Le syndrome de Diogène

Guide finistérien d'accompagnement
à destination des professionnels

Édition 2025

Le syndrome de Diogène est une **problématique complexe**, mêlant isolement social, refus d'aide et conditions de vie dégradées.

Ce guide vise à outiller les professionnels confrontés à des personnes présentant ce syndrome (travailleurs sociaux, soignants, élus, forces de l'ordre, etc.) afin de mieux **repérer, comprendre et accompagner** les personnes concernées.
Il propose une approche pragmatique, basée sur l'expérience des professionnels de terrain.

Sommaire

01. Comprendre
p. 6- 10

02. Écouter
p. 11 - 14

03. S’adapter
p. 15 - 19

04. Coordonner
p. 20 - 25

05. Ressources
p. 26 - 34

C’est en 1975 que Clark A. donne un nom à ce syndrome, en référence à **Diogène de Sinope**, un philosophe grec du IVe siècle avant J.-C qui avait adopté un **mode de vie atypique**. Vagabond cherchant à se libérer des conventions sociales, désireux d’être totalement autonome et de ne bénéficier d’aucune aide extérieure, il vécut dans des conditions précaires marquées par une certaine négligence de soi.

En raison de cette incurie et de ce mode de vie isolé, A. Clark, G.D. Mankikar et I. Gray, trois gériatres britanniques, choisissent ***« syndrome de Diogène »*** pour décrire les patients qu’ils étudient.

01. Comprendre

Qu'est-ce que le syndrome de Diogène ?
Repérage et critères
Facteurs de risque

Qu'est ce que le syndrome de Diogène ?

Très majoritairement, le syndrome est caractérisé par un **isolement social marqué**, sans que la moindre plainte soit exprimée à l'égard de cette situation (critère principal), avec une **tendance à accumuler des objets (syllogomanie) et une incurie (négligence extrême de l'hygiène personnelle et domestique)**. Chaque situation de syndrome de Diogène est unique et nécessite une analyse personnalisée.

À noter : toutes les personnes en situation d'incurie ou souffrant de syllogomanie ne sont pas nécessairement atteintes du syndrome de Diogène.

À partir de 2003, des travaux de recherche initiés en France par le **Dr Jean-Claude Monfort** tendent à poser une définition opérationnelle, simple et accessible à tous de ce syndrome, visant à restreindre son usage à des situations bien spécifiques.

À noter : le syndrome de Diogène, ainsi que sa définition, ne sont pas unanimement reconnus au sein de la communauté médicale. Ce concept a fait l'objet de nombreuses critiques, tant sur le fond que sur la forme.

> Les Diogènes sont d'abord des personnes qui ne demandent rien alors que ce sont elles qui auraient besoin de tout.
>
> **Dr Jean-Claude Monfort**

L'utilisation du terme « syndrome de Diogène » **nécessite obligatoirement la présence d'un critère principal**, impérativement associé à un ou plusieurs des 3 critères secondaires.

Le critère principal est une **absence paradoxale de demande à l'égard des médecins, des services médico-sociaux ou de leur entourage** alors que ces personnes sont dans une situation souvent extrême d'un point de vue social ou médical.

Ce critère « socle » est ensuite **associé à un ou plusieurs critères secondaires suivants**, en lien avec un comportement extrême :

- **Le rapport au corps :** une négligence de l'hygiène corporelle et vestimentaire ou, à contrario, pour le « Diogène blanc », une propreté excessive du corps, avec divers troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

- **Le rapport aux objets/à l'environnement :** une accumulation excessive d'objets et de déchets hétéroclites, soit parfaitement rangés, soit dans un désordre indescriptible (conduisant à un manque de salubrité et/ou une dégradation du domicile). Pour les cas de « Diogène blanc », les objets sont au contraire complètement absents du logement, avec une obsession pour le dénuement total.

- **Le rapport aux autres :** un manque d'intérêt complet pour les autres, voire un mépris total (misanthropie de survie, isolement avec refus de toute intrusion dans le domicile, etc.), ou au contraire une philanthropie excessive (ces personnes peuvent être adaptées socialement à l'extérieur de leur domicile et mener une vie professionnelle « normale »).

À noter : lorsque tous les critères secondaires sont repérés, le syndrome de Diogène est dit « complet », tandis que l'association d'un ou deux critères renvoie à un « Diogène partiel ».

Le syndrome est réparti en deux catégories :

1. Les « Diogènes primaires », sans pathologie associée

Aucune maladie ou déséquilibre comportemental n'est détecté : les patients **auraient donc fait le choix conscient de vivre de cette manière** (avec une réserve : l'absence de résultats lors de la recherche de maladies ne signifie pas nécessairement l'absence d'une pathologie. Celle-ci peut ne pas s'être encore déclarée ou être indétectable avec les outils scientifiques actuels).

