)

Syndrome ACTES déconcertants

Sub-syndromes (items): Inquiétudes répétées, Anxiété anticipatoire
 Risque = Attitude inappropriée (S'opposer : « Ah, stop, arrêtez ça ! » ça suffit !)
 Chance = Attitude appropriée (Comprendre, tolérer, ...)

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

Trouble de l'attachement
Glischroïdie
ou d'autres causes

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

CHERCHER UNE CAUSE

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

Régression
Archaïque
ou d'autres causes

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 encrer 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, 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 grabatation)	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'anxiété	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
Etales 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 GENTALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Aggression 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Syndrome des violences déconcertantes	Syndrome des refus déconcertants	Syndrome des paroles déconcertantes	Syndrome des actes déconcertants	
crainte, peur	embarras, culpabilité	inquiétudes répétées	anxiété anticipatoire	Epuisement émotionnel

Auteur correspondant: Jean-Claude Monfort - jcm@a.far.fr
 2018. Prix Spécial du Jury SF3PA (Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la P. Agée)
 2019. Prix Coup de cœur SF TelMed (Société Française de Télé-médecine) et FormaticSanté

Site de téléchargement www.psychoge.fr L'échelle EPADE © est protégée par un Copyright

Fiche R.O.L PDLHI 47

FICHE D'EVALUATION DE L'ETAT DE VOTRE LOGEMENT

NOM Prénom :
Adresse du Logement :
(préciser, étage et porte)

N° de Tél :
(important afin de pouvoir vous joindre)

Nombre d'adultes :
Nombre d'enfants :

Surface du logement :
Nombre de chambres :

Maison individuelle :
Logement collectif :

Date de construction :
Date d'entrée dans le logement :

Montant du loyer :

Êtes-vous bénéficiaire d'une allocation logement : Oui Non
Si oui, CAF MSA N° allocataire :

NOM Prénom de votre propriétaire ou de l'Agence Immobilière :

Adresse : **N° de Tél :**

Si vous êtes propriétaire occupant , cochez la case ci-contre

Toiture étanche : Oui Non

Murs en bon état : Oui Non

Plafonds en bon état : Oui Non

Planchers en bon état : Oui Non

Escaliers et garde-corps en état : Oui Non

Revêtements et peintures en bon état : Oui Non

Installation de gaz en état : Oui Non

Installation électrique en état : Oui Non

Bonne desserte en eau potable : Oui Non

Par réseau public : Oui Non Par puits ou source privé : Oui Non

Evacuation des eaux usées : Bonne Mauvaise
Existe-t-il un système d'assainissement : Oui Non

Eclairage naturel dans toutes les pièces de vie par fenêtre : Oui Non

Présence d'humidité dans le logement :
- traces de moisissures : Oui Non de condensation : Oui Non
- infiltrations : Oui Non - ventilation : Oui Non
- présence d'animaux nuisibles (cafards, blattes, termites,...) : Oui Non

RAPPEL

Sauf cas exceptionnel (logement ayant fait l'objet d'un arrêté municipal de péril ou préfectoral d'insalubrité), **le locataire ne doit pas cesser de payer tout ou partie de son loyer sous prétexte que le propriétaire ne respecte pas ses obligations.**

• Le Logement décent : une obligation.

Tout logement doit être loué décent, c'est-à-dire ne laissant pas apparaître de risques manifestes pouvant porter atteinte à la sécurité physique et à la santé et doté des éléments le rendant conforme à l'usage d'habitation.

Cette obligation est fixée au décret du 30 janvier 2002 du Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement. Elle s'applique aux locations en cours ou à venir, de logements loués vides ou meublés, à titre de résidence principale.

Si un logement ne satisfait pas aux conditions de décence, le locataire peut demander, à tout moment, sa mise en conformité sans que cela remette en cause la validité du bail en cours.

