



INCURIE
AIN'APPUI

SANITAIRE - MÉDICO-SOCIAL - SOCIAL

Guide incurie

Guide pratique pour les situations d'incurie dans le logement



Département de l'Ain

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	P.3
AVANT PROPOS	P.4
1 - DÉFINITION	
• <u>L'incurie</u>	P.6
• <u>Syndrome de Diogène / Noé</u>	P.7
• <u>Le mode d'habiter et la santé</u>	P.8
• <u>Pourquoi intervenir ?</u>	P.9
• <u>La notion de mise en danger</u>	P.10
2 - LE REPÉRAGE	
• <u>Différences : incurie, non-décence, insalubrité et péril</u>	P.11
• <u>L'évaluation de l'incurie</u>	P.13
• <u>Les constats</u>	P.14
• <u>Danger dans le logement et refus d'aide</u>	P.16
3 - LE SIGNALEMENT	
• <u>Une situation d'incurie</u>	P.17
• <u>Un syndrome de Diogène animalier</u>	P.18
• <u>Un logement dégradé</u>	P.19
• <u>Une situation de vulnérabilité</u>	P.20
4 - LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ	
• <u>Les objectifs</u>	P.21
• <u>Le plan d'action collaboratif</u>	P.22
• <u>La co-responsabilité</u>	P.22
• <u>La place de la personne</u>	P.22
5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE	
• <u>Les objectifs</u>	P.23
• <u>La particularité des bailleurs sociaux</u>	P.24
• <u>La posture de l'aller-vers</u>	P.25
• <u>L'hygiène / le ménage thérapeutique</u>	P.26
• <u>Le désencombrement</u>	P.27
• <u>L'accompagnement social et sanitaire</u>	P.28
6 - LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE	
• <u>Maintien dans les lieux ou relogement ?</u>	P.29
7 - SITES / CONTACTS	P.30
8 - ANNEXES	P.31
9 - BIBLIOGRAPHIE	P.42

GLOSSAIRE

- AAH** : Allocation aux adultes handicapés
- ACT** : Appartement de coordination thérapeutique
- ADIL** : Association départementale d'information sur le logement
- APA** : Allocation personnalisée à l'autonomie
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASLL** : Accompagnement social lié au logement
- ATMP** : Association tutélaire des majeurs protégés
- ATPA** : Association Tutélaire des Pays de l'Ain
- AVDL** : Accompagnement vers et dans le logement
- CAF** : Caisse d'allocations familiales
- CCAS** : Centre communal d'action sociale
- CDS** : Centre départemental de la solidarité
- CESF** : conseillère en économie sociale et familiale
- CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CHU** : Centre d'hébergement d'urgence
- CLIC** : centre local d'information et de coordination
- CLSM** : conseil local de santé mentale
- CMP** : Centre médico-psychologique
- CPA** : centre psycho-thérapeutique de l'Ain
- CSAPA** : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- DDCS** : Direction départementale de la cohésion sociale
- DDETS** : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
- DDPP** : Direction départementale de la protection des populations
- DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- DREETS** : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
- DRIHL** : Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et le logement
- EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- GSPJM01** : Groupement des Services de Protection Juridique des Majeurs 01
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HAS** : Haute Autorité de santé
- HDJ** : Hôpital de jour
- LAM** : Lits d'accueil médicalisés
- LHSS** : Lits halte soins-santé
- MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées
- ORS** : Observatoire Régional de Santé
- PAL** : Plateforme accompagnement logement (fusion de ASLL+AVDL)
- PCH** : Prestation de compensation du handicap
- PDALHPD** : Le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
- PDLHIPE** : Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne et la Précarité Energétique
- PTSM** : Projet territorial en santé mentale
- UDAF** : Union départementale des associations familiales
- UNAF** : Union nationale des associations familiales
- SAAD** : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
- SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social des adultes handicapés
- SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- SIAO** : Service intégré de l'accueil et de l'orientation
- SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- SPA** : Société protectrice des animaux



AVANT – PROPOS

Quelques repères sur l'incurie dans l'Ain

Depuis la création du dispositif Ain'curie en 2022, 274 situations ont été accompagnées sur l'ensemble du département, et plus d'une centaine de professionnels et d'acteurs ont été sensibilisés ou formés à cette problématique. Ces chiffres témoignent d'une réalité bien présente et d'un besoin croissant d'appui pour comprendre et accompagner ces situations complexes.

Un phénomène à la croisée des champs disciplinaires

L'incurie se situe au carrefour du social, du sanitaire, du médico-social, du logement et du juridique.

Si le binôme santé / habitat y est particulièrement prégnant, l'accompagnement nécessite une coopération pluridisciplinaire, souvent éprouvée par la complexité des situations. L'épuisement ou le sentiment d'isolement des professionnels est fréquent : d'où la nécessité d'outils communs et de repères partagés.

Un guide né d'une dynamique collective

En 2023, 53 partenaires ont répondu à l'enquête menée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) sur l'incurie dans le logement.

À la suite de cette étude, 34 structures se sont engagées dans un travail de coopération au sein du Comité Partenarial (CoPart), animée par Ain'Appui, avec une volonté commune : **mieux comprendre, prévenir et accompagner les situations d'incurie.**

Ce guide est le fruit de ce travail collectif, nourri des échanges, des expériences de terrain et de la complémentarité des regards.

Ce guide a été pensé comme un soutien concret pour :

- repérer les situations d'incurie,
- mieux les comprendre,
- et identifier des pistes d'action réalistes et coordonnées.



À qui s'adresse ce guide ?

À toute personne confrontée à une situation d'incurie, qu'elle soit professionnelle, bénévole ou élue.

Sont particulièrement concernés :

- les travailleurs sociaux, les intervenants à domicile, les acteurs du soin et du rétablissement,
- les élus locaux, les bailleurs sociaux ou privés, les opérateurs de l'habitat,
- les étudiants, les dispositifs partenaires ou toute personne souhaitant mieux comprendre ces situations.

Comment l'utiliser ?

Ce guide est conçu comme un outil modulable :

- chaque chapitre peut être lu indépendamment, selon vos besoins, en cliquant sur le titre du sommaire,
- des liens cliquables ([en bleu](#)) renvoient vers les ressources, partenaires et dispositifs de l'Ain,
- des outils pratiques (fiches, grilles d'évaluation, courriers types,...) sont disponibles en annexes pour soutenir l'intervention sur le terrain.

L'objectif : favoriser la coopération, renforcer les liens entre acteurs et soutenir une dynamique de réseau durable autour de la problématique d'incurie.



Illustration de Benjamin ADAM, Libération, 22 août 2024

1 - DÉFINITION

L'incurie

« 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, de 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. »

Nicolas Méryglod, psychiatre



Cuisine dans un appartement à Marseille
Sinopedebarras.fr



Autre cuisine, toujours à Marseille
Maidanslamain.eu

- Etymologiquement latin : In = sans ; cura : soin; négligence , **absence de souci de soi et de son environnement**.
- C'est un terme générique qui décrit différentes manifestations du **rapport nuisible avec son corps et son environnement** (manque d'hygiène, dégradation et/ou encombrement du logement, laisser-aller sanitaire, administratif et financier)
- Outre la négligence de soi, l'incurie touche aussi le logement. Cela se traduit par une **accumulation très élevée d'objets** de toute sorte, de meubles...Très encombré, le logement devient vite impraticable.
- C'est un **mode d'habiter inadéquat** et parfois dangereux pour soi et/ou pour les autres. Il peut présenter des risques pour la santé et la sécurité.



L'incurie est un symptôme et non une pathologie

1 - DÉFINITION

Le syndrome de Diogène / Noé

- Le syndrome de Diogène est une forme de trouble comportemental associant une tendance à **l'accumulation d'objets** (la syllogomanie, trouble de l'accumulation compulsive TAC), une **négligence de l'hygiène corporelle et domestique** et, le plus souvent, un **isolement social** prononcé **sans la moindre nécessité de se plaindre** de cette situation.
- Toutes ces conditions réunies sont propices à une vie insalubre et à la dégradation du logement. Une pathologie qui touche essentiellement, mais pas uniquement, des personnes âgées et qui apparaît, dans un très grand nombre de cas, à la suite d'un choc psychologique comme le décès d'un proche ou un changement radical de situation.
- C'est un syndrome **clinique identifié**, plus spécifique et plus sévère que l'incurie seul.
- Lorsque le syndrome de Diogène est associé à de nombreux animaux dans le logement, on parle de **Syndrome de Noé**.



Accumulation
syndrome-diogene.com



Syndrome de Noé
nuisibledunord.fr



Les personnes souffrant du Syndrome de Diogène sont souvent en situation d'incurie. L'inverse n'est pas vrai.