Pour certains d'entre eux, l'hypothèse d'un **traumatisme survenu au cours de l'enfance**, entre 0 et 3 ans, est mis en avant (*« Un passé d'événement de vie traumatique dans l'enfance a été retrouvé dans 12 % des cas »* - Dr Jean-Claude Monfort). La survenue d'un nouvel événement traumatique provoquerait une dissociation des relations (aux objets, corps et autres) et un processus de « Diogénisation », souvent avec l'avancée en âge.

Selon une étude du Dr Jean-Claude Monfort [1] (portant sur 121 personnes), un événement de vie ayant un caractère dramatique était mentionné dans 40% des situations. Dans 12% des situations, cet événement était survenu dans l'enfance.
Cependant, il faut noter que dans 22% des cas, aucun événement de ce type n'était présent. Dans 38% des cas, la question n'avait pas été investiguée.

Il s'agirait donc *« d'une capacité exceptionnelle de survie en conditions post-traumatiques »*. [2]

À noter : certains auteurs limitent l'utilisation du terme « syndrome de Diogène » aux patients ne présentant pas de pathologie psychiatrique.

2. Les « Diogènes secondaires », lorsqu'une maladie sous-jacente est identifiée

Il peut s'agir d'une pathologie neuro-dégénérative, plus souvent fronto-temporale, d'une psychose, généralement schizophrénique, d'un trouble obsessionnel compulsif accompagné d'un rituel d'entassement, d'une phobie sociale entraînant une réclusion à domicile, d'une dépression qui occasionne une perte d'élan vital ou encore d'un déficit intellectuel, d'alcoolisme, voire d'un syndrome de Korsakoff, etc.

1 Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive - Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol. 8, nO 2, juin 2010)

2 Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARRA, avec le soutien de la DGS – « Incurie dans l'habitat -Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention » - Journée d'étude du 2 décembre 2014 à Lyon

Repérage et critères du syndrome

Critères principaux

Absence de demande

Refus d'aide et de soins médicaux

Critères secondaires

Rapport au corps

- Incurie, très forte négligence corporelle et vestimentaire (vêtements sales, usagés)
- Accumulation de couches de vêtements en toute circonstance
- Troubles du sommeil
- Non-observance des traitements médicaux, abandon des soins
- Troubles des comportements alimentaires (carences alimentaires, ingestion de produits périmés, etc.)
- Blessures auto-infligées
- Plaies infectées, escarres, etc.

Rapport aux objets / à l'environnement

- Entassement, accumulation d'objets divers (syllogomanie)
- Dégradation du logement (humidité, moisissures, nuisibles, risque d'effondrement, etc.)
- Saleté et négligence du logement
- Achats compulsifs
- Volets constamment fermés pour masquer l'entassement à l'intérieur du logement
- Fenêtres ouvertes même en hiver pour permettre une limitation des odeurs
- Multiples animaux de compagnie (dans certains cas « Syndrome de Noé », forme de syllogomanie dégénérative consistant à adopter un très grand nombre d'animaux chez soi)
- Boîte aux lettres débordante de courriers non relevés

Rapport aux autres

- Isolement social, repli sur soi, misanthropie
- Résistance à laisser entrer une personne à l'intérieur du logement (méfiance / intrusion), refus de toute aide
- Grande sociabilité en dehors du domicile
- Déni de la réalité, absence de honte ou de culpabilité face à la situation
- Rupture des liens avec l'ensemble du système administratif
- Mécanismes de défense très rigides
- Comportements régressifs
- Sentiment d'abandon ou abandon

Facteurs de risque

Troubles psychiques associés

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

Sexe

Hommes et femmes

Deuil

Récent ou ancien

Incurie

Isolement social

Âge

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

Traits de personnalité

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

3

Au-delà du profil évoqué ci-dessus, les professionnels de terrain ont également constaté que le syndrome de Diogène peut **toucher tous les niveaux socio-culturels**.

3 Incurie, Syndrome de Diogène - Guide d'accompagnement à destination des élus et professionnels de Charente – Avril 2024

02. Écouter

Repérage de la personne
Évaluation de la situation et des risques

Repérage de la personne

En l'absence de plainte, de demande ou de sollicitation des services sociaux et médico-sociaux par les personnes concernées, *« toute la difficulté est de les découvrir, et de prévenir une catastrophe »* (Dr Jean-Claude Montfort).

3 schémas possibles

Suite à une blessure ou pathologie

Signalement par le voisinage

Signalement par un proche

1. Leur **arrivée dans le circuit médical, et notamment aux urgences**, à la suite de blessures ou pathologies en lien avec leur mode de vie extrême (brûlures, gelures, plaies infectées, hypothermie, intoxications alimentaires, infections respiratoires et cutanées sévères, etc.). En effet, une absence de suivi médical peut amener à l'apparition de pathologies.

2. Incommodés par des nuisances diverses (odeurs, amoncellement d'objets, nuisibles, etc.) ou alarmés par des risques tels qu'un incendie, une fuite de gaz ou une inondation, **les voisins alertent généralement les services compétents** (services sociaux, forces de l'ordre, bailleurs sociaux, services d'hygiène de la commune, etc.).