• Caractéristiques d'un logement décent :

- x **Sécurité** : Le gros oeuvre et ses accès sont en bon état d'entretien et de solidité. Les dispositifs de retenue des personnes tels que garde-corps des fenêtres, escaliers, loggias et balcons sont dans un état conforme à leur usage.
- x **Protection contre l'humidité** : Le logement assure le clos et le couvert notamment en protégeant les locaux contre les eaux de ruissellement et les remontées d'eau. Les menuiseries extérieures et la couverture avec ses raccords et accessoires assurent la protection contre les infiltrations d'eau dans l'habitation.
- x **Matériaux et équipement** : La nature et l'état de conservation et d'entretien des matériaux de construction, des canalisations et de revêtement du logement ne présentent pas de risques manifestes pour la santé et la sécurité physique des locataires.
- x **Électricité - gaz** : Les réseaux et branchement d'électricité répondent aux normes de sécurité et règlements et sont en bon état d'usage et de fonctionnement. Leurs caractéristiques permettent le fonctionnement des appareils ménagers courants indispensables à la vie quotidienne.
- x **Chauffage - eau chaude** : Les équipements de chauffage et de production d'eau chaude sont conformes aux normes de sécurité définies par les lois et règlements et sont en bon état d'usage et de fonctionnement. Le chauffage normal des locaux est assuré par une installation munie des dispositifs d'alimentation en énergie et d'évacuation des produits de combustion et adaptée aux caractéristiques du logement.
- x **Aération** : Les dispositifs d'ouverture et de ventilation permettent un renouvellement de l'air adapté aux besoins d'une occupation normale du logement et au fonctionnement des équipements.
- x **Surface et volumes** : Le logement doit disposer d'au moins d'une pièce principale ayant soit au moins une surface habitable au moins égale à 9 m² et une hauteur sous plafond au moins égale à 2,20 m., soit un volume habitable au moins égal à 20 m³.
- x **Éclairage et éclairage** : Les pièces principales bénéficient d'un éclairage naturel suffisant et d'un ouvrant donnant à l'air libre ou sur un volume vitré donnant à l'air libre. En outre, d'une manière générale, un éclairage suffisant de toutes les pièces et des accès doit être assuré aux fins de la pratique des activités indispensables à la vie quotidienne.
- x **Desserte en eau** : L'installation d'alimentation en eau potable assure à l'intérieur du logement une pression et un débit suffisants pour une utilisation normale.
- x **Cuisine** : la cuisine ou le coin cuisine est aménagé de manière à recevoir un appareil de cuisson et comprend un évier raccordé à une installation d'alimentation en eau chaude et froide et à une installation des eaux usées.

- * **Sanitaires** : L'installation sanitaire intérieure au logement comprend un WC, séparé de la cuisine et de la pièce où sont pris les repas, et un équipement pour la toilette corporelle, comprenant une baignoire ou une douche, aménagé de manière à garantir l'intimité personnelle, alimenté en eau chaude.
- * **Assainissement** : Les installations d'évacuation des eaux ménagères et des eaux-vannes empêchent le reflux des odeurs et des effluents et sont munies de siphons.

♦ **Les réparations : des devoirs partagés.**

Un logement doit être mis en location en bon état d'usage et de réparation et les équipements mentionnés au bail en bon état de fonctionnement.

Toutefois, durant la durée du bail, un logement peut faire l'objet de réparations, qui selon leur nature et leur importance, sont à la charge soit du propriétaire, soit du locataire.

Les réparations importantes incombent au propriétaire, ainsi que celles qui sont dues à un usage normal, à un vice de construction ou à un cas de force majeure. Le locataire effectue les menues réparations et celle d'entretien courant ; il participe aux charges. La liste des réparations locatives est fixée au décret du 26 août 1987.

→ **Exemples de réparations.**

(Locataire : L / Propriétaire : P)