1 - DÉFINITION

Le mode d'habiter et la santé



*“Nous assistons aujourd’hui à une vraie accélération, liée notamment à une véritable prise de conscience – et c’est ça la révolution – du fait que **la santé ne dépend pas**, et même ne dépend que très faiblement **du système de soins**, parce qu’elle dépend à 80% de déterminants qui échappent au système de soins. Et **parmi ces déterminants, le logement est là.**”*

Didier JOURDAN, Directeur du centre collaborateur OMS
“Éducatifs & Santé”

- Prendre en charge l’incurie, c’est **intervenir dans une étape du parcours de vie** (santé, social, résidentiel).
- Chaque profil de situation et de personnes vivant en incurie demande **une compréhension globale du parcours de vie** et des impacts et réciprocitys entre la santé physique, la santé mentale, l’habiter, le logement en lui-même et l’héritage familial de la prévention en santé/hygiène.
- Dans les situations d’incurie, on observe une spirale où le logement dégradé **impacte la santé**, et où les difficultés de santé (physique, psychique, psychosociale) freinent la capacité à habiter son logement, créant un cercle vicieux.
- Ainsi, la corrélation entre le prendre soin de soi et prendre soin de son chez-soi donne à réfléchir sur **la capacité ou non de mise en action psychique et/ou physique**. un travail de relais vers des professionnels pouvant “prendre soin” ou stimuler la personne pourra être nécessaire.



Le mode d’habiter reflète et influence directement la santé globale.

1 - DÉFINITION

Pourquoi intervenir ?



Objectifs

- **Eviter le danger / diminuer les risques dans le logement**
- Restaurer la dignité de la personne
- Recréer du lien avec la personne
- Mettre en protection (vulnérabilité, péril ...)
- Eviter le sentiment d'isolement des partenaires
- Eviter la rechute

Quels risques ?

La santé physique

- **Accumulation de déchets** : prolifération d'insectes, rongeurs, bactéries → infections, intoxications possibles.
- **Manque d'hygiène** : absence de sanitaires fonctionnels ou entretien insuffisant → risques dermatologiques, digestifs, etc.
- **Sécurité domestique** : encombrement, accumulation d'objets, de déchets humides → risque de chute, d'incendie, d'accidents.

La santé psychique

- **Isolement** : l'incurie s'accompagne souvent d'un repli social, d'une honte du logement, d'une perte du lien avec l'extérieur. A différencier de la solitude.
- **Souffrance psychologique** : anxiété, dépression, perte d'estime de soi, deuils, traumatismes renforcent les difficultés à investir son lieu de vie.
- **Pathologies psychiatriques associées** : schizophrénie, troubles obsessionnels, syndrome de Diogène, syndrome de stress post-traumatique, démences peuvent être à l'origine ou conséquences de l'incurie.

La santé sociale

- **Habiter autrement** : le logement n'est plus habiter comme un espace de ressources, de repos, mais comme un lieu de danger ou de désorganisation.
- **Relations sociales fragilisées** : rupture avec l'entourage, conflits de voisinage, intervention de services sociaux ou judiciaires.
- **Accès aux droits** : le logement est souvent le premier maillon d'une chaîne de précarisation (perte d'aides, difficultés administratives).

1 - DÉFINITION

La notion de mise en danger

Être confronté à une situation d'incurie grave peut susciter de fortes émotions et soulever de nombreuses questions, notamment autour des notions de **risque**, de **danger** et du sentiment de "non-assistance à personne en danger".

“Qu'est-ce que la non-assistance à personne en danger ?

La non-assistance à personne en danger est le fait de ne pas venir en aide à une personne qui court un péril imminent. Lorsque les conditions sont réunies, la victime de ce délit peut déposer plainte contre la personne qui ne l'a pas secouru. Elle peut également lui demander une indemnisation.” extrait du site [Service-public.fr](https://www.service-public.fr)

CODE PÉNAL

- Article 223-6

Version en vigueur depuis le 06 août 2018

- Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 5
- Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.
- Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.
- Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans.



2 - LE REPÉRAGE



Différences : incurie, non-décence, insalubrité et péril

- **L'INCURIE**

Etat de négligence grave du logement lié à des difficultés personnelles, psychiques, sociales ou médicales= **lié à la personne et au mode d'habiter.**

- **LA NON-DÉCENCE**

L'habitat indécet concerne les logements qui ne respectent pas les critères de décence définis par la loi (décret n°2002-120 du 30 janvier 2002 modifié). Il ne s'agit pas nécessairement d'un danger immédiat pour la sécurité physique ou la santé des occupants, mais plutôt de **logements présentant des défauts qui nuisent aux conditions normales d'habitation.** Exemples : chauffage présentant des dysfonctionnements, garde-corps et/ou fenêtres en mauvais état , problème de ventilation ou d'éclairage insuffisants.

- **L'INSALUBRITÉ**

Etat du logement qui présente un danger pour la santé de ses occupants. Les problèmes rencontrés sont d'une telle gravité **que le logement ne peut être considéré comme habitable sans risque pour la santé des occupants**

Exemples : humidité extrême, moisissures, absence d'eau, installations électriques dangereuses, plomb, amiante.

- **LE PÉRIL**

Le péril est caractérisé par un **risque pour la sécurité** des occupants ou voisins, sur la voie publique ou à l'intérieur des habitations.

Exemple: effondrement d'un toit, d'un plafond ou d'un plancher.



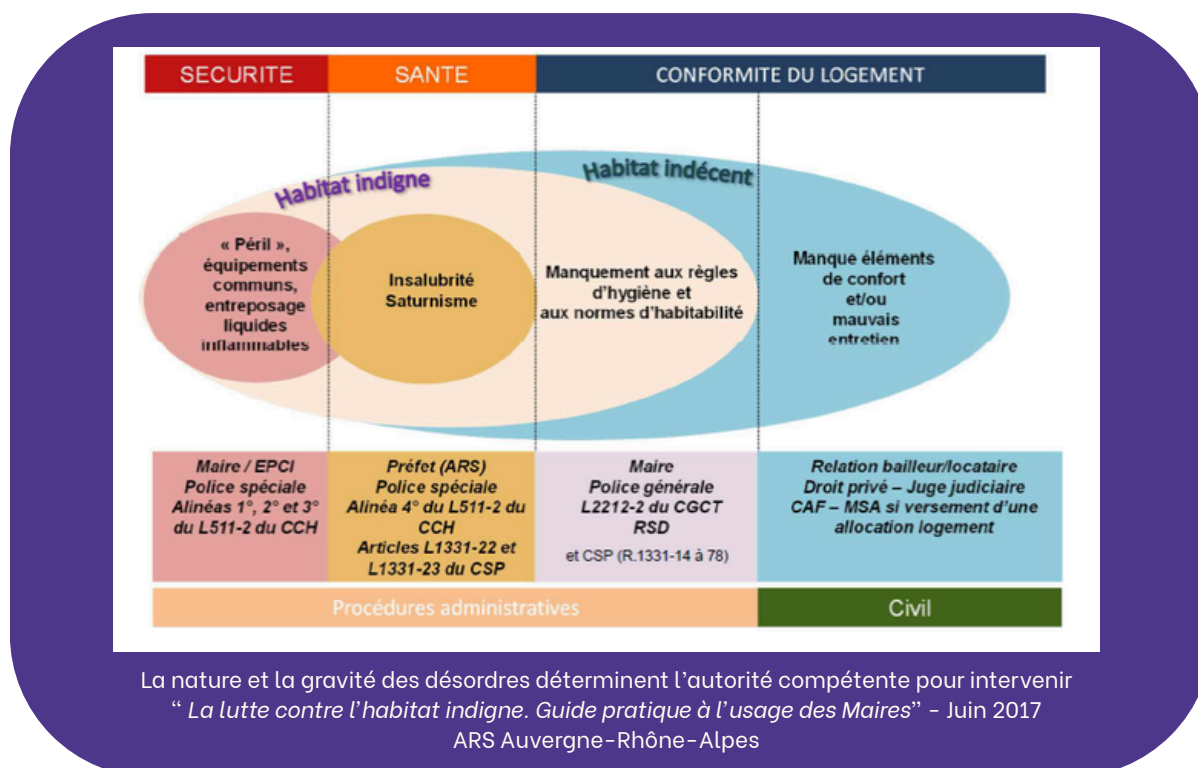
En bref :

- **Un logement en incurie n'est pas forcément insalubre et inversement.**
- **L'insalubrité et la "non-décence" d'un logement correspondent à deux stades différents dans la dégradation d'un logement. En ce sens, tout logement insalubre est indécet, mais un logement indécet n'est pas systématiquement insalubre.**



2 - LE REPÉRAGE

Différences : incurie, non-décence, insalubrité et péril



**POUR PLUS D'INFORMATIONS
VOUS POUVEZ TÉLÉCHARGER:**



- La plaquette de l'ADIL : **“Votre immeuble ou votre logement est en mauvais état, que faire ?”**



- Le guide de l'ARS ARA sur l'habitat indigne : **“Le guide pratique à l'usage des maires”**



N'hésitez pas à contacter l'ADIL de l'Ain au **04 74 21 82 77** pour être informé gratuitement ou la mairie de la commune concernée pour plus d'informations.