3. Plus rarement, un **signalement de l'entourage proche**, se sentant impuissant face à la situation.

Évaluation de la situation et des risques - Santé et sécurité

Les **conséquences du syndrome de Diogène peuvent être multiples**, touchant non seulement la personne elle-même, mais également son entourage, le voisinage et les professionnels intervenant sur place :

Risques biologiques et chimiques :
prolifération de bactéries, parasites divers (insectes, animaux nuisibles, arthropodes, vermine, etc.) ou autres agents pathogènes en raison de la présence de monceaux d'objets, d'aliments avariés, d'ordures, de problèmes importants d'humidité, de moisissures, d'animaux morts ou d'excréments dans le logement, etc. Emanations toxiques dues à la décomposition de certains matériaux ou substances (accumulation de solvants, peinture, produits de nettoyage, piles, plastiques, déchets corporels, etc.).

Risques physiques :
syllogomanie/amoncellements rendant tout déplacement dangereux (avec présence d'objets tranchants/coupants non forcément visibles, etc.) et augmentant les risques de chutes, d'effondrements ou d'accidents, notamment d'incendies (utilisation de réchaud à gaz en l'absence d'électricité, réseau électrique défaillant, etc.).

Risques psychologiques et sociaux :
altération de la santé mentale, tant pour la personne concernée que pour son voisinage ou son entourage, en raison du stress, de l'anxiété ou du sentiment d'impuissance face à la situation. Répercussions importantes sur le bien-être psychologique et social de toutes les personnes impliquées.

Bonnes pratiques - Évaluation des risques

Évaluer et quantifier les risques (fréquence, gravité, répercussions). Déterminer le type de risques et leurs impacts : risques électriques et/ou incendies, risques structurels sur le bâtiment, risques sanitaires (santé de la personne et santé publique)

Informer la personne sur les risques liés à son mode de vie

Veiller à organiser progressivement et dans la mesure du possible le nettoyage et le désencombrement avec la personne

Évaluation des risques

Risques pour la personne

- Chutes, fractures
- Brûlures, gelures
- Ulcères, infections
- Dénutrition, déshydratation
- Présence d'aliments périmés, intoxication alimentaire
- Présence d'excréments
- Décompensation somatique
- Décompensation psychique
- Suicide

Risques liés à l'environnement

Encombrement des espaces communs ou de la voie publique, présence de nuisibles, odeurs corporelles, odeurs d'urine ou excréments, odeurs liées au manque d'aération, risque d'incendie ou d'exposition, volume d'entassement, objets entassés inflammables, tabagisme, installation électrique ou fils électriques dénudés, absence de chauffage ou chauffage d'appoint, humidité, moisissures, infiltrations, risque d'effondrement d'un plancher, plafond, toiture ou mur.[4]

4 Incurie, Syndrome de Diogène - Guide d'accompagnement à destination des élus et professionnels de Charente – Avril 2024

03

S’adapter

Respect et libre-choix
Implication de la personne aidée et recherche de son adhésion

Respect et libre-choix

Le syndrome de Diogène soulève des questions complexes concernant les interventions auprès des personnes concernées. L'un des défis majeurs est d'intervenir auprès de personnes qui refusent l'aide, malgré une situation préoccupante et les risques importants identifiés.

Lors des interventions, il est **difficile de déterminer si une personne vivant dans un tel environnement est mentalement apte** à prendre ses propres décisions. Par conséquent, lorsqu'une situation d'extrême insalubrité est constatée, **une évaluation médicale devient indispensable** : cette démarche permet d'identifier une éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente, permettant de déclencher une réponse appropriée en matière de soins, au-delà des simples mesures sociales.

De nombreuses personnes atteintes de ce syndrome **ne présentent pas de troubles psychiatriques diagnostiqués, conservent leur capacité de discernement** et choisissent donc volontairement ce mode de vie. Selon l'étude menée par le Dr Jean-Claude Monfort, **80 % d'entre elles déclinent toute aide proposée**, manifestant ainsi leur volonté de rester indépendantes.

L'accumulation d'objets, le manque d'hygiène et la négligence ne traduisent pas nécessairement une altération des capacités mentales ou physiques « de nature à empêcher l'expression de la volonté ».

Ainsi, l'amoncellement peut se produire de 2 façons :

Active

Le patient collecte activement des objets trouvés à l'extérieur, souvent dans l'idée de leur future utilité (le « collectionnisme »).

Passive

Le patient est incapable de se séparer de quoi que ce soit et finit par être envahi par son environnement, y compris par des déchets ou des immondices.

Ce mode de vie peut donc être le résultat d'un choix conscient, d'une absence de maîtrise ou des deux à la fois.

La difficulté réside dans la prise de décision face à ces personnes présentant un syndrome de Diogène, mais sans maladie diagnostiquée, surtout lorsqu'elles refusent toute forme d'aide.

En France, la loi n'impose pas de soins obligatoires à une personne jouissant de sa pleine capacité de discernement, et le refus d'assistance (comme le déni de la dépendance ou de la maladie) est une étape presque incontournable dans le processus d'acceptation de la perte d'autonomie. Aucun cadre légal spécifique ne régit le refus d'aide.