- > **Installations électriques** :
 - L : Remplacements des interrupteurs, prises de courant.
 - P : Réfection complète de l'installation électrique ; mise aux normes de sécurité.
- > **Chaudière / Chauffage** :
 - L : Réglage des brûleurs, remplacement des petites pièces, ramonage.
 - P : Remplacement des grosses pièces (ballon d'eau chaude, thermostat, brûleurs, radiateurs...).
- > **Plomberie** :
 - L : Dégorgement des canalisations ; remplacement des petites pièces (joints...)
 - P : Remplacement de robinets, siphons, canalisations et autres équipement hors d'usage.
- > **Sanitaires** :
 - L : Remplacement des flotteurs et des joints cloches des chasses d'eau, des flexibles de douche ; nettoyage des dépôts de calcaire.
 - P : Remplacement, détartrage des canalisations.
- > **Installation de gaz** :
 - L : Remplacement des tuyaux souples de raccordement.
 - P : Réfection complète de l'installation : mise aux normes de sécurité.
- > **Stores, volets** :
 - L : Remplacement des cordons, poulies ou des quelques lames de stores.
 - P : Remplacement des stores et volets.
- > **Murs et sols intérieurs** :
 - L : maintien en état de propreté : petits raccords, remplacement de quelques carreaux, rebouchage des trous.
 - P : Réfection complète des tapisseries, carrelages, parquets, peintures.
- > **Portes et fenêtres** :
 - L : Menues réparations des poignées, révision des mastics ; remplacement des vitres cassées.
 - P : Remplacement ; Travaux d'étanchéité.

SECRETARIAT DE LUTTE CONTRE L' HABITAT INDIGNE
 DIRECTION DEPARTEMENTALE DES TERRITOIRES
 1722 AVENUE DE COLMAR
 47916 AGEN CEDEX 9



Grille de repérage d'un syndrome de Diogène

Date d'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 :

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

Critères secondaires :

Rapport à l'environnement

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

Rapport aux autres

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

Rapport à soi, à son propre corps

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

Commentaires :

EVALUATION DES RISQUES

Risques pour la personne

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

Risques liés à l'environnement

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

Commentaires :

*Inspirée de la grille « Evaluation des risques et des nuisances des situations de type Diogène ».
J-C MONFORT et Col. CHSA - Paris Descartes/CLIC Paris Emeraude Ouest - 8 mars 2012.*

Procédure gestion de risque



MAIRE, EPCI, ARS, Préfet, CAF...

PARTENAIRES POUR UN HABITAT SAIN

maire

Le maire est souvent le premier alerté lorsqu'un administré rencontre des problèmes dans son logement ou des difficultés avec son propriétaire.

Les tentatives de règlement à l'amiable sont évidemment à privilégier.

Dans les situations conflictuelles, le maire dispose de pouvoirs de police générale pour agir : il est tenu de faire appliquer le règlement sanitaire départemental (RSD) ; cela constitue souvent la réponse la plus adaptée.

Pour les situations les plus graves, d'autres procédures existent.



habitat indigne

"Constituent un habitat indigne, les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé"

Article 63 de la loi MOLLE du 29 mars 2009 (Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion).

Selon la nature et l'importance des désordres, plusieurs situations sont possibles, et les personnes compétentes pour agir ne sont pas les mêmes :

1/ Désordres qui ne présentent pas de danger majeur pour la santé ou la sécurité

Non respect des règles de décence : ces litiges doivent être réglés entre le bailleur et le locataire. A défaut d'accord amiable, les parties peuvent saisir la Commission départementale de conciliation ou/puis le juge d'instance. La CAF/MSA peut procéder à un diagnostic et suspendre les aides au logement

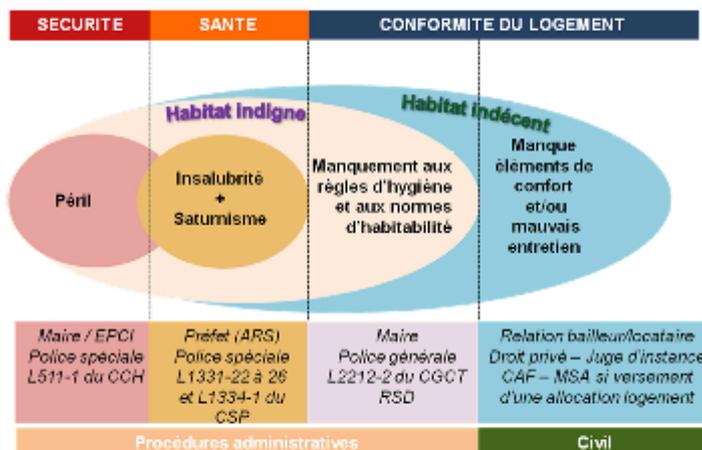
Non respect des règles d'hygiène : Le maire est chargé de l'application du règlement sanitaire départemental (RSD) et peut mettre en demeure le propriétaire de faire les travaux nécessaires.

2/ Désordres qui présentent un danger grave pour la santé ou la sécurité

Risques pour la santé : logements insalubres ou logements occupés par des enfants avec peintures au plomb dégradées. Sur la base d'un rapport de l'Agence régionale de santé (ARS), le Préfet prend un arrêté préfectoral interdisant l'habitation de manière temporaire (jusqu'à la réalisation des travaux) ou définitive.

Risque pour la sécurité / Péri : immeuble menaçant ruine. Par arrêté, le maire (ou le président de l'EPCI) met en demeure le propriétaire de procéder aux travaux nécessaires pour mettre fin au péril ou à de rapides travaux provisoires si le péril est imminent.

Attention ! Un logement indigne (pour péril, insalubrité ou non respect des règles d'hygiène) est par définition non décent. Une procédure civile pour non décence peut donc toujours être engagée parallèlement à une procédure administrative.



Détails des principales procédures

SITUATION / TEXTES	DESCRIPTION	INTERVENTION
<p>Non décence</p> <p>Loi du 6 juillet 1989 définissant les rapports locatifs : "le bailleur est tenu de remettre au locataire un logement décent". Décret n°2002-120 du 30/01/2002 : caractéristiques minimales d'un logement décent</p>	<p>Non respect des critères du décret décence. Par exemple : absence d'installation de chauffage, d'alimentation en eau potable, d'évacuation des eaux usées, de cuisine, d'installation sanitaire à l'intérieur du logement, d'installation électrique aux normes de sécurité...</p>	<p>Le locataire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ demande à son propriétaire de mettre en conformité son logement (lettre recommandé LFRAR) 2/ En l'absence d'action du propriétaire dans un délai de 2 mois, le locataire peut saisir la commission départementale de conciliation, ou/puis le tribunal d'instance de son lieu de domicile <p>S'il bénéficie d'une aide au logement, il peut saisir la CAF ou la MSA (selon affiliation), qui fait intervenir un opérateur pour le contrôle du logement ; si le logement est indécent, les allocations logements sont consignées jusqu'à réalisation des travaux.</p>
<p>Manquements au Règlement Sanitaire Départemental</p> <p>Articles L.2212-2 du Code général des collectivités territoriales et L.1421-4 du Code de la santé publique</p>	<p>Logement présentant quelques désordres sources de gênes et de nuisances pour les occupants : ventilation absente ou défectueuse, problèmes d'humidité, moisissures, insuffisance du chauffage, installation électriques défectueuses, dégradations résultant d'un manque d'entretien, présence de nuisibles...</p>	<p>Le maire procède à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ une visite du logement 2/ une médiation avec le propriétaire et/ou le locataire 3/ un courrier de demande de remédier aux désordres constatés 4/ un courrier de mise en demeure d'effectuer les travaux nécessaires dans un délai imposé 5/ un arrêté municipal imposant les travaux nécessaires dans un délai imposé 6/ un procès verbal d'infraction au règlement sanitaire départemental
<p>Péril ou immeuble menaçant ruine</p> <p>Articles L.511-1 du Code de la construction et de l'habitation</p>	<p>Logement/immeuble présentant un danger réel et actuel pour la sécurité des occupants ou des riverains : plancher affaissé, poutres pourries, murs fissurés, souche de cheminée menaçant de tomber... (atteinte à la solidité de l'édifice)</p>	<p>Péril ordinaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Le maire (ou le président de l'EPCI), par lettre recommandée, informe le propriétaire des risques constatés (preuves à l'appui) et l'invite à formuler ses observations dans un délai d'un mois (2 mois pour les copropriétés) 2/ Médiation avec le propriétaire 3/ Si la médiation n'aboutit pas, un arrêté municipal (ou intercommunal) de péril ordinaire met en demeure le propriétaire de procéder aux travaux pour mettre fin au péril dans un délai imposé, assorti ou non d'une interdiction d'habiter et/ou d'utiliser les lieux. 4/ Si les travaux ne sont pas exécutés, après mise en demeure assortie d'un nouveau délai, le maire (ou le président de l'EPCI) pourra les faire réaliser d'office. <p>Péril imminent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Le maire (ou le président de l'EPCI) adresse un courrier d'avertissement au propriétaire et, dans le même temps, saisit le tribunal administratif pour que soit nommé un expert 2/ Dans les 24h suivant sa nomination, l'expert examine le bâtiment et adresse son rapport au maire 3/ Si péril imminent, un arrêté municipal (ou intercommunal) met en demeure le propriétaire de procéder aux travaux provisoires pour mettre fin au péril dans un délai imposé 4/ Si les travaux ne sont pas exécutés, le maire (ou président de l'EPCI) les fait réaliser d'office. Si les travaux mettent fin à l'imminence du péril mais pas au péril lui-même, engagement d'une procédure de péril ordinaire.
<p>Habitat insalubre</p> <p>Articles L1331-26 et suivants du Code de la santé publique Article L1331-22 du Code de la santé publique pour les logements impropres par nature à l'habitation (cave, cabanes de jardin, logement dépourvues d'ouvertures sur l'extérieur...)</p>	<p>Le logement présente un danger grave pour la santé des occupants ou des voisins : cumul de désordres, désordres majeurs</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Le maire rédige un rapport avec ses constats et ses éventuelles premières actions, et le transmet à l'ARS 2/ L'ARS instruit la procédure : visite, rapport, présentation devant le Conseil Départemental de l'Environnement et des Risques Sanitaires et Technologiques (CoDERST), prise d'un arrêté préfectoral précisant la possibilité de remédier ou non à l'insalubrité, la nature des travaux à réaliser et le délai pour les faire, les mesures de protection des occupants, levée de l'arrêté d'insalubrité si les travaux sont réalisés 3/ Si les travaux ne sont pas exécutés, le maire ou, à défaut, le préfet-DDT peut les faire réaliser d'office
<p>Danger imminent pour la santé</p> <p>Article L.1311-4 du Code de la santé publique</p>	<p>Par exemple : risque d'intoxication au monoxyde de carbone ; installation électrique qui présente un grave danger d'électrocution ; absence d'eau potable ; accumulation massive de déchets dans le logement, notamment putrescibles</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Le maire visite le logement et transmet son rapport à l'ARS 2/ L'ARS rédige l'arrêté préfectoral mettant en demeure la personne responsable d'exécuter les mesures de mise en sécurité dans un délai fixé 3/ Le maire vérifie que les travaux sont réalisés, sinon ordonne leur exécution d'office (avance des frais par la commune puis recouvrement)

Pour en savoir plus, et avoir accès à des documents type, vous pouvez consulter le site Internet de l'Agence régionale de Santé à l'adresse : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/habitat-indigne-habitat-insalubre>

Vous pouvez aussi inscrire vos agents aux formations du CNFPT dédiées à la Lutte contre l'Habitat Indigne.

Juillet 2017

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. (...) ».

- 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... ».

- 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»

- 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

Nous remercions les relecteurs volontaires ayant contribué à la finalisation du guide.

Membres du groupe de travail

Isabelle BERDINELLE
Coordonnateur CLSM Agen
CHD La Candélie

Laure BOURLANGE
Pilote
DAC-PTA 47

Céline BOUSSIÉ
Adjointe au Maire
Ville de Tonneins

Estelle GUATTA
Travailleur social
CCAS Le Passage d'Agen

Isabelle LAFFARGUE
Chef de service MJPM
APTIM

Michèle LEICK
Coordonnateur CLSM CAGV
CHD La Candélie

Annie MALARD
Responsable environnement
Ville de Tonneins

Christine POUX
Responsable service social
CHICMT

Laure MAZZONETTO
Technicienne SCHS
Service Santé, Hygiène
et Salubrité
Direction de la Solidarité

Karine OLIVIER
Coordonnatrice de Parcours
DAC-PTA 47

Laurence TERRIERE
Pilote
DAC-PTA 47

Alain MARTIN
Coordonnateur CLSM VGA
CHD La Candélie

Amandine PEROLARI
Conseillère en Economie Sociale et Familiale
ADIL 47

Florence VERGNAC
Commission de Lutte contre l'Habitat Indigne
Direction Départementale des Territoires