2 - LE REPÉRAGE

L'évaluation de l'incurie



- L'évaluation primaire se fait soit suite à **une visite à domicile**, soit de part un regard à **l'extérieur du logement** (parties communes, balcon...).



- Elle peut mettre en relief les plaintes du voisinage pour **nuisances**.



- Celle-ci va permettre de mieux cerner si la situation relève d'une autre notion telle que l'insalubrité ou la non-décence sans incurie, ou bien **confirmer la notion d'incurie**.



- Si vous avez des **questions sur un repérage d'insalubrité, d'indécence, de péril** ou autre problème **lié au bâti ou au logement**, vous pouvez vous mettre en lien avec le guichet unique par téléphone : **Habitat Indigne 01** vous composez le **0 806 706 806** (appel non surtaxé) vous donnerez votre numéro de département et vous serez mis en lien avec un(e) juriste de l'ADIL afin de vous informer et vous orienter.



En **annexe N°1** vous trouverez une grille de critères d'évaluation qui peut être un support dans votre réflexion.

2 - LE REPÉRAGE

Les constats

LE LOGEMENT

Si vous avez la possibilité de faire l'évaluation au domicile :

- Si possible regarder les pièces recevant de l'eau : **cuisine, salle de bain et toilette**. Attention à ne pas obliger la personne à ouvrir les pièces qu'elle ne souhaite pas au risque de couper le lien de confiance.
- Une fois passé le stade des émotions ressenties (stupéfaction, dégoût, rejet, embarras), ne **pas émettre de jugement** du type : "Comment pouvez-vous vivre dans ce bazar?".
- Menez votre évaluation normalement sans insister sur la saleté ou le désordre. L'objectif, au delà d'évaluer, est d'**entrer en contact et créer un lien** neutre voire positif entre la personne et le professionnel. Cette rencontre peut être décisive dans la suite du parcours de la personne.
- **Ne vous forcez pas** à rester dans le logement si vous y êtes trop mal à l'aise (odeurs, vétusté, nuisibles,...). Exprimez votre malaise à la personne sans l'accabler et proposez une nouvelle rencontre.

Le constat assermenté :

- Tous les maires ont un pouvoir de police en matière d'hygiène et de salubrité et pas seulement les SCHS. Le maire, les adjoints, les policiers municipaux sont assermentés. Ils peuvent dresser procès-verbal pour non-respect aux règles d'hygiène et d'habitabilité définies par le code de la santé publique et le règlement sanitaire départemental (RSD) <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/habitat-indigne-habitat-insalubre-outils-destination-des-maires-et-communes>
- Dans l'Ain, la ville de Bourg-en-Bresse possède un service d'hygiène et des agents assermentés sont compétents pour **constater les infractions** aux règles relatives à la salubrité publique des habitations en vertu des articles L. 1312-1, L. 1422-1 et R. 1312-1.

Le procès-verbal d'intervention des pompiers :

- Le compte-rendu d'intervention des sapeurs-pompiers s'obtient auprès du SDIS compétent. Il est réservé à la victime, à ses ayants droit ou à son représentant légal, avec justificatifs.
- Le SDIS de l'Ain a signé une convention avec l'association AIN APPUI et le Conseil départemental permettant ainsi de signaler les situations complexes et/ou de vulnérabilité.

2 - LE REPÉRAGE

Les constats

➔ LA PERSONNE



Réaliser un constat sur l'état de la personne permet de compléter le tableau clinique et de s'interroger sur l'impact réciproque logement/santé.

Les interlocuteurs adéquats en santé pourront ainsi être sollicités afin d'intervenir dans le parcours de la personne.

Impact de/sur la santé physique :

- passage Infirmier au domicile ?
- existence d'un médecin traitant ?
- présence de piqûres d'insecte sur la personne
- lien entre alimentation et état physique (manque d'alimentation, frigo trop rempli et nourriture avariée...), cachexie ?
- addictions avec retentissement sur le mode d'habiter ?

Impact de/sur la santé psychique :

- difficulté de mise en action pour la tenue et/ou l'appropriation du logement, besoin d'être stimulé dans les actes de la vie quotidiennes ?
- l'aération, l'assombrissement, la tenue et la manière de meubler du logement peut être révélateur d'un mal-être et inversement cela peut-être le symptôme.

Les Personnes Agées/personnes en situation de handicap :

- pathologie physique/psychique avec un retentissement sur l'entretien du logement ?



L'incurie a souvent un impact global sur la santé physique et psychique : elle peut révéler ou aggraver des troubles déjà présents, tandis que l'état du logement devient le reflet du mal-être ou de la perte d'autonomie de la personne.

2 - LE REPÉRAGE



Si danger et refus d'aide /d'ouverture de la porte

- Pour les risques liés à la **sécurité**, la réglementation en lien avec le péril s'applique **qu'elle que soit** le statut de l'occupant ou le statut du bailleur. (privés, publics). De plus il existe deux pouvoirs de police du Maire. La mise en sécurité ne s'inscrit pas dans le cadre du pouvoir de police générale mais spéciale du Maire. D'autre part la réglementation n'est absolument pas la même dans l'hypothèse d'un risque « urgent » ou « ordinaire ».
- Le Rôle du Maire : “Il appartient au maire, en vertu de son pouvoir propre de police générale et de ses pouvoirs de contrôle administratif et technique des règles générales d'hygiène applicables aux habitations, de **veiller au respect des prescriptions de salubrité sur le territoire de la commune.**”
Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité Associations départementales de maires
LES CAHIERS DU RÉSEAU N°25 - Juin 2023
- Compte tenu du danger auquel s'expose toute personne pénétrant dans un bâtiment avec risque d'effondrement, il est de la responsabilité du maire de prendre un arrêté de **mise en sécurité**. Le risque incendie relève d'une autre procédure.
- La possibilité de recourir à un expert judiciaire **n'est plus obligatoire**. L'autorité compétente peut recourir à tout autre expert désigné par elle ou à ses services pour constater les désordres et préconiser les travaux d'urgence à réaliser. Cependant, pour les communes ne disposant pas de moyens humains et d'expertise suffisants, il est vivement recommandé de faire **appel à un expert**.
- Il existe des modèles de courrier spécifiques à chaque procédure ; **incurie et sécurité / sécurité et procédure d'urgence**. De même, la procédure **ordinaire** n'est pas la même que pour **l'urgence**.



Pour obtenir de l'aide sur ces diverses réglementations, nous vous invitons à contacter l'ADIL. De par sa maîtrise des réglementations, l'ADIL est en capacité de qualifier les faits, définir la réglementation applicable, les actions mobilisables, le rôle de chacun et si besoin accompagner la prise d'arrêté.

3 - LE SIGNALEMENT

A qui signaler ? Comment ?

Spécificité du dispositif Aincurie



➔ UNE SITUATION D'INCURIE

Au dispositif Incurie, **nous ne travaillons pas sur la base d'un signalement, mais d'une demande d'intervention.** Cela signifie que le professionnel ne transmet pas simplement une information : il devient acteur de la démarche. Ensemble, nous co-construisons l'analyse, le suivi et les pistes d'action, dans une logique de partenariat, et non de relais ou de délégation

- Pour la ville de **Bourg-en-Bresse** : vous pouvez faire votre signalement au service d'hygiène et de santé publique à shsp@bourgenbresse.fr ou au **04 74 42 45 50**.
- Pour toutes les autres communes du département : si **incurie grave, syndrome de Diogène, ou Diogène animalier**, vous pouvez faire une demande d'intervention au dispositif Aincurie.

➔ **En contactant le DAC 01 : 04 74 22 04 31**



Dans votre demande d'intervention, nous vous invitons à préciser votre demande par rapport au dispositif Aincurie. Quel est votre besoin dans cette situation ? Conseils, aide au débarrassage,... ?

3 - LE SIGNALEMENT



A qui signaler ? Comment ?

➔ UN SYNDROME DE DIOGÈNE ANIMALIER

Le syndrome de Diogène animalier se caractérise par la présence **excessive** d'animaux dans le logement, entraînant une dégradation de l'hygiène et souvent une résistance à toute aide extérieure.

Ce qui peut être fait :

1 - Médiation avec mairie, DDPP (Direction Départementale de la Protection des Populations), ARS, médecin ou professionnel de la santé psychique afin de prévoir les impacts psychologiques liés au retrait des animaux.

- **Objectif : la cession volontaire d'une partie des animaux à une association de protection des animaux. Les animaux abandonnés sont alors mis à l'adoption.**

2 - Saisie des animaux en cas de risques sanitaires constatés ou de maltraitements, en passant par une action coercitive.

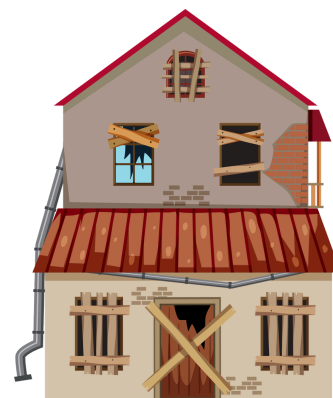
- Qui contacter ? La mairie, la DDPP, la SPA.
- **Dans ce cas de figure, un accompagnement sanitaire et social est à prévoir en parallèle afin d'éviter une décompensation (risque suicidaire) et faciliter le travail d'accompagnement sur le long terme.**



Si vous êtes témoin d'un acte de maltraitance envers un animal ou avez repéré des contenus sur internet, vous pouvez alerter la gendarmerie ou la police nationale en effectuant un signalement confidentiel et anonyme sur le site masecurite.interieur.gouv.fr .

3 - LE SIGNALEMENT

A qui signaler ? Comment ?



➔ UN LOGEMENT DÉGRADÉ

- L'Ain dispose de deux outils complémentaires :

1. **Le guichet unique départemental porté par l'ADIL**
2. **Signal logement**

- L'ADIL s'assure que la situation relève bien du mal logement, que les démarches de base ont bien été réalisées, que le signalement se concentre sur les problématiques du logement et non sur des faits susceptibles de venir « polluer » l'analyse (ex conflit, jugement de valeur, surestimation des difficultés, etc.)
- Pour un signalement d'un logement **non-décent, insalubre ou indigne**, vous pouvez également déposer un dossier, que vous soyez professionnel ou particulier, par ce lien internet sur la plateforme signal logement :

[CLIQUEZ ICI POUR ACCÉDER À SIGNAL LOGEMENT](#)

Avant de passer sur des procédures coercitives, il est parfois intéressant de **grader les sanctions** en fonction des besoins et privilégier d'autres **alternatives juridiques** (ex : PV d'infraction) avant les autres poursuites.

L'ADIL pourra vous orienter sur ces différentes actions et les démarches associées.

MAL LOGEMENT : de quoi parle-t-on ? 

Les termes *non décent*, *insalubre* et *indigne* ne sont pas synonymes mais correspondent à des procédures bien définies par la loi !

Habitat non décent

Habitat indigne

- Péril
- Manquement aux règles d'hygiène et d'habitabilité
- Insalubrité

Non décence

Un logement insalubre est forcément non décent, l'inverse n'est pas vrai ! 

3 - LE SIGNALEMENT



A qui signaler ? Comment ?

➔ UNE SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

- “Une personne adulte est ou devient vulnérable si, en raison de son **handicap**, de sa **maladie**, de son **grand âge** ou d’une situation de très grande **précarité sociale**, elle n’est pas ou elle n’est plus en capacité de faire valoir correctement ses intérêts personnels et matériels [...]
- Signaler la mise en danger d’une personne adulte qui visiblement est vulnérable (à savoir qu’elle n’est **pas en capacité de se protéger**) est une **obligation légale**. (article 434-3 du Code Pénal)

EN CAS D'URGENCE



J'ALERTE



Le service social du département / le maire

ET/OU



Le Procureur de la République



Pour plus d’informations sur les situations de vulnérabilité, rendez-vous sur le site adulte-vulnérables.fr

4 - LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Objectifs



Un diagnostic partagé, c’est une analyse collective d’une situation où chaque professionnel apporte son regard afin de croiser les points de vue et de construire ensemble un plan d’action coordonné.

Dans les situations d’incurie dans le logement, qui regroupent de multiples et parfois de nombreux acteurs, il est important de :

- Faire baisser la tension émotionnelle
- Exprimer son positionnement et questions éthiques
- Repositionner les missions et les modes d’intervention de chacun
- Aborder la situation de manière systémique
- Elaborer un plan d’action en collaboration
- Éviter l’épuisement des aidants / des professionnels

Comment ?

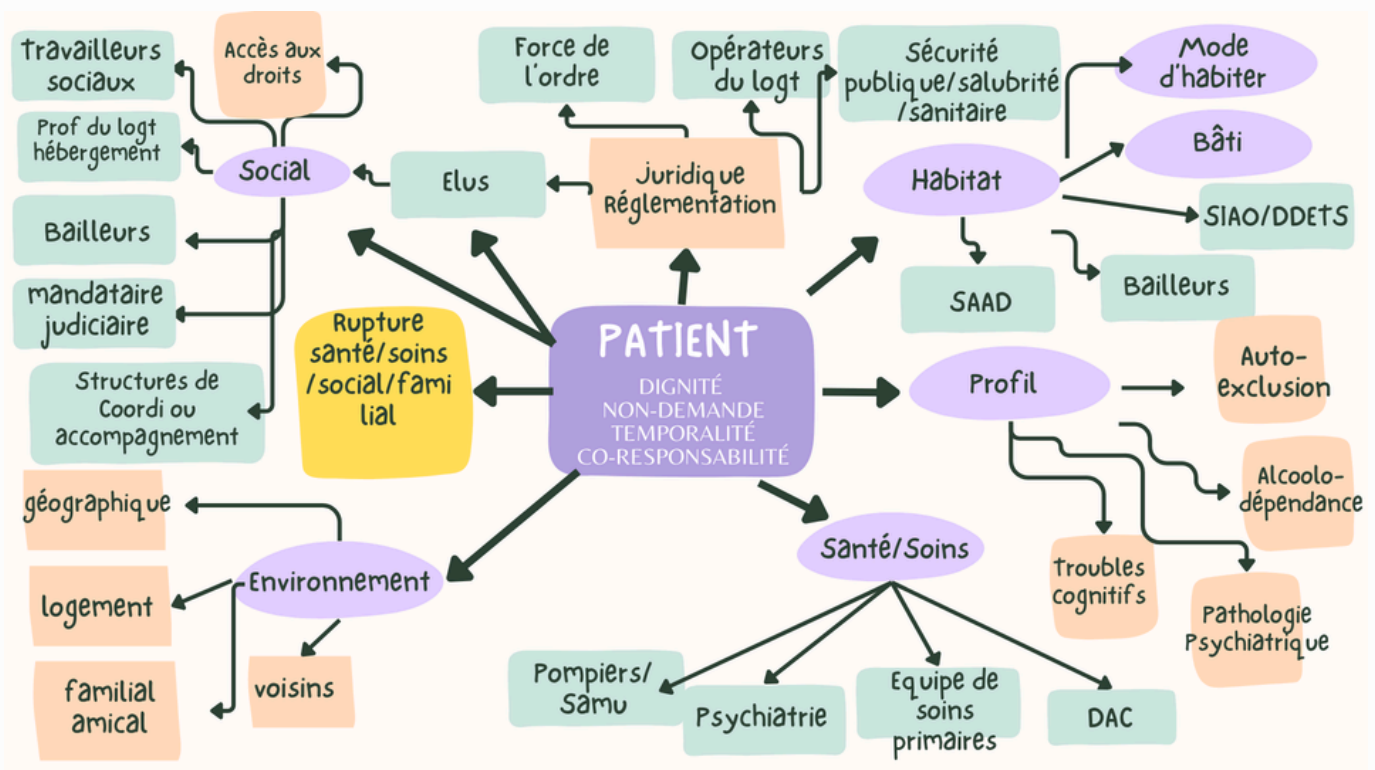
- Recueillir la perception et l’analyse de la situation de chaque acteur concerné
- Un diagnostic partagé est partagé, c’est-à-dire compris et accepté, par tous
- Appréhender la situation dans toute sa complexité, systémique



Pour avoir plus d’informations sur le secret professionnel et l’information partagée, rendez-vous sur le site [santé mentale ain](#) + [Annexe N°5 “secret professionnel et information partagée”](#)

4 - LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ

- **Le plan d'action collaboratif** : c'est agir ensemble, de manière **cohérente** et **concertée**, pour soutenir une personne en difficulté plutôt que d'intervenir chacun de son côté.
- **Coreponsabilité** : définir précisément les **attentes de chacun**, avec un engagement et un **positionnement** réfléchi. Enjeux : instaurer respect et confiance mutuels, favoriser l'écoute et assurer une répartition nette des rôles, responsabilités et activités de chaque acteur.
- **La place de la personne dans ce processus** : La personne est informée, la recherche de consentement est travaillée, **la co-construction** du plan d'action est souhaitée. La personne est tenue informée régulièrement de l'avancée du plan d'action.



Brainstorming des intervenants en situation incurie, dispositif Aincurie

5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE

Objectifs:

- Réduire ou supprimer le risque, être en sécurité
- Rétablir la dignité perdue
- Maintenir ou non dans le logement
- Préserver l'intégrité physique et psychique



- Si la personne au sein de son logement n'a encore eu aucun contact avec des acteurs extérieurs, **l'intervention en médiation** peut être privilégiée dans un premier temps.
- - Si la personne n'est pas en demande ou exprime un refus, la rencontre ne peut pas se limiter à l'attendre dans un bureau. Il s'agit alors d'aller vers elle, jusque dans son environnement, pour créer un premier contact.
- Plusieurs étapes peuvent être initiées selon la situation:
 - appel téléphonique et proposition de rencontre dans un parc proche ou **endroit familier** à la personne.
 - envoi de courrier en amont de la visite
 - **visite impromptue** et carte avec proposition de rendez-vous passée sous la porte
 - si bailleur social, voir avec le chargé de secteur pour la mise en lien
 - se renseigner auprès de la mairie
 - si c'est la mairie le demandeur, faire la rencontre avec un élu ou la police municipale
 - si un autre acteur ou voisin est en lien, **initier la rencontre avec celui-ci**

5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE

Particularité du bailleur social

Dans le cas d'une situation chez un bailleur social, si **la médiation avec la CESF** n'a pas pu aboutir, le rappel au règlement de location est proposé:

“Le bailleur social, comme tout autre bailleur est tenu d'assurer à son locataire la « jouissance paisible du logement loué », tout comme celui-ci est tenu d'user de la chose louée en « bon père de famille » (articles 1728 et 1732 du code civil). Dès lors que le problème de fragilité psychologique ou de santé mentale d'une personne logée compromet la jouissance paisible du logement pour les autres locataires, le bailleur est fondé à agir”.

Extrait de Habitat social et santé mentale : cadre juridique et institutionnel, pratiques et ressources, union sociale pour l'habitat”

Exemples d'actions mises en oeuvre par les CESF chez un bailleur social :

1 - REPÉRAGE / ALERTE

- Voisinage
- Odeurs / encombrement
- Entreprises (droit de retrait)
- Mairie / services sociaux

2 - PREMIER CONTACT AVEC LA PERSONNE

- Visite ou appel
- Intervention CESF
- Évaluation de l'état du logement
- Vérification de l'adhésion possible

3 - COORDINATION DES PARTENAIRES

- CCAS / CIAS
- CDS / assistants sociaux
- Ain'Appui
- Équipe mobile psy / santé mentale
- Curatelle / tuteur
- Participation à des réunions de concertation

4 - ACCOMPAGNEMENT SOCIO-ÉDUCATIF

- Rendez-vous hors domicile si besoin
- Travail d'explication et de confiance
- Démarches administratives (APA, mutation, aides)
- Suivi régulier de la personne

5 - PRÉVENTION ET SUIVI SUR LE LONG TERME

- Sensibilisation des équipes techniques
- Suivi pour éviter la rechute
- Coordination continue avec les partenaires

6 - MESURE COERCITIVES SI NÉCESSAIRE

- Intervention du service pré-contentieux ou contentieux
- Procédure d'expulsion



5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE



La posture de l'aller-vers

- **La rencontre :**

L'accompagnement peut débuter à **l'extérieur** du logement, afin d'instaurer une première relation de confiance.

L'entrée au domicile doit être **préparée** en amont avec la personne, en précisant le cadre de l'intervention (ex. : « je resterai d'abord sur le pas de la porte ou dans l'entrée »). Cette approche s'appuie sur une posture **d'écoute, de respect et de bienveillance**.

- **L'entrée dans le domicile : invitation ou intrusion ?**

Selon le **profil et le vécu** de la personne, l'entrée dans le logement peut être perçue comme plus ou moins **intrusive** et s'accompagner d'un sentiment de honte. La compréhension de **son parcours de vie** et du contexte de la situation permet d'adapter la posture et le mode d'entrée dans le domicile.

- **Les émotions :**

La découverte d'un logement en situation d'incurie peut susciter de **fortes émotions** chez les professionnels. Celles-ci influencent souvent la réaction et le **langage** adoptés face à la personne. Un travail préalable de sensibilisation à la thématique aide à mieux les accueillir et à garder une **posture adaptée**.

Reconnaître et accepter ses émotions, voire les partager avec la personne dans une juste mesure, peut renforcer la relation d'aide.

- **Les langages verbaux et comportementaux :**

Lors des échanges, il est essentiel d'éviter tout jugement et de s'exprimer avec **justesse et bienveillance**. Le cadre d'intervention doit être rappelé clairement, notamment en situation de médiation, afin d'éviter toute **injonction ou pression**. L'attitude repose sur l'empathie, la congruence et le respect du rythme de la personne. Il est souhaitable que la première rencontre ne soit pas centrée sur "le problème à régler" (logement, hygiène, consommation...), mais qu'elle permette avant tout **d'ouvrir un dialogue et de créer du lien**.

Accepter que la demande de la personne ne soit pas le besoin que le professionnel identifie et partir de cette demande pour travailler avec elle.

5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE

L'hygiène / Le ménage thérapeutique



- **L'hygiène :**

Sur la question de l'hygiène, il est souvent illusoire de penser qu'une personne en situation d'incurie ou présentant un syndrome de Diogène puisse vivre durablement dans un logement totalement nettoyé et aseptisé.

« Je ne veux pas que mon logement devienne un laboratoire stérile. »

Le mode d'habiter peut sembler **inhabituel pour les professionnels**, mais il conserve une **importance symbolique et affective** pour la personne.

Par exemple, certaines préfèrent dormir sur un fauteuil, un canapé ou un matelas au sol plutôt que dans un lit. Dans ce cas, l'intervention peut être réajustée : travailler sur l'hygiène du mobilier, le renouvellement des draps ou couvertures, plutôt que **d'imposer** un retour au lit.

- **L'usage des pièces du logement :**

L'usage des pièces peut surprendre les professionnels : certaines ne remplissent plus leur **fonction initiale** (chambre, cuisine, salle de bain, toilettes, véranda...).

Cependant, il est utile de se demander : « **Est-ce vraiment un problème dans cette situation ?** »

Par exemple, une dame âgée qui lave son linge dans la cuisine depuis des années ne pourra sans doute pas modifier cette habitude du jour au lendemain.

L'enjeu est donc **d'observer, comprendre et adapter l'accompagnement** plutôt que de chercher à normaliser les usages du logement.

- **Le ménage thérapeutique :**

Le ménage thérapeutique est un outil de travail au sein du logement, réalisé avec la **participation de la personne**, qu'elle soit active physiquement ou engagée dans une démarche de réflexion et de cheminement personnel.

Il ne s'agit pas d'un simple nettoyage, mais d'un levier d'accompagnement relationnel : nettoyer une pièce, un sol ou un appareil peut devenir un prétexte à l'échange, à la compréhension du mode de vie actuel et à la **stimulation de l'action**.

Les services d'aide à domicile peuvent s'inscrire dans cette dynamique, à condition que la demande du commanditaire (service social, logement, soin...) le précise clairement et que le démarrage de l'intervention soit pensé en collaboration.

5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE

Le désencombrement, une étape sensible et à co-construire



- Le désencombrement constitue une étape délicate qui doit être préparée en amont et **menée en collaboration avec les partenaires appropriés** (sociaux, sanitaires, techniques).
- Cette démarche vise à accompagner la personne dans son cheminement, en l'aidant à **comprendre et accepter le sens** du nettoyage lorsqu'une médiation est possible.
- La présence d'un **professionnel de référence** lors de la visite de devis avec l'entreprise de nettoyage est vivement conseillée afin d'assurer un cadre sécurisant et cohérent pour la personne.
- En cas de danger sanitaire ou imminent, un recours à une méthode coercitive peut être envisagé, sous l'impulsion des acteurs compétents (ARS, mairie, ADIL).

Une vigilance particulière est nécessaire :

- aux **méthodes employées** par les entreprises de désencombrement/nettoyage (respect du rythme, cadre éthique, communication claire),
- aux **réactions** possibles de la personne (décompensation, comportements violents, glissement, idées suicidaires).

Il est essentiel de préparer l'après-intervention : mettre en place des relais d'accompagnement (social, psychologique, aide à domicile...) afin de prévenir les rechutes, maintenir le lien et préparer les relais.

Un nettoyage non préparé avec la personne et les partenaires est rarement efficace : il risque d'être vécu comme une atteinte, plutôt que comme un levier de reconstruction.



**Vous trouverez une liste d'entreprises de nettoyage [en cliquant ici](#).
(en cours)**

5 - L'INTERVENTION AU DOMICILE

L'accompagnement social et sanitaire



L'accompagnement social et sanitaire doit être pensé de **manière intégrée**, se déroulant soit simultanément, soit en relais, avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la situation.

Chaque partenaire, **compétent dans son domaine**, peut être mobilisé soit en première intention, soit tout au long du parcours de la personne, selon les besoins identifiés.

→ Selon la situation, il est possible de solliciter :

Pour la coordination globale de la situation :

- Les professionnels déjà impliqués auprès de la personne.
- Les dispositifs et instances de coordination de premier recours, tels que le DAC 01, la Commission du CLSM d'Oyonnax, les SAVS, SAMSAH, GSPJM, ou tout autre acteur pertinent.

Pour l'expertise spécialisée dans le domaine de la santé et du logement :

- Les professionnels et organismes spécialisés (ADIL, SOLIHA, URBANIS, Maison de l'Habitat d'Oyonnax, services municipaux).
- Les acteurs de santé, tels que le médecin traitant, les équipes mobiles, les CMP, les IDE libérales ou le dispositif ALECSI.

Pour les interventions d'aide à domicile :

- Les services mobilisables via CESU, l'APA, la PCH ou toute aide humaine adaptée aux besoins de la personne.

Pour la protection juridique et administrative :

- Les mandataires judiciaires, qu'ils soient ATMP, ATPA, UDAF, ou mandataires privés, en fonction du cadre légal nécessaire à la situation.

→ Ainsi, l'efficacité de l'accompagnement repose sur une **mobilisation réfléchie** et **coordonnée** des acteurs, permettant à la personne d'être soutenue dans toutes les dimensions de sa vie – sociale, sanitaire et juridique.

6 - LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE

Maintien dans les lieux ou relogement ?

- **Si maintien dans le logement : contenir et stabiliser la situation**

Lorsque le maintien à domicile est possible, l'enjeu est de stabiliser la situation et de prévenir toute rechute.

Ce travail de prévention se prépare en **amont** du nettoyage ou du débarrassage, en **consolidant les soutiens** autour de la personne.

Les relais à mobiliser peuvent inclure :

- les services sociaux du Conseil départemental,
- les services d'aide et d'accompagnement à domicile,
- les équipes mobiles (santé, psychiatrie, précarité...),
- les élus ou aidants de proximité,
- les professionnels de santé (infirmiers, médecins traitants, psychologues...).

Cette **veille active** n'est pas un abandon, mais au contraire un **maintien du lien social** et de la stabilité dans le parcours de la personne.

Elle permet de rester attentif aux évolutions, tout en évitant que les intervenants ne s'épuisent ou ne se sentent **isolés**.

En cas de difficulté, il ne faut pas hésiter à réunir à nouveau les partenaires pour **réévaluer la situation** et ajuster le plan d'action.

- **Si relogement : adapter la réponse au profil et au contexte**

Lorsque le maintien dans le logement n'est plus possible, il convient de rechercher une solution adaptée au contexte socio-financier, à l'âge, à la santé et à la nature du problème (incurie, insalubrité, péril...).

Les acteurs à interpeller selon les cas :

- les bailleurs sociaux,
- le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation),
- Via Trajectoire pour les établissements médico-sociaux,
- les assistants sociaux (secteur, autonomie, hôpital...),
- les structures d'hébergement temporaire ou résidences séniors selon les besoins.

L'objectif n'est pas seulement de reloger, mais de garantir un accompagnement durable, en favorisant un **cadre de vie adapté et soutenant**.

7 - SITES / CONTACTS



- **Ain'Appui** : informations sur les sessions de formation (webinaire), fiche de demande d'intervention, etc. : <https://www.ain-appui.fr/>
- **Site Signal-Logement** (plateforme de signalement pour le mal logement, anciennement histologe) : <https://signal-logement.beta.gouv.fr>
- **Site notre santé mentale dans l'Ain** : <https://www.sante-mentale-ain.fr/>
- **ARS AURA**, outils pour les maires :
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/habitat-indigne-habitat-insalubre-des-outils-pour-les-maires>
- **ADIL Ain** (guichet Unique Habitat indigne) : 0 806 706 806
Des juristes spécialisés sont à votre écoute. <https://www.adil01.org/>
- **Plateforme de signalement des punaises de lit**:
<https://stop-punaises.gouv.fr/>
- **Situation de maltraitance** :
<https://www.ain.fr/solutions/bientraitance/>
- **SIAO Ain** : <https://www.siao01.fr/>
Le Service Intégré d'Accueil et d'orientation de l'Ain (SIAO 01) est un dispositif destiné à la veille sociale et à la coordination des acteurs de la veille sociale.
- **Centre Psychothérapeutique de l'Ain** : 04 74 52 29 11
<https://www.cpa01.fr/>

ANNEXES

1. [Grille d'évaluation des situations d'incurie](#)
2. [Méthode d'intervention](#)
3. [Trame de signalement au Procureur de la république](#)
4. [Extrait du document "Secret professionnel et information partagée" sur le site \[www.sante-mentale-ain.fr\]\(http://www.sante-mentale-ain.fr\)](#)
5. [Modèle de courrier "accumulation de déchets"](#)

Date évaluation :	Signalant :
Nom Prénom :	Lieu d'habitation :
Souhait de la personne de ne plus occuper l'habitat de manière négligé	
	OUI NON

Risques pour la personne	OUI	NON	Nuisances olfactives/parasitaires/comportementales	OUI	NON
Aliments périmés ou putrescibles			Urine/excréments		
Non observance du traitement			Corporelle		
Dénutrition/alcool			Animaux (présents et/ou en surnombre)		
Chute/fracture/brûlure/gelures/nécrose des membres			Déchets		
Inaccessibilité de certaines pièces/ ou de toutes			Insectes (mouches, moucheron, asticots cafards, rongeurs...)		
Vulnérabilité			Bruits intempestifs ou inadaptés		
Le logement	OUI	NON	L'habitat (mode d'habiter)	OUI	NON
Humidité, moisissures			Volets fermés en permanence		
Évacuations bouchées			Actions d'appropriation choisies ou subies		
Pas de ventilation			Absence utilisation frigo, wc, machine à laver		
Pas de chauffage ou radiateurs abimés			Dégâts des eaux		
Déborde vers extérieur			Pas de sortie des animaux pour les besoins		
Risque incendie/explosion :	OUI	NON	Rupture	OUI	NON
Entassement, accumulation			Parcours de santé		
Objets inflammables (gaz, essence,,,))			Familiale et/ou amicale et/ou sociale		
Déchets putrescibles			Professionnels médico-social, social et sanitaire		
Tabagisme			Administrative et budgétaire		
Risques liés au bâti	OUI	NON	Refus	OUI	NON
Dégâts des eaux			Soin (médecin, Inf, structure spé...)		
Problèmes installations électriques			Aide à domicile		
Suroccupation			Intervention des acteurs		
Pas de point d'eau			Entrée dans le logement		
Dégradation de la structure (murs fissurés, toit éventré, absence de fenêtre ou cassée...)			Entrée en relation d'aide (fuyant, abs au rdv...) compliquée et/ou inexsistante		
Risques coercitifs	OUI	NON	Typologie de profil	OUI	NON
Procédure d'expulsion			Diogène ou Diogène animalier		
Arrêté mairie ou préfectoral			Alcoololo-dépendant en fin de vie		
Intervention huissier			Troubles cognitifs		
Hospitalisation d'office liée au logt			Auto-exclusion		
			Troubles psychiques/mal-être		
Si que bleu = insalubrité, indécence					
Niveau 3 situation complexe				OUI	NON
Les axes de travail du droit commun ont tous été sollicités et mis en échec					
Pas de professionnel/pas de coordination/épuisement des pros					
Risques potentiels pour la personne et/ou son environnement					
Niveau élevé d'encombrement/ d'entassement/hygiène logement					

Méthode d'intervention

Gestion pluridisciplinaire des situations d'incurie dans l'Ain

Repérage / Signalement

Quand signaler ?

La santé et l'intégrité, de la personne ou de son environnement, sont menacées

- + Multiplicité des difficultés sociales, sanitaire
- + Épuisement des aidants (partenaires, familles)

15

Si
risque
vital

Comment signaler ?

- Fiche de repérage Incurie, à envoyer au DAC 01 dac@ain-appui.fr
- Si commune de Bourg-en-Bresse, procédure spécifique, contacter le service d'hygiène et de santé publique, mairie de Bourg, shsp@bourgenbresse.fr
- Si vulnérabilité en urgence : signalement au procureur

Analyse, évaluation multi-dimensionnelle
(Sanitaire, sociale, Réglementaire)

Recueil des informations, (Re)création d'une relation d'aide, Visite à domicile, constat du mode d'habiter et ses conséquences

Sur Bourg
le SHSP,
Le SPS,
équipe
mobile
centre

Elus, PM, ALECSI, Equipe
mobile, bailleurs sociaux,
CD, ARS

Diagnostic partagé
Réunion de concertation pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire

Structures de
coordination (DAC,
SAVS, SAMSAH,
GSPJM, CLIC...)
Cellule de cas
complexe CLSM
Oyonnax

Co-construction Hypothèses de travail, de manière collégiale et en co-responsabilité
Elaboration d'un plan d'action (ou d'un plan personnalisé de coordination en santé)

Processus de prise en charge
Et de désencombrement

CD, EMSP,
EMG,
EMDPG, Elu s,
Bailleurs,
DDPP, DDT,
SIAO, Etp s
spécialisées,
ADIL, Solih a,
Urbanis, AR

Accompagnement sanitaire, social et juridique collaboratif
Travail sur le désencombrement, le nettoyage, la désinfection du logement
Traitement de la problématique des animaux
Travail sur le maintien dans les lieux, relogement ou l'hébergement au besoin

Prévention de la rechute

AS de secteur, APA,
MDPH, CCAS,
Bailleurs, Elus, SAAD,
CMP, prof de santé,
Mandataire judiciaire

Reconstruction du lien social
Accompagnement sanitaire et social
Appui aux structures d'aide à domicile
Mise en œuvre de mesure adaptée (mesure de protection, mesure d'accompagnement social...)

Monsieur le Procureur de la République
Tribunal Judiciaire
Service civil du parquet
32. Avenue Alsace Lorraine - CS 30306
01011 BOURG EN BRESSE Cedex

Entité juridique

Prénom NOM

Numéro de téléphone

adresse@mail.fr

Fait à Bourg en Bresse, le JJ/MM/AAAA

Objet : Signalement avec une mise en danger au domicile

Monsieur Le Procureur,

Nous vous transmettons sous ce pli notre rapport pour la demande d'ouverture d'une procédure de mesure de protection relative à **Monsieur/Madame, né le à , en raison de leur vulnérabilité.**

Nous joignons à notre rapport la copie de l'acte de naissance de _____, (si expertise ou autres courriers professionnels)

Nous restons à votre disposition et nous vous prions de recevoir, Monsieur Le Procureur, nos sincères salutations.

Prénom NOM
Fonction

**RAPPORT DE SITUATION AUPRES
DE MONSIEUR LE PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE**

Rapport émanant de _____

Adresse et références

OBJET

Personne concernée par la demande:

**Madame / Monsieur _____, né le _____ à _____
Actuellement réside à _____**

Motifs du signalement :

Situation préoccupante, en raison de la mise en danger au domicile, dans un contexte de ...

Situation familiale et entourage

Stipuler si conflit familial.

Mettre les coordonnées des enfants (Nom Prénom, adresse numéro de téléphone)

Contexte

Contexte d'intervention

Notre service accompagne la situation de Monsieur et Madame _____ depuis _____ date. Ils ont été orientés par _____, en raison de _____.

Éléments déterminants le signalement

Quelques exemples :

- La mise en danger au domicile : Insalubrité et précarité du logement
- La vulnérabilité : risque d'abus de faiblesse
- Le refus d'interventions des services d'aides et de soins nécessaires au maintien à domicile
- L'absence de lien avec l'entourage familial, avec les professionnels intervenants
- Conflit familial entre les enfants Epuisement de l'aidant familial

Etat de la situation

Concernant le logement

Signalement concernant _____

Mois Année

Concernant la vie quotidienne

Concernant l'état de santé

Concernant la situation administrative et financière

Concernant le risque d'abus de faiblesse

Le projet d'avenir

Conclusion

L'ensemble des professionnels intervenants autour du couple sont très inquiets de la situation et d'une éventuelle mise en danger au domicile. C'est pourquoi vous trouverez ci-joint, différents courriers alertant sur la mise en danger du couple.

En raison du refus du couple, une expertise n'a pu être réalisée. C'est pourquoi un regard juridique sur ce risque de mise en danger au domicile semble nécessaire.

Fait à _____,

Le JJ/MM/AAAA

Prénom NOM
Fonction

Signalement concernant _____

Mois Année

profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article [132-80](#) du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une ;

[...]

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.”

5. Information partagée

La loi de santé du 26 janvier 2016 précise les règles de l'échange et du partage d'informations entre professionnel·le·s.

Article [R1110-2](#) du Code de la Santé Publique : “Les professionnels **susceptibles** d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code (dont les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs·euses·s kinésithérapeutes...), quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

- a) Assistants de service social mentionnés à l'article [L411-1](#) du code de l'action sociale et des familles ;
- b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;
- c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;
- d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;
- e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;
- f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;
- g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles [L312-1](#), [L321-1](#) et [L322-1](#) du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;
- h) (Abrogé) ;



- i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles [L232-3](#) et [L232-6](#) du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.
- j) Personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à l'article [L6327-1](#), des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article [L6327-6](#) et des dispositifs d'appui mentionnés au II de l'article [23](#) de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé intervenant dans le cadre de leur mission de coordination du parcours de santé de la personne concernée et spécialement habilités par les représentants légaux de ces dispositifs ;
- k) Etudiants en troisième cycle mentionnés aux articles [R6153-1](#), [R6153-2](#) et [R6153-93](#) du présent code.

Article [L1110-12](#) du Code de la Santé Publique : **“L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :**

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article [L312-1](#) du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par le décret [D1110-3-4](#) ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.”

Article [R1110-3](#) du Code de la Santé Publique :

“I. — Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article [R1110-2](#) souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre du II de l'article [L1110-4](#), avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.”

“II. — Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article [R1110-2](#), **partagent**, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge **dans les strictes limites de l'article [R1110-1](#) et en informent préalablement la personne concernée.** Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.”

“III. — Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical.”



Article [D1110-3-1](#) du Code de la Santé Publique :

*“Lorsqu'une personne est prise en charge par un professionnel relevant des catégories de professionnels mentionnées à l'article [R1110-2](#) et ne faisant pas partie de l'équipe de soins au sens de l'article [L1110-12](#), ce professionnel **recueille le consentement de la personne** pour partager ces données dans le respect des conditions suivantes :*

1° La personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ;

2° Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations prévues au 1°.”

Le patient doit également être dûment informé de son droit d'exercer une opposition à cet échange et à ce partage. Il peut exercer ce droit à tout moment selon le IV de l'article [L1110-4](#) du Code de la Santé Publique.

6. Critique de la note d'information

Cette note d'information récapitule les différents éléments abordés lors de la formation en ce qui concerne le secret professionnel, l'information partagée. Elle n'est pas exhaustive et nécessite un complément de recherche selon la spécialité de chaque professionnel·le.

7. Arbre décisionnel

Voir ci-après.

SECRET PROFESSIONNEL, INFORMATION PARTAGÉE: OÙ ME SITUER DANS MA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ?

NOTE D'INFORMATION RÉALISÉE DANS
LE CADRE DU CONSEIL LOCAL DE SANTÉ
MENTALE DE BOURG-EN-BRESSE

AU SEIN DE MA PRATIQUE PROFESSIONNELLE,
J'AI ACCÈS À DES INFORMATIONS RELATIVES À
DES PERSONNES.

OUI

NON

JE FAIS PARTI·E DES
PROFESSIONNEL·LE·S DES DEUX
CATÉGORIES SELON L'ARTICLE
R1110-2 DU CSP.

JE NE SUIS PAS
CONCERNÉ·E PAR LE
PARTAGE D'INFORMATIONS.

OUI NON

JE FAIS PARTI·E DE L'ÉQUIPE
DE SOINS SELON L'ARTICLE
L1110-12 DU CSP.

OUI NON

LA PERSONNE CONCERNÉE EST TENUE
D'ÊTRE INFORMÉE QUE JE VAIS
ÉCHANGER OU RECEVOIR DES
INFORMATIONS À SON SUJET SELON
L'ARTICLE R1110-3 DU CSP.

LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE
CONCERNÉE EST NÉCESSAIRE AVANT LE
PARTAGE D'INFORMATIONS SELON
L'ARTICLE D1110-3-1 DU CSP.
JE PEUX ÉGALEMENT ME RÉFÉRER À MON
CODE PROFESSIONNEL.

Accumulation de déchets (modèles de courriers)

Annexe 2a : mise en demeure de procéder à l'enlèvement des déchets

Courrier en recommandé avec accusé de réception

Madame, Monsieur,

A la demande de, une enquête a été effectuée en votre présence (ou en présence de votre représentant légal) le.....par M.....dans le logement et ses abords, que vous occupez au.....

Lors de cette visite les anomalies suivantes ont été constatées :
(*ex: pollution par ordures ménagères, produits chimiques, accumulation de journaux et papiers divers dans des conditions présentant un risque d'incendie, présence de nuisibles, rongeurs, insectes...*)

En votre qualité de détenteur, la responsabilité de ces déchets vous incombe. Or les anomalies constatées lors de la visite du logement que vous occupez constituent des manquements aux articles L541-2 et L541-3 du code de l'environnement et à l'article 23-1 du règlement sanitaire départemental.

Je vous rappelle que dans les logements, leurs dépendances et leurs abords, les occupants ne doivent pas entreposer ou accumuler ni détritrus, ni déjections, ni objets ou substances diverses pouvant attirer et faire proliférer insectes, vermines et rongeurs ou créer une gêne, une insalubrité, un risque d'épidémie ou d'accident.

Selon leur nature, les déchets doivent être déposés et traités conformément aux prescriptions légales et réglementaires en vigueur.

En conséquence je vous mets en demeure de procéder à
(*indiquer les mesures à prendre en fonctions de la situation et de l'état du logement, par ex: enlèvement de déchets, objets et substances diverses, nettoyage du logement, désinfection, dératisation, désinsectisation..*)
des lieux que vous occupez dans un délai dejours à compter de la réception du présent courrier.

A l'issue du délai imparti et en l'absence de travaux visant à mettre fin à cette situation, je me verrai dans l'obligation d'en ordonner l'exécution d'office et à vos frais.

A cet effet, il pourra vous être demandé de consigner entre les mains du comptable public de une somme correspondant au montant des travaux à réaliser, laquelle sera restituée au fur et à mesure du déroulement des travaux. Les sommes consignées seront, le cas échéant, utilisées pour régler les dépenses entraînées par l'exécution d'office.

Enfin, conformément aux dispositions de l'article L541-3 du code de l'environnement, je vous informe que vous avez la possibilité de présenter vos observations orales ou écrites dans un délai d'un mois à compter de la réception de ce courrier, de vous faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de votre choix.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Le Maire

Copie: Préfecture, Commandant de la brigade de gendarmerie, propriétaire du logement

BIBLIOGRAPHIE

1- *Adultes Vulnérables.fr*, Article du site , Le signalement d'une situation de vulnérabilité, <https://www.adultes-vulnerables.fr/fiche-questionnement-tutelle/identifier-la-vulnerabilite/le-signalement-dune-situation-de>, Page actualisée et vérifiée le 20 avril 2025

2- *ARS (Agence régionale de santé)* La lutte contre l'habitat indigne, GUIDE PRATIQUE à L'USAGE DES MAIRES, juin 2017 - Agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

3- *ARS*, Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, lexique des parcours de A à Z, janvier 2016.

4- *Behaghel Augustin*, le syndrome de Diogène, une problématique transdisciplinaire : discussion des enjeux éthiques en fonction du champ de compétence des différents intervenants, HAL, 2022

5- *BUTTARD Chris*, L'accompagnement des personnes en situation d'incurie, Synthèse, Septembre 2023

6- *Coordination Santé Mentale de l'Ain*, Secret professionnel et information partagée; En tant que professionnel, comment partager des informations en lien avec le secret professionnel ?, 2023

7- *DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement)*, Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement accompagner les personnes en difficulté, octobre 2013

8- *FNARS (La Fédération des acteurs de la solidarité, anciennement Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale)*, Aller vers les personnes en matière de santé, Guide accompagnement santé, 2016

9- Guide relatif à la lutte contre les abandons et dépôts illégaux de déchets, décembre 2020, ministère de la transition écologique

10- *JOURDAN Didier*, Post Groupe ARCA VYV, LinkedIn, directeur d'un centre collaborateur OMS Découvrez la suite de son témoignage dans notre podcast des Paroles d'Experts, à réécouter/lire ici : <https://lnkd.in/e6bTk45P>

11 *Meryglod Nicolas*, L'incurie dans l'habitat, Thèse, , institut Claude Bernard Lyon, 2007

BIBLIOGRAPHIE

- 12- Ministère du Logement, Mars 2025, [2025Guide - Les outils du maire pour lutter contre l'habitat indigne.pdf](#)
- 13- *Orpsere-Samdara*, Incurie dans l'habitat, Évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention, Journée d'étude du 2 décembre 2014, Lyon
- 14 - *PICHON Adrien*, Article, Approche psycho dynamique du syndrome de Diogène, Dans *Pratiques en santé mentale* 2015/2 année, pages 19 à 24, Éditions Champ social
- 15- *PNLHI (Pôle national de lutte contre l'habitat indigne)*, Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité Associations départementales de maires LES CAHIERS DU RÉSEAU N°25 - Juin 2023,
- 16- *Union sociale pour l'habitat*, Accompagnement psycho-social dans le logement : les enseignements d'une équipe mobile, rapport de l'équipe mobile AURORE, Avril 2018
- 17- *Union Sociale pour l'habitat*, Habitat social et santé mentale : cadre juridique et institutionnel, pratiques et ressources, Collection Cahiers, Octobre 2016, Repères N°24
- 18- *UNIOPPS (Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux)*, Projet amélioration des articulations santé, hébergement, logement, 2022- 2023
- 19- *ROY Reine* M.Sc., B.Sc.A., Direction de santé publique de la Capitale nationale, *Auger Pierre* M.D. FRCPC, Direction de santé publique de la Capitale-nationale, Insalubrité, syndrome de Diogène et santé publique, Article, Institut national de santé publique du Québec , 22 avril 2005
- 20- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34551>

Membres participatifs du Comité partenarial

Fabienne BESSON

CESF
SEMCODA

Amandine MOREIRA

Responsable des politiques sociales
Direction des politiques sociales et du
peuplement
DYNACITE

Gérald LONJARET

Responsable de la cellule prévention
sociale et impayés
GRAND BOURG HABITAT

Claire BURDEYRON

Chargée de la cohésion sociale -
Expulsions Locatives, LHI
Sous-Préfecture NANTUA

Nora CARROT

Directrice SIAO 01
TREMPLIN

Mustafa MOUNSIF

Chargé de mission insertion vers le
logement adapté
Service hébergement, logement
adapté et intégration
DDETS 01

Nathalie BUCZEK

Responsable Prévention
Ain Domicile Service

Céline REDON

Référente thématiques sociales
URBANIS

Christelle VIVIER

Responsable Unité SAT
DD01 - Pôle Santé Environnement
ARS 01

Hélène FARA

Directrice pôle hébergement, CHRS,
accueil de jour, dispo Robinson
TREMPLIN

Isabelle MESSINA

CSP CATTP Par Chemin/ CSMP
ORSAC CPA

Claire GUERRET

Responsable service prévention et
gestion des impayés
SEMCODA

Faustine GUIDA

Chargée de mission
GSPJM 01

Alexa CORTINOVIS

Responsable du Service Social
ORSAC CPA

Céline MAKHLOUF

Cheffe de l'unité Politiques Territoriales
de l'Habitat
Service Habitat et Construction |
Direction Départementale des Territoires
de l'Ain
DDT 01

Barbara PITTNER

Chargée de mission Insertion
Service Réduction des Inégalités
DDETS 01

Laurent FLECHET

Responsable du service réduction des
inégalités
DDETS 01

Florian SOULLIART

Adjoint au Directeur Général Adjoint
Solidarité du Département de l'Ain en
charge des territoires
CD01

Kevin CAILLOT

Chargé de mission auprès de l'Adjoint au
DGA Solidarité en charge des territoires
Responsable du service des titulaires
remplaçantes
CD01

Stéphane Bertrand

Infirmier Coordinateur
Equipe Mobile Santé Précarité
Croix Rouge Française

Vannary KHAM

Assistante de service social- PASS PSY
ORSAC CPA

Françoise COURTINE

Maire adjointe Bourg en Bresse

Véronique FORISSIER

Responsable Pôle « Enfance et
Parentalité »
ADMIR

Myriam MOREL

Responsable antenne Ouest
DAC 01

Myriam LYONNET

Responsable Pôle Autonomie
Fédération ADMR de l'Ain

Lieutenant COUDRIN Loïc

Chef de CIS Montréal Nantua
Officier référent SUAP
Service départemental d'incendie et de
secours de l'Ain

Elodie FALCO

Responsable