Chaque individu reste maître de ses choix et le respect des libertés individuelles prime : la personne concernée décide seule et personne ne peut se substituer à elle.

Les situations Diogène renvoient à un dilemme entre ce respect de la vie privée et du libre-choix, ou le devoir d'assistance (risque encouru pour la propre vie de la personne, mais également celle de son entourage), notamment face au risque de non-assistance à personne en danger.

À noter : la non-assistance à personne en danger est le fait de ne pas porter secours à quelqu'un qui est en péril. Il faut alors que les éléments suivants soient réunis :

Absence volontaire d'intervention

Le témoin choisit de ne pas agir pour empêcher un crime (comme un homicide ou un viol) ou un délit portant atteinte à l'intégrité physique de la victime, incluant le fait de ne pas porter assistance à une personne en détresse ou de ne pas alerter les secours.

Conscience du danger

Le témoin du péril doit être conscient de la gravité et de l'imminence du danger.

Présence d'un péril grave et imminent

La personne doit faire face à un **danger immédiat qui menace son intégrité physique ou son bien-être moral** (par exemple, une détresse psychologique sévère).

Absence de risque pour le sauveteur ou un tiers

L'aide apportée ne doit pas exposer celui qui intervient ou une autre personne à un danger disproportionné.

Bonnes pratiques - Respect du libre-choix

Comprendre et connaître la personne accompagnée et son histoire (sans se centrer exclusivement sur son logement)

Rechercher l'adhésion de la personne

Eviter dans la mesure du possible les mesures coercitives, souvent contre-productives, voire dangereuses : si elles s'avèrent toutefois nécessaires, elles requièrent un accompagnement avant, pendant et après la mesure (en raison du stress très important vécu par la personne, risque élevé de décompensation, voire de suicide)

Négocier à l'amiable avec la personne ce qu'elle est prête à accepter dans un premier temps (vider, abandonner, nettoyer, etc.) et accepter d'agir de façon graduée dans le compromis

Ne pas imposer de l'aide, sauf dans les cas de danger imminent pour la personne et son entourage

Respecter la liberté de la personne. Ne pas se montrer intrusif ou invasif

Implication de la personne aidée et recherche de son adhésion

> Le monde Diogène est une sorte de bulle narcissique et l'autre n'y pénètre jamais sans risquer de la faire éclater. [5]
>
> L'absence de demande implique aussi de se mettre dans une démarche très active, insistante comme nous l'avons vu, mais en tentant d'éviter le rejet, la rupture. [6]
>
> **A. Pichon**

Dans de nombreux cas, le syndrome de Diogène est présent depuis plusieurs années avant d'être repéré. Une fois qu'il a été identifié, **l'enjeu principal est de réussir à franchir la porte du domicile et à entrer en communication** : il s'agit de créer un « espace relationnel de confiance ».

Son but est de permettre à la personne de se sentir à la fois écoutée et respectée, et de favoriser son acceptation progressive de l'assistance proposée, non pas comme une obligation, mais comme une opportunité de maintenir son autonomie et sa qualité de vie.

Toutefois, selon les recherches du Dr Jean-Claude Monfort, **seulement 20 % des personnes concernées acceptent les aides proposées**, fréquemment perçues comme intrusives.

Bonnes pratiques - Implication de la personne aidée

Etablir un lien, une relation de confiance (recherche d'une alliance) en respectant la temporalité de la personne

Créer la rencontre, démarche « d'aller-vers » (médiation)

Accepter que la personne annule ou revienne sur ce qui avait été convenu ou réalisé, même si cela avait été décidé avec elle (désencombrement, nettoyage, etc.)

Expliquer clairement le processus d'aide prévu et accompagner son déroulement afin d'éviter au maximum tout nouveau rejet au cours de la prise en charge

S'appuyer sur les objets auxquels la personne est très attachée - être créatif

Rencontrer les personnes « là où on peut », souvent à l'extérieur (à la boîte aux lettres, à travers la fenêtre, la porte entrouverte, dans un lieu public, etc.)

Fixer les rendez-vous plutôt que de les proposer

Exprimer l'inquiétude et l'envie d'aider

Respecter la personne, son histoire et sa temporalité, tout en *« osant parfois bousculer »*

Proposer un suivi par des spécialistes (gériatres, psychiatres) ou un soutien psychologique

Evaluer son implication en choisissant avec elle une démarche ou un objectif simple, sans imposer de contraintes de temps

5 - 6 A. Pichon – « Approche psycho dynamique du syndrome de Diogène » - PRATIQUES en santé mentale 2015 N°2

Rôle et implication de l'entourage

89%
des sujets vivaient seuls, avec dans
65% des cas,
l'aide ponctuelle d'un tiers. [7]

L'aide de l'entourage est cruciale dans la mise en place de cette relation de confiance.

Il est donc essentiel de repérer ce que l'on appelle un « porteur de panier » : il s'agit d'une personne de confiance assurant un lien entre l'extérieur et l'intérieur. Cette figure clef, souvent tolérée par la personne, ne remet pas en question son mode de vie mais contribue à améliorer son quotidien (apport de nourriture, simple contact humain, aide pour débarrasser quelque peu le logement, etc.). Il peut s'agir d'un membre de sa famille, mais également d'un voisin, d'un professionnel du domicile, du facteur, etc.

Son rôle est fondamental pour maintenir un contact et instaurer une dynamique d'aide indirecte.

Bonnes pratiques - Rôle et implication de l'entourage

Rechercher les personnes proches/le « porteur de panier »

Recueillir auprès de l'entourage les éléments d'histoire de vie (genèse du syndrome)

Informer et sensibiliser l'entourage sur le syndrome

Tisser un lien de confiance avec l'entourage pour contribuer à faire adhérer la personne

Privilégier les premières visites en binôme, avec ce « porteur de panier » ou un acteur repéré par la personne pour favoriser l'instauration d'une relation de confiance

Maintenir le même référent pour éviter toute rupture dans la relation (éviter les changements fréquents d'interlocuteurs qui dégradent fortement le sentiment de sécurité et de confiance instauré)

Temporiser le sentiment d'urgence auprès de l'entourage et des professionnels en expliquant et communiquant ce qui est fait, de façon régulière (médiation visant à clarifier la situation, sans divulguer d'informations médicales ou sociales confidentielles, à réduire les tensions liées aux comportements de la personne concernée, et à partager les actions mises en place pour limiter les effets gênants de ses pratiques sur le voisinage)

7 Dr Jean-Claude Monfort - Article Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive - Volume 8, numéro 2, juin 2010.

04. Coordonner

Concertation entre professionnels
Organiser les soutiens nécessaires
Processus d'accompagnement

Concertation entre professionnels – Coordination, dynamique et responsabilité des acteurs

L'accompagnement du syndrome de Diogène exige une approche coordonnée entre professionnels du social, de la santé et du logement. Aucun acteur ne peut agir seul efficacement.

> À chaque fois il faut s'adapter, il faut négocier, il faut faire des compromis, c'est épuisant, il faut beaucoup d'énergie, et si on est seul on meurt. La solution, s'il y en avait une, c'est le lien entre nous tous, et en particulier entre le médical et le social. C'est ça qu'il faudrait préserver.
>
> **Dr Jean-Claude Monfort** [8]

L'approche de l'accompagnement est différente lorsqu'une personne atteinte du syndrome de Diogène présente une maladie sous-jacente identifiée à travers un bilan médical et psychologique :

Pathologies identifiées

Si la cause est liée à une maladie comme une addiction à l'alcool, une pathologie neuro-dégénérative fronto-temporale, ou la maladie d'Alzheimer, un suivi hospitalier est souvent recommandé. Cette solution permet une surveillance médicale régulière, adaptée aux besoins physiques et cognitifs de la personne.

Une alternative consiste à envisager une intégration dans un établissement spécialisé, tel qu'un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), afin d'assurer un suivi médical à long terme, un suivi psychologique ainsi qu'un environnement de vie sécurisé.

Troubles psychiatriques

Si le médecin détecte des troubles psychiatriques tels que la paranoïa ou la schizophrénie, une consultation en psychiatrie est pertinente pour évaluer et traiter ces pathologies spécifiques. Le suivi psychiatrique permet de stabiliser la personne et d'adapter les traitements médicaux à ses besoins psychologiques.

Absence de maladie détectée

Comme vu précédemment, dans les cas où aucun trouble médical ou psychiatrique n'est identifié après un bilan médico-social approfondi, aucune intervention médicale ne peut être imposée, sauf si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui.

8 Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARRA, avec le soutien de la DGS – « Incurie dans l'habitat - Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention » - Journée d'étude du 2 décembre 2014 à Lyon.

Organiser les soutiens nécessaires

Travailler ensemble va permettre d'obtenir une vision globale et partagée de la situation, à travers l'échange d'informations, les décisions collectives, la cohérence des interventions et le soutien mutuel.

Cette coordination est cruciale pour assurer un suivi efficace, structurer une approche adaptée et personnalisée face au syndrome de Diogène. Chaque cas étant unique, avec des besoins spécifiques, il est important de s'appuyer sur des compétences variées pour élaborer une stratégie de prise en charge globale, grâce aux compétences de professionnels issus de divers domaines, tels que la santé, le social, et la rénovation de l'habitat.

L'objectif final est d'améliorer la qualité de vie de la personne tout en lui apportant l'aide nécessaire pour rétablir un environnement de vie sain et sûr.

> C'est un accompagnement sur la très longue durée, ce n'est pas une affaire d'une semaine ou de trois mois. Il s'agit de faire en sorte que le lien social ne craque pas et qu'il reste un lien entre le médical et le social. Donc la solution, s'il y en avait une, sachant qu'il n'y en a pas, c'est ce lien entre nous pour rendre tolérable une vie qui était devenue intolérable, et rendre supportable une vie qui était devenue insupportable. [9]
>
> **Dr Jean-Claude Monfort**

À chaque étape de l'accompagnement, il est essentiel de **procéder à une évaluation continue des risques et des dangers** liés à l'état de santé, au comportement, ou à l'environnement de la personne, afin d'agir en conséquence (par exemple, si dégradation de l'état, mise en place de mesures coercitives).

Il est également essentiel de ne pas s'attendre à des résultats rapides ni définitifs. L'objectif n'est pas d'éliminer complètement le problème ou de forcer un changement radical.

> Cela demande aussi de renoncer aux illusions de la guérison miracle pour se projeter davantage dans une perspective de réduction des risques, au long cours, avec sa part de déceptions et d'acceptation de ces modes de vie si singuliers. [10]
>
> **A. Pichon**

9 - 10 Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARRA, avec le soutien de la DGS – « Incurie dans l'habitat - Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention » - Journée d'étude du 2 décembre 2014 à Lyon.

Bonnes pratiques - Organiser les soutiens nécessaires

Identifier les acteurs (à minima le médecin traitant, l'entourage, le maire de la commune, le « porteur de panier », etc.)

Limiter le nombre d'intervenants, garantir autant que possible le maintien du lien avec les acteurs

Désigner un professionnel de confiance qui centralisera toutes les informations

Organiser rapidement une concertation ou des échanges téléphoniques

Inscrire l'intervention dans une perspective longue et un travail progressif

Définir un plan d'actions et déterminer ensemble les priorités, les modalités d'intervention, les objectifs à atteindre, en fonction des normes portées par les différents champs professionnels

Partager les évaluations pour disposer d'une vision croisée et globale de la situation

Prendre les décisions de manière collégiale et co-responsable, avec l'engagement de chacun

Harmoniser les pratiques et fixer un cadre d'intervention commun, adapté à chaque situation

Veiller dans la mesure du possible à organiser progressivement le nettoyage et le débarrassage du logement avec la personne

Eviter les désencombrements trop radicaux

Assurer une évaluation continue (avant, pendant et après le nettoyage)

Mettre en place une cellule de veille afin de déceler toute évolution ou signe de détérioration, avec un référent professionnel (travailleur social, médecin, etc.), et des membres de la famille ou du voisinage.
Elle permettra d'agir rapidement en cas de défaillance physique (chute, maladie) ou psychique (confusion, dépression)

Processus d'accompagnement

Repérage

- Services sociaux
- Mairie, CCAS
- Tutelle
- Entourage
- Service social du bailleur

Concertation

- Partage des informations et évaluations
- Organisation et coordination des acteurs
- Réunions avant, pendant et après le désencombrement

Accompagnement par les professionnels

Le repérage déclenche l'accompagnement de professionnels libéraux et de structures pour **accompagner la personne concernée** :

CCAS, CDAS, médecins généralistes, équipes mobiles, CMP, DAC, services de protection des majeurs, etc.

Pour la première visite, il peut être indiqué d'être accompagné par un acteur repéré par la personne pour favoriser la relation de confiance.

→ *Des ressources à contacter sont disponibles au prochain chapitre.*

Évaluation

- Prise de contact, création de lien
- Recueil d'informations
- Évaluation des risques et de la situation globale
- Évaluation de l'urgence :
  - Évaluation de l'environnement (risques, nuisances, etc.)
  - Évaluation de la personne
    - Point social (situation familiale, ressources, propriétaire ou locataire, etc.)
    - Point médical (état psychologique, autonomie, comorbidités, etc.)
- Identification des référents (médecin, assistante sociale, etc.)

Orientation

- Accompagnement vers le soin
- Maintien à domicile
- Sécurisation du domicile

Mesures mises en place

Les mesures d'accompagnement adaptées vont être mises en place par les professionnels avec le consentement de la personne concernée.

Actions potentielles

- Désencombrement progressif
- Hébergement chez un tiers
- Hospitalisation
- Soins gériatriques, psychiatriques
- Accompagnement social
- Dernier recours : procédure coercitive

Suivi de la situation

- Accompagnement sur la très longue durée
- Evaluation continue, sociale et médicale
- Prévention du risque de récidive

Attention : Si un défaut d'entretien est constaté, le propriétaire peut engager une procédure en vue de résilier le contrat de location. Ce risque est à prendre en compte du point de vue des patients/ locataires Diogène.

Que faire en cas de non-consentement ?

Si l'occupant s'oppose à la visite ou n'est pas joignable, le Maire devra obtenir l'autorisation du juge des libertés et de la détention pour accéder au lieu afin de constater l'état du logement.

En cas de refus d'accompagnement par la personne concernée et d'une notion de danger, un signalement peut être fait au procureur.

05

Ressources

Contacts référents
Repères juridiques
Références

Contacts référents

De nombreux services et structures sont en mesure de vous accompagner lorsque vous rencontrez un cas de syndrome de Diogène.

Les ressources sont classées en fonction de leur champ d'action : pour l'habitat, la personne concernée puis les autres ressources.

→ Services en lien avec l'habitat

• ADIL 29

La prise en charge des situations liées au syndrome de Diogène est faite par le chargé de mission mal logement de l'ADIL 29.

Missions

- Conseil concernant les procédures et les démarches liées aux situations de mal logement
- Orientation vers les partenaires qui peuvent intervenir dans ces situations

Public cible

Tout public

Coordonnées

lhi29@adil29.org

jeanbaptiste.treguer@adil29.org

06 79 03 18 87

Conditions de sollicitation :

Guichet unique de signalement des situations de mal logement sur le territoire du Finistère (excepté Brest Métropole et Quimper Bretagne Occidentale). Joindre la fiche de repérage disponible sur le site de l'ADIL 29.

• Brest Métropole

Missions

Repérage et coordination des acteurs dans les situations de mal logement complexes sur le territoire des 8 communes de Brest Métropole : Brest, Bohars, Gouesnou, Guilers, Guipavas, Le Relecq-Kerhuon, Plougastel-Daoulas et Plouzané.

Public cible

- Personnes en situation d'habitat indigne
- Personnes en situation de précarité énergétique

Coordonnées

habitat@brest-metropole.fr

Conditions de sollicitation :

Joindre la fiche de repérage dédiée remplie par un professionnel de l'action sociale, de santé ou autre (fiche à demander auprès du service).

• Quimper Bretagne Occidentale

Missions

- Centralisation des situations d'habitat indigne
- Coordination des acteurs du territoire pour le traitement des situations d'habitat indigne
- Collectivité délégataire des aides à la pierre

Public cible

Public en situation d'occupation d'un habitat indigne

Coordonnées

02 98 98 87 49

espace.habitat@quimper.bzh

Espace Habitat -
Service Habitat & Logement
44 Place Saint Corentin, 29000 Quimper

Conditions de sollicitation :

Signalement par le biais de la fiche de repérage de QBO (disponible sur le site de l'ADIL 29).

• ARS BRETAGNE – Délégation du Finistère Département Santé Environnement

Missions et modalités d'intervention

Mise en œuvre de la procédure d'urgence traitement du danger ponctuel imminent pour la santé publique (arrêté préfectoral en application de l'article L1311-4 du code de la santé publique) :

- Mise en œuvre de mesures coercitives pour faire cesser les désordres identifiés lorsque la situation présente un danger pour la santé ou la sécurité de l'occupant ou du voisinage (exemples : accumulation de déchets notamment putrescibles, d'excréments, prolifération de nuisibles, risque d'incendie, risque d'effondrement de plancher, etc.)

Le préfet prend un arrêté en application de l'article L1311-4 du code de la santé publique prescrivant à l'occupant la mise en conformité du logement aux règles d'hygiène dans un délai précis. L'arrêté est notifié à l'occupant.

L'arrêté est transmis au maire pour exécution. A défaut d'exécution de l'arrêté, le maire exécute d'office les mesures sans mise en demeure préalable. Les frais correspondants aux mesures exécutées d'office sont recouvrés contre l'occupant et comme en matière de contributions directes. Si le maire n'intervient pas, le préfet doit se substituer.

Public cible

Locataires ou propriétaires occupants

Coordonnées

02 90 08 80 00

ars-dd29-sante-environnement@ars.sante.fr

5 venelle de Kergos
29324 Quimper Cedex

Conditions de sollicitation :

Saisine de l'ARS par le Maire de la commune ou du service communal d'hygiène et de santé (pour les villes de Brest et de Quimper) sur la base d'un rapport expliquant le risque, l'urgence d'une intervention et la nature des mesures à prendre.

→ Accompagnement de la personne concernée

• Dispositifs d'appui à la coordination du Finistère

Missions

Proposer un appui aux professionnels du territoire pour faciliter et fluidifier le parcours de santé d'une personne ressenti comme complexe :

- Repérer la demande
- Informer, conseiller et orienter vers les ressources en territoire (Centre médico-psychologique, équipe mobile…) en fonction des problématiques explicitées
- Soutenir les professionnels dans l'organisation du parcours de santé si besoin

Public cible

Toutes personnes quel que soit l'âge, la pathologie, le handicap

Conditions de sollicitation :

Par un professionnel du sanitaire, du médico-social ou du social.

Coordonnées

Appui Santé Centre Ouest Bretagne

02 21 62 01 75

accueil@appuisantecob.bzh

appuisante-cob.bzh

Coordonnées

Appui Santé Nord Finistère

02 98 28 23 53

contact@appuisante.fr

appuisante.fr

Coordonnées

Appui Santé en Cornouaille

02 98 90 20 96

accueil@appuisantecornouaille.fr

appuisantecornouaille.fr

Coordonnées

Cap Autonomie Santé

02 97 30 00 00

capautonomiesante.bzh

• Département du Finistère

Missions

Le Département mène une action renforcée sur la question du logement auprès des finistériens les plus vulnérables. Les Chargés d'Accompagnement Logement (CAL) sont des professionnels de terrain, avec une expertise forte sur les problématiques liées au logement. De fait, ils interviennent en soutien dans les situations Diogène sur le volet accompagnement social des ménages, en complémentarité avec les autres acteurs du territoire (services de l'Etat, acteurs de la santé, CCAS, associations partenaires...).

Le Département est également copilote avec l'Etat du Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne.

Public cible

Tout public

Coordonnées

02 98 76 24 05

lhi@finistere.fr

Service habitat et inclusion sociale
Direction de l'Emploi, de l'Insertion et du Logement
32 Boulevard Dupleix, 29000 Quimper

Conditions de sollicitation :

Par le biais des Centres Départementaux d'Action Sociale (CDAS).

• Association des Maires du Finistère

Missions

- Représentation et défense des intérêts des élus
- Accompagnement et information des élus
- Coordination et mutualisation des actions
- Soutien aux maires face aux défis locaux
- Organisation d'événements et mise en réseau
- Soutien au dynamisme territorial et aux projets locaux

Public cible

Les Maires et leurs services

Coordonnées

02 98 33 88 70

AMF29

53 Rue Branda, 29200 Brest

Conditions de sollicitation :

Par mail, téléphone ou courrier.

Repères juridiques

Pouvoir du préfet

Traitement du danger ponctuel imminent pour la santé publique

- Article L. 1311-4 du code de la santé publique

Pouvoir du maire

Sécurité et salubrité publiques : Article L. 2212-2 du Code général des Collectivités Territoriales

Hygiène et salubrité des locaux : RSD - Règlement Sanitaire Départemental (Chapitre II et III) et RSHS - Règles Sanitaires d'Hygiène et de Salubrité

Elimination des déchets : Article L. 541-2 et L. 541-3 du Code de l'Environnement

Sécurité des personnes et lutte contre l'habitat indigne :

- Ordonnance n°2020-1144 du 16 septembre 2020 relative à l'harmonisation et à la simplification des polices des immeubles, locaux et installations
- Décret n°2020-1711 du 24 décembre 2020 relatif à l'harmonisation et à la simplification des polices des immeubles, locaux et installations
- Article L. 511-1 et suivants du Code de la Construction et de l'Habitation
- Article L. 1311-4 du Code de la Santé publique (danger sanitaire ponctuel imminent)

Pour les professionnels

Décret n°2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins

Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux infractions de santé à caractère personnel

Pour la personne accompagnée

Mesures de protection : Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

Droits des occupants : articles L. 521-1 à L. 521-4 du Code de la Construction et de l'Habitation

Respect de la liberté individuelle :

- Article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme
- Article 432-4 du Code pénal
- Article 266-4 du Code pénal
- Article L. 311-3 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Non-assistance à personne en danger : chapitre III du Code pénal

Références

« Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive » - Jean-Claude Monfort, Laurence Hugonot-Dienea, Emmanuel Devouche, Catherine Wong, Isabelle Péan - Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2010 ; 8 (2) : 141-53

« Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique » - Roy Reine et Auger Pierre - Mars 2005

« Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale et précarité. Cas cliniques » - Laurence Hugonot-Diener, Catherine Wong, Emmanuel Devouche - Les cahiers de Rhizome : Actualités et sens de l'accompagnement au logement

Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARRA, avec le soutien de la DGS - *« Incurie dans l'habitat, Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention »* - Journée d'étude du 2 décembre 2014 à Lyon

« Approche psycho dynamique du syndrome de Diogène » - Adrien Pichon - Pratiques en santé mentale 2015 N°2, Dossier *« Nouvelles formes de précarités sociales. Réflexions actuelles »*

« Syndrome de Diogène : arrivée aux urgences, critères opérationnels, compréhension et accompagnement » - Jean-Claude Monfort, Isabelle Péan - Urgences 2013, *« La santé mentale aux urgences »*

Guide *« Accompagner une personne qui présente un syndrome de Diogène »* - Régécap (Réseau de coordination Champagne-Ardenne, Gérontologie et soins palliatifs)

« Diogène, accompagner une personne atteinte du syndrome de Diogène, un guide pour agir ensemble en Gironde » - 2019

Guide *« Diogène, accompagner une personne atteinte du syndrome de Diogène »* - Adaptation du guide *« Pour agir ensemble en Gironde »*, version Lot-et-Garonne

« Incurie, syndrome de Diogène, guide d'accompagnement à destination des élus et professionnels de Charente » - Avril 2024

« Guide d'accompagnement des personnes présentant un syndrome de Diogène » - Département Pas-de-Calais

Ce guide départemental sur le syndrome de Diogène est né d'une collaboration entre le DAC Appui Santé Nord Finistère, le DAC Appui Santé Cornouaille, le DAC CAP Autonomie Santé, le DAC Appui Santé Centre Ouest Bretagne, avec l'appui de nombreux acteurs locaux et a bénéficié du soutien de l'ARS Bretagne.

L'édition de ce livret a été réalisée avec le soutien du Département du Finistère.