



MAISON DE LA CHIMIE

Paris 7<sup>ème</sup>

Jeudi 8 Mars 2012

## LES PERSONNES VIVANT COMME DIOGÈNE COMPRENDRE ET ACCOMPAGNER

### RESUMÉS DES COMMUNICATIONS

COLLOQUE ORGANISÉ PAR :



**Dr Jean-Claude MONFORT**  
Psychogériatre  
CH Sainte-Anne, Paris



**Isabelle PÉAN**  
Responsable adjoint  
CLIC - Paris Émeraude Ouest

Sous la direction de:



Catherine MONFORT  
Directrice Fondatrice de l'AFAR

PARTENAIRES MÉDIAS :



**santé mentale**  
Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

**h<sup>d</sup>f**  
heures de france

## **OUVERTURE, 1<sup>ère</sup> PARTIE**

**Isabelle PÉAN, responsable adjoint, CLIC – Paris Émeraude Ouest**



**Dr Jean-Claude MONFORT, psychogériatre, CH Sainte-Anne, Paris**

Nous formons un binôme médico-social depuis une dizaine d'années centré sur les situations des personnes âgées vulnérables.

Parmi elles nous avons rencontré Suzanne A, Germaine B, Fernand C, Victor D, Louis E, Honorine F, Albert G, Lucette H, Annabelle I, Léon J, ...

Aucune de ces personnes ne ressemblait à l'autre, mais elles avaient en commun quelque chose qui nous a mis dans l'obligation de réfléchir.

Ce quelque chose est universel et a été nommé différemment selon les époques et les pays : mendians thésauriseurs, social breakdown, négligence de soi, et bien sûr syndrome de Diogène...

Pour mieux comprendre ces personnes vivant comme Diogène nous avons fait appel à des collaborations en particulier madame le Docteur Laurence Hugonot Diener, madame le Docteur Catherine Wong, Monsieur Emmanuel Devouche à la fois psychologue et statisticien.

Les études que nous avons menées sur le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale ont été soutenues et financées par le département de Paris, le bureau des actions en direction des personnes âgées qui pilote le dispositif des CLIC de Paris, « les Points Paris Emeraude ».

Le premier objectif de ces études était de valider une définition du syndrome de Diogène afin de pouvoir établir sa fréquence dans la population mais aussi d'approfondir la compréhension des situations avec le souhait de dégager des pistes et des outils pour faciliter des accompagnements qui restent difficiles.

## **OUVERTURE, 2<sup>ème</sup> PARTIE**



### **Annick BENOIST, Reporter à l'Agence France Presse**

À côté de sa contribution aux pages santé de plusieurs magazines, elle est depuis 30 ans journaliste à l'Agence France Presse en charge de la rubrique religions, une fonction directement issue de son poste précédent où elle a lancé un service magazine texte-photo-vidéo traitant des sciences humaines ou des problèmes de société, tels que les dérives sectaires, la psychiatrie de secteur, les maladies mentales, la précarité, le travail de nuit. Elle était auparavant correspondante de l'AFP aux Etats-Unis puis a couvert les nouvelles de France à destination de l'Étranger. Elle a été aussi responsable de la rubrique Culture-Arts-Plastiques-Patrimoine-Architecture.

### **L'ÉTUDE DES DIOGÈNE DANS LA PRESSE QUOTIDIENNE, D'ERNEST DUPRÉ EN 1913 JUSQU'AUX DÉPÈCHES DE L'AFP DES ANNÉES 2000.**

Pour la presse, un fait divers doublement innommable... jusqu'en 2009

Le syndrome de Diogène montre qu'il peut exister une réciprocité des apports entre la presse quotidienne et la presse médicale. Peu après 1900, une série de faits divers attirent l'attention d'un médecin, Ernest Dupré, qui les rassemble pour en faire un article médical intitulé « les mendiants thésauriseurs ».

Cette appellation restera méconnue des journalistes qui ne feront jamais le lien entre l'article de Dupré et de multiples faits divers dont l'un des plus célèbres est celui des frères Collyer, deux milliardaires découverts ensevelis en 1947 sous l'éboulis d'un incroyable entassement de papiers, de pièces de voiture et de chandeliers.

Il faudra attendre 1975 pour que ces situations décrites dans la presse quotidienne fassent l'objet d'un article médical publié dans le Lancet. L'auteur, Clark, un gériatre de Brighton, utilise le terme de syndrome de Diogène sans expliquer clairement qu'il a pensé à ce terme en raison d'une extrême saleté associée paradoxalement chez les cyniques grecs à une absence de tout sentiment de honte. Ce terme ne sera pas réutilisé par les journalistes qui ne verront pas l'existence d'un lien entre le dépouillement de Diogène de Sinope et les entasseurs de Brighton.

Il faudra attendre 2009 pour que le terme de « syndrome de Diogène » soit posé par l'AFP sur un nième fait divers, celui de la découverte du cadavre de Mauricette Petitjeannot, une octogénaire, morte au milieu de tonnes d'immondices. Le rattachement de cette situation à un « syndrome de Diogène » faisait suite à des entretiens antérieurs avec le Dr Monfort. Cette dépêche AFP, distribuée grâce à un système d'abonnements à toute la presse régionale et nationale a permis que l'affaire Mauricette Petitjeannot et par extension, celle des « Diogènes » et des « mendiants thésauriseurs » puissent enfin quitter la rubrique du fait divers sordide, pour celle de la psychologie sociale.

Même si nombre de situations ne sont pas encore identifiées, comme celle d'Asnières, « un arsenal découvert dans un appartement poubelle » ou celle de Roubaix, « il vivait dans 60 mètres cubes de déchets », l'étude des faits divers montre que désormais la plupart des situations de type Diogène sont nommées aujourd'hui comme telles : Diogène d'Agen de janvier 2012, Diogène de Puteaux de février 2012, ...

# **IDENTIFICATION ET DIVERSITÉ DES SITUATIONS**

**Modérateur :**



**Stéphane MANCHEMATIN, documentariste**

Il enseigne le cinéma à l'Université de Lorraine et écrit et réalise des documentaires de société pour la télévision et la radio. Il a notamment réalisé un documentaire pour France Culture intitulé "Au pays des Diogène".

*Un extrait de cette émission sera lancé au début de chaque partie du colloque.*

*L'intégralité de l'émission sera diffusée dans l'amphithéâtre pendant la pause déjeuner, à 12h puis à 13h.*

## **Le point de vue de Serge Tribolet par le Dr Jean-Claude Monfort : DIOGÈNE DE SINOPÉ ET L'ÉCOLE DES CYNIQUES**



L'histoire de Diogène de Sinope est connue partiellement grâce à des anecdotes souvent contradictoires et diffamatoires rapportées dans plusieurs biographies posthumes.

Diogène est né à Sinope en moins 413 avant JC. Il est décédé à Corinthe en 324 avant JC. Au cours de cette vie qui aura duré 86 ans, il a pu croiser Socrate, Platon, Aristote et enfin Alexandre le Grand. Socrate est resté connu comme un enseignant « instruisant la jeunesse », dangereux au point d'être condamné à prendre du poison. Platon est connu pour avoir disqualifié Diogène, l'accusant d'être encore plus dangereux que Socrate. Enfin à l'opposé de Diogène, Aristote restera celui qui a accepté de servir Alexandre.

L'Histoire de vie de Diogène est caractéristique des personnes qui ont vécu le passage du Paradis à l'Enfer dans la petite enfance (PPE dans la PE). Diogène est le fils d'un riche banquier de Sinope. Sa petite enfance a été probablement heureuse mais la découverte que son père falsifiait de la monnaie a entraîné la fuite de la famille et sa capture par des pirates. Diogène mène alors une vie d'esclave. Né au Paradis puis passé en Enfer, Diogène travaille pour acheter sa liberté et devient l'un des élèves d'Antisthène, le fondateur de la philosophie Cynique.

Etre Cynique ne consiste pas à vivre comme un chien mais à mordre avec les paroles.

La philosophie Cynique de l'antiquité Grecque est à l'opposé du cynisme contemporain. Si un Cynique d'aujourd'hui demande tout alors qu'il n'a besoin de rien, Diogène ne demande rien alors qu'il apparaît comme ayant besoin de tout.

Les Cyniques vivent en mettant en actes la philosophie qu'ils enseignent. Diogène va nommer la réalité et critiquer la société, pour cela il fait parfois passer l'amitié après la vérité. Il s'expose ainsi à des disqualifications comme celle de « Socrate fou ». Diogène renonce donc à la bonne réputation et à l'accès au pouvoir. Diogène renonce aussi à l'argent, il vit au quotidien dans la pauvreté et dans des conditions qui sont aujourd'hui en Inde celles de la caste des intouchables. Il vit dans une jarre cassée. Il a pour seul vêtement un manteau, un bâton pour marcher et se défendre, une besace pour contenir des objets limités à ce qu'il faut pour écrire ainsi qu'une écuelle pour boire et manger.

Le renoncement aux objets est illustré par un épisode au cours duquel, près d'une fontaine, il abandonne son écuelle après avoir constaté qu'un jeune homme n'en avait pas besoin pour boire avec ses deux mains.

Le renoncement à l'argent et au pouvoir est illustrée par l'anecdote qui le montre au pied d'Alexandre, l'empereur venu le visiter pour solliciter son aide et le prendre à son service : « ôtes-toi de mon soleil ».

La recherche de la part du divin qui est cachée dans chaque être humain est la dimension la plus méconnue de Diogène. Une anecdote rapporte un comportement qui le fait passer à tort pour un provocateur et un misanthrope. Il est décrit comme déambulant et errant dans les rues d'Athènes, en plein jour, une lanterne à la main, déclarant à ceux qui lui demandaient ce qu'il faisait : « Je cherche un homme » .

## **Dr Alain MERCUEL : DIOGÈNE À LA RUE**

Psychiatre,  
Équipe mobile psychiatrie-précarité, SMES, CH Sainte Anne



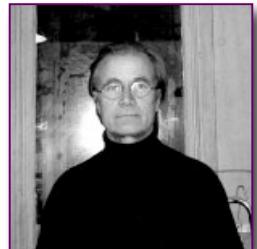
Le syndrome de Diogène s'est diogénisé. On y inclut tout ce qui nous arrange selon sa position, sa profession, son désir d'intervention par un tiers ou soi-même a fortiori en ce qui concerne les personnes vivant sans abri ou à la rue. Tous des Diogènes ? Certes non. Mais les Diogènes rencontrés à la rue semblent présenter certaines spécificités.

Entre misanthropie et honte, entre stratégie de survie et collectionnisme, seule la clinique et donc la rencontre permet de se frayer un espace entre assistance à personne en danger et respect du libre choix.

---

## **Daniel GRANDCLÉMENT: DIOGÈNE EN BATEAU**

Grand reporter et chroniqueur sur TF1, France Inter, RTL et Antenne 2. Il sera rédacteur en chef du Journal de 20 heures puis directeur adjoint de l'information sur TF1.  
Il est le réalisateur d'une centaine de documentaires et de grands reportages dont « Les martyrs du Golfe d'Aden ». Il est également écrivain, auteurs de trois ouvrages.



*Un voisin.*

Je me suis d'abord intéressé à un voisin. Il ne sortait pas de chez lui et se montrait quelquefois violent quand on frappait à sa porte. Un jour celle-ci est restée entrouverte et je l'ai vu immobile, inconscient sur son lit. Sur mon intervention il a été emmené dans un hôpital. Je suis ensuite passé le voir et nous sommes devenus amis. C'était donc un reclus. Il y en avait, m'a-t-on dit à l'hôpital, des dizaines, voire des centaines dans Paris.

*Une impasse.*

J'ai voulu en savoir plus sur eux et j'ai essayé d'en rencontrer quelques un. Sans succès. Les médecins, les familles, tous refusaient de communiquer quoi que ce soit à leur sujet. Beaucoup plus tard, j'ai entendu le reportage de Stéphane Manchematin sur France Culture. Il évoquait les Diogènes, qui semblent avoir un certain nombre de points communs avec les reclus. En m'aidant des informations contenues dans son sujet, j'ai pu contacter des médecins et notamment le docteur Monfort. Mais là encore, je n'ai pas réussi à pénétrer chez eux. L'habituelle barrière médicale, familiale et même municipale, puisque j'ai obtenu peu de choses de la ville de Paris, m'a empêché d'aller plus loin.

*Une personne vivant comme Diogène sur un bateau.*

Je me suis alors souvenu de navigateurs un peu particuliers que j'avais pu croiser dans les ports français. Plaisancier moi-même, mon bateau avait quelquefois été à couple de voiliers surchargés d'objets divers, de « poubelles » flottantes, nauséabondes et sales, reléguées le plus souvent dans les plus mauvais emplacements du port. J'ai donc essayé de retrouver certains de ces skippers un peu particuliers. J'ai pris une caméra, car je travaille souvent pour Thalassa, et ce sujet pouvait les intéresser. J'ai parcouru des dizaines de kilomètres de berges de canaux, d'autres dizaines de kilomètres de pontons et de quais de port et j'ai fini par rencontrer certains de ces Diogène et à m'en faire accepter. C'est l'un d'entre eux, un architecte italien, rencontré dans le port de Menton que je souhaite présenter pendant ce colloque.

## **Dr Ioana ATGER : DIOGÈNE ÉPHÉMÈRE DANS UNE CHAMBRE D'ÉTUDIANT, LES PACK RATS**

Pédopsychiatre, chef de service  
Clinique Dupré, Fondation Santé des Étudiants de France



Au fait, quel âge avait Diogène ? Graeme Halliday, dans son étude parue en 2000, retrouve 50% de sujets jeunes. Une chambre universitaire peut-elle ressembler à un tonneau de Diogène ?

Pour apporter des éléments de réponse nous présenterons le cas clinique d'une jeune femme ayant bénéficié de quatre années de prise en charge « soins - études » à la clinique Dupré, et qui s'est retrouvée au bord de l'expulsion de la Cité Universitaire. Elle a présenté pendant quelques mois une forme de syndrome de Diogène passif : elle s'est laissée envahir passivement par ses déchets, les accumulations transformant sa chambre en véritable "radeau de la méduse". À partir de son histoire, différentes théories étiopathogéniques de ce syndrome seront évoquées.

Lors de la rencontre avec les gérants de la résidence universitaire nous avons appris que des cas comme celui de notre patiente n'étaient pas rares parmi les étudiants pensionnaires habitant seuls pour la première fois et se retrouvant en situation d'isolement social et familial.

Ces cas de "Diogène éphémère" semblaient se résoudre de manière tout aussi surprenante que leur survenue!

Peut-on considérer alors que le syndrome de Diogène éphémère est une des manières de passer à l'âge adulte ? Cette question devrait permettre de rassurer des parents focalisés sur le risque de complications qui correspondent probablement à un tout petit nombre de situations.

## UN NOUVEAU REGARD



**Modérateur :**

**Dr Anne-Marie LEZY, gériatre, chef de service, Hôpital Corentin Celton,  
Issy-les-Moulineaux**

### **Dr Christine CHANIAUX-BUCALO : LES CRITÈRES OPÉRATIONNELS ET LES QUATORZE CATÉGORIES DE DIOGÈNE**

Gériatre

Hôpital Bretonneau, AP-HP

Le syndrome de Diogène proposé par Clark en 1975 a autant de définitions que d'auteurs. C'est cela qui a empêché jusqu'à aujourd'hui de comparer les résultats des différentes études menées sur ce syndrome. Les critères que nous présentons sont ceux proposés par Jean-Claude Monfort. Ils ont été utilisés dans une étude parue en 2010. Ils comportent un critère principal et trois critères secondaires.



Le critère principal est obligatoire, c'est le socle sans lequel il serait excessif d'utiliser le terme de syndrome de Diogène: « est Diogène la personne qui aux yeux d'un visiteur aurait besoin de tout mais ne demande rien ».

Les trois critères secondaires concernent les modalités de la relation aux objets, au corps et à autrui.

La relation aux objets est poussée à l'extrême. Les objets sont soit totalement absents, comme pour Diogène de Sinope, soit innombrables et entassés comme pour les Diogène de Clark.

La relation au corps est poussée à l'extrême. Le corps est soit trop négligé comme pour Diogène de Sinope, soit trop propre, c'est le « Diogène propre » le plus rare et le plus méconnu.

La relation aux autres est poussée à l'extrême. L'autre est soit totalement absent comme dans les situations des personnes recluses à leur domicile, soit très présent comme pour Diogène de Sinope et Antisthène le chef de l'école des cyniques. Ils vont au devant des autres pour les convaincre de rejoindre leur mouvement qui aurait aujourd'hui l'apparence d'une dérive sectaire.

Ces différents critères, combinés et associés à l'acceptation ou au refus des aides proposées, permettent de définir une typologie purement descriptive comportant quatorze types de Diogènes. Le premier type est le syndrome de Diogène complet. Les treize autres types sont des syndromes de Diogène partiels. Cette typologie rend compte de la diversité des tableaux observés et explique les nombreuses données de la littérature qui apparaissaient jusqu'ici contradictoires.

## **Dr Laurence HUGONOT-DIENER : LES DIOGÈNES SECONDAIRES À UNE MALADIE**

Psychogériatre,  
Hôpital Broca, AP-HP et réseau Mémorys (Paris Sud)



Certains patients sont signalés par les voisins ne tolérant plus leur façon de vivre et nous devons les évaluer pour orienter la prise en charge de l'équipe médico-sociale.

Nous proposons de ne parler de syndrome de Diogène que si certains critères sont présents. Ces critères, après validation, pourront être des critères de repérage de ce syndrome qui n'est pas une maladie, mais peut être un syndrome révélateur de plusieurs états pathologiques ou non.

Les Diogène secondaires, sont des patients ayant en fait une maladie, le plus souvent non identifiée, psychiatrique ou neuro-dégénérative.

Les pathologies psychiatriques rencontrées sont un trouble schizophrénique ou bipolaire, et plus rarement une oligophrénie ou un alcoolisme.

Les pathologies neuro-dégénératives sont, surtout chez les plus âgés, une démence de type fronto-temporale ou une maladie d'Alzheimer de type frontal. L'apraxie ajoutée à une apathie, une perte de l'initiative et un déficit des fonctions exécutives peut entraîner ce syndrome de « laisser aller » environnemental et corporel. Le refus de soin est explicable par l'anosognosie qui est importante dans ce type de pathologie. Notre étude prospective permettra d'affiner la démarche diagnostique qui permet d'orienter la prise en charge. Certains cas cliniques seront présentés pour illustrer le propos et la façon d'orienter le diagnostic, malgré le refus du patient.

---

## **Dr Jean-Claude MONFORT : LES DIOGÈNE PRIMAIRES, LA MISANTHROPIE DE SURVIE ET L'HYPOTHÈSE DU PARADIS PERDU**

Psychogériatre, CH Sainte-Anne, Paris



Un syndrome de Diogène est dit primaire lorsqu'il n'est pas secondaire à une maladie, lorsqu'aucune maladie n'est identifiée. Le terme de Diogène primaire a l'avantage de laisser entendre qu'il peut être considéré comme synonyme de Diogène primitif ou de Diogène premier au sens des arts premiers. Ce syndrome, ce mode de vie, existe depuis le début de l'humanité, il est inhérent à la condition humaine, il n'est pas une maladie. Ses descriptions les plus anciennes sont celles que l'on trouve dans la lecture des légendes et des fables. Le qualificatif de Diogène primaire doit être cependant utilisé avec réserve. On sait que l'absence de résultat à la suite d'une recherche de maladies ne signifie pas l'absence d'une maladie, soit non encore déclarée, soit non détectable.

Pour les Diogène primaires avérés, nous avons fait l'hypothèse d'un traumatisme survenu dès l'enfance. C'est l'histoire de vie de Diogène de Sinope caractérisée par le Passage du Paradis à l'Enfer dans la Petite Enfance (PPE dans la PE). Au cours de cette période les besoins de l'enfant sont assurés par autrui. Brutalement il n'y a plus personne pour assurer ces besoins. Certains vont trouver des personnes relais, des tuteurs de résilience. D'autres n'auront pas cette chance, et pour survivre ils seront obligés de s'adapter en renonçant à l'idée qu'autrui pourra un jour venir en appui, c'est la misanthropie de survie. Le prix à payer est une vie de misanthrope, solitaire, à l'écart du monde: « j'ai besoin de tout mais je ne demanderai rien », c'est le critère principal et obligatoire des syndromes de Diogène.

Dans ce type de situations, tout semble se passer comme si ces comportements de misanthropie de survie avec auto-exclusion pouvaient correspondre à des programmes de survie utiles en leur temps face à une nécessité de survie dans la petite enfance, mais ne pouvant plus être ensuite désactivés. Lors de nos interventions, pour favoriser l'alliance thérapeutique par définition absente dans le syndrome de Diogène, nous avons l'habitude de nommer le comportement « misanthropie de survie » en le valorisant avec deux exemples.

## **UN ACCOMPAGNEMENT MESURÉ**



**Modérateur :**

**Dr Cécile PEYNEAU, psychiatre,  
CH Sainte-Anne, Paris,  
Hôpital Bretonneau, Paris, service de gériatrie à orientation psychiatrique**

### **Dr Jean-Philippe BADIN : FAUT-IL METTRE DIOGENE SOUS TUTELLE ?**

Psychiatre, ancien interne des hôpitaux psychiatriques, ancien praticien hospitalier

Attaché au Centre de Gérontologie, hôpital Ste Périne PARIS

Psychiatre à la Clinique Belle Allée

Psychiatre libéral

Médecin spécialiste inscrit sur la liste du Procureur de la République



Faut-il mettre sous protection judiciaire les personnes présentant un syndrome d'auto-exclusion sociale ? La question est complexe pour le « médecin inscrit » (= inscrit sur la liste du procureur de la République), car l'accumulation, le manque d'hygiène, la négligence, ne signifient pas forcément qu'il existe une altération des facultés mentales ou physiques « de nature à empêcher l'expression de la volonté ».

Au contraire même car « Diogène » dit bien sa volonté, à savoir qu'on le laisse tranquille !

Il faut savoir qui signale et qui demande quoi, puisque lui ne demande rien.

Après vient le problème de l'entrée en contact, avec le double handicap d'être médecin et mandaté par l'autorité judiciaire, sans pouvoir dire que l'on vient relever le gaz...

Ensuite il faut évaluer les facultés, dans un temps souvent aussi réduit que l'espace disponible, car le contact est ténu, c'est un dialogue dans un entrebâillement de porte, ou debout sur des sacs poubelles, ou dans l'escalier, ou dans la rue.

Enfin il faut évaluer l'importance des problèmes matériels, financiers et sanitaires.

On peut alors se demander si une mesure de protection dans le cadre de la Loi du 5 mars 2007 est utile ou si ce n'est pas une F.B.I., une fausse bonne idée !

Il faut pourtant tenir compte des difficultés voire de la souffrance des personnes qui signalent, pour voir s'il existe une MÉSORE (meilleure solution de rechange), afin d'éviter une mesure inapplicable ou de nature à bloquer toutes les aides potentielles.

## **Dr Catherine WONG : LES LIMITES DES HOSPITALISATIONS ET DES MESURES DE PROTECTION**



**Psychogériatre libérale  
Médecin expert pour la protection des majeurs**

Intervenir auprès des patients Diogène est à la fois une gageure (au sens d'un défi au bon sens), une expérience hors du commun pour les équipes médicales et un no mans land où on reste à la recherche de repères.

Comme toujours le soignant est en position de celui « qui sait » alors que souvent il ne sait pas grand chose. Dans sa démarche, il doit éviter deux écueils majeurs : se laisser aller à l'euphorie et à l'enthousiasme de celui qui découvre une situation non écrite, et qui doit donc tout inventer ; vouloir à tout prix « rendre présentable » ce qui ne l'est pas, pour « cacher ce sein que je ne saurai voir ».

La démarche de tout soignant devant un patient présentant un syndrome de Diogène doit être guidée par deux grands axes : soigner ; respecter la liberté de celui qui est soigné, souvent contre son gré, dans toute la mesure du possible. Même si le respect de cette liberté nous pousse dans des conflits avec nous-même et parfois avec les autres soignants. Le but de cette présentation est de donner les repères que nous avons trouvés pour avancer auprès de Diogène.

---

## **Patrick BACHELET : LA DIMENSION HUMAINE AU MOMENT DU DÉLICAT PASSAGE « DU PLEIN AU VIDE »**

**Chef d'entreprise  
Paris Banlieue Nettoyage**



J'ai appris ce métier insoupçonné auprès de Monsieur Patrice Maubert, le fondateur de PBN (Paris Banlieue Nettoyage). Pendant trois ans, je l'ai vu œuvrer. Je garde le souvenir de nos retours d'interventions avec à chaque fois un temps de décompression, il fallait s'asseoir et parler.

Je remercie aussi mon équipe que j'appelle « mes gars ». Ils sont sept heures par jour dans un environnement entassé, dévasté, au contact de mauvaises odeurs, de parasites et de l'occupant qui peut avoir des réactions très diverses allant de la résignation à l'opposition totale. Heureusement que l'on trouve encore des personnes comme eux qui acceptent ce type de travail avec l'envie d'apporter leur contribution à des situations qui apparaissent comme désespérées.

L'intervention de PBN est l'un des maillons d'une chaîne qui s'inscrit sur la longue durée avec la particularité d'une problématique économique d'entreprise.

Tout commence par une première visite, seul ou accompagné, d'un logement avec ou sans son occupant. Ce premier contact permet d'installer une confiance, d'évaluer le travail à effectuer et d'informer l'occupant sur le déroulement de l'intervention.

Après un briefing matinal sur le chantier à conduire, l'équipe va devoir adapter sa vitesse d'intervention au cas par cas.

La clôture du chantier signe la fin d'une étape et le passage à d'autres relais et accompagnements. Il faut cependant savoir que l'entreprise est parfois rappelée pour une nouvelle intervention une à quatre années plus tard.

# **COMPLÉMENTARITÉ ET TRANSVERSALITÉ**



**Modérateur :**

**Dr Laurence PETIT, Psychogériatre, Hôpital Bretonneau, AP-HP**

## **Hélène SCHÜTZENBERGER : L'HABITAT INDIGNE ET L'EMPLOI DES MESURES DE COERCITION**

Chef de projet « Outre-Mer, santé et environnement »  
DIHAL (Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne)



Lorsque les voisins se plaignent, lorsque l'état du logement du logement fait craindre pour la sécurité et/ou la santé de l'occupant, des voisins, que peuvent faire les pouvoirs publics, en sus ou en complément de l'accompagnement de Diogène ? Il convient déjà de les rappeler à leurs devoirs : Les locataires doivent "user paisiblement des locaux loués", et il appartient au propriétaire d'y veiller, selon la loi du 6 juillet 1989 sur l'amélioration des rapports locatifs. Par ailleurs, le Préfet, peut prescrire à l'occupant, de débarrasser les lieux, et de les nettoyer, dans un délai fixé, généralement bref. A défaut le Maire ou le Préfet peut le faire d'office, à ses frais.

## **Pascal MARTIN : LES NUISANCES ET LES RISQUES, L'EXPÉRIENCE DE LA VILLE DE PARIS**

Architecte DPLG, ingénierie et conduite de travaux du bâtiment, économiste de la construction. Adjoint au chef de service technique de l'habitat  
Mairie de Paris



La Ville de Paris conduit une politique volontariste de production de logements sociaux neufs, ainsi que d'amélioration du parc d'habitat existant. La Direction du Logement et de l'Habitat (DLH) est chargée de sa mise en œuvre quotidienne sur l'ensemble du territoire municipal.

Au sein de la Sous Direction de l'Habitat (SDH), le Service Technique de l'Habitat (STH) est, notamment, responsable du traitement des situations posant problème en matière d'hygiène et de salubrité de l'habitat, au titre du règlement sanitaire départemental (RSD) et/ou à celui du code de la santé publique (CSP), en cas de remise en cause de la sécurité et/ou de la santé des occupants. Pour ce faire, le STH met en œuvre les procédures de polices administratives appropriées à chacune de ces situations, dont il a connaissance, majoritairement, au travers des quelques 4000 à 4500 signalements reçus annuellement.

Parmi les situations d'insalubrité les plus prégnantes, figurent les situations d'incurie dans le logement présentant un danger ponctuel imminent pour la santé publique portant sur l'habitat, sous le coup d'un arrêté préfectoral pris au titre de l'article L. 1311-4 du CSP. Le danger ponctuel imminent menace tout d'abord la santé physique, mentale et sociale de(s) l'occupant(s). Ce danger menace aussi la santé du voisinage très souvent à l'origine du signalement, ainsi que la sécurité de tous les habitants de l'immeuble au travers des risques incendie, électrique et/ou péril induits. Depuis 2008, le STH a été amené à intervenir à 105 reprises, pour exécuter d'office les mesures prescrites par arrêtés préfectoraux, représentant une avance municipale de plus de 653K€. Or, d'une manière générale, ces prescriptions ordonnent d'agir sur les conséquences d'une situation, et non sur ses origines ou ses causes. En effet, il s'agit de « désencombrer, débarrasser, nettoyer, désinfecter, dératiser, désinsectiser, etc. » un logement, pas d'agir ou d'interagir avec la personne sur son état de santé, son mode d'habiter ou son mode de vie « hors norme ». Le STH qui est dans l'obligation sanitaire d'agir, touche là à ses propres limites de compétences, essentiellement bâtimentaires et techniques, et ne peut bien souvent agir seul. Il s'agit alors de tisser les relations indispensables avec les acteurs de l'accompagnement social et le corps médical, pour que l'action publique puisse être véritablement humaine et efficace.

## **Isabelle PÉAN : L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

Responsable adjoint CLIC – Paris Émeraude Ouest



Le travailleur social est très souvent le premier destinataire d'un signalement pour une personne en situation d'incurie ou des troubles du voisinage qu'il s'agisse d'odeurs, ou d'entassements ... Il va donc être le premier professionnel à aller au contact de ces situations.

Il se retrouve alors devoir porter des exigences contradictoires avec d'une part l'entourage exigeant des interventions immédiates et d'autre part la personne vivant comme Diogène qui ne demande rien et refuse tout contact.

Deux attitudes sont à éviter.

Une intervention radicale est un stress majeur pour la personne qui se retrouve brutalement privée de son mode de vie. Le risque immédiat est une somatisation ou une mort par suicide. L'autre risque est de se retrouver ensuite devant une porte définitivement close.

L'autre attitude à éviter, face à l'impossibilité d'intervenir est l'abandon de la situation. Les risques sont alors la survenue de complications administratives ou médicales. Il arrive même qu'un cadavre soit retrouvé longtemps après le décès.

Il s'agit de trouver une attitude intermédiaire, de savoir rester présent sans attendre un résultat immédiatement visible, tout en évaluant la situation dans un contexte de travail en réseau qui facilite l'accompagnement sur la longue durée. Ce travail est une véritable protection pour éviter le vécu le plus fréquent des travailleurs sociaux : le sentiment de ne pas avancer et d'être seul en responsabilité. Seul à décider du fait d'un désengagement des autres professionnels.

Dans ces situations, quelques supports peuvent aider le travailleur social, par exemple des rencontres des professionnels concernés et la connaissance des services ressources. Des outils comme une échelle d'évaluation des risques et un arbre de décision peuvent faciliter l'analyse et orienter un choix.

## **CLOTURE**

**Isabelle PÉAN, responsable adjoint, CLIC – Paris Émeraude Ouest**



**Dr Jean-Claude MONFORT, psychogériatre, CH Sainte-Anne, Paris**

Depuis trente ans de pratique en psychogériatrie, Diogène est le sujet sur lequel j'aurais le plus souvent changé d'avis.

Après cette journée vous avez peut être vous aussi un autre regard sur ces situations. Comme ce matin lors de l'ouverture du colloque nous vous sollicitons. Bienvenue à ceux et celles qui souhaitent nous aider à poursuivre nos travaux et nos enseignements sur les personnes vivant comme Diogène.

Le quotidien au contact des situations de type Diogène reste ardu mais il est aussi riche, inattendu, ponctué parfois de belles rencontres avec des personnalités attachantes.

Pendant ce colloque nous avons parlé des situations visibles et objet de signalements. C'est la partie émergée de l'iceberg. Nous allons clôturer ce colloque en vous remerciant et en vous laissant repartir avec une question que nous nous posons. Il s'agit en fait de plusieurs questions : Comment identifier une personne vivant comme Diogène alors que la Diogénisation est encore invisible aux yeux des proches ? Serait-il possible d'agir précocement dans une stratégie de prévention de l'auto exclusion ? Serait-il possible que les personnes vivant comme Diogène puissent garder la liberté d'exercer leur mode de vie sans que celui soit un danger pour elles et pour les autres ?

*Les interventions de ce colloque sont enregistrées. Vous pourrez les réécouter sur le site internet de l'AFAR [www.afar.fr](http://www.afar.fr) dans la rubrique colloque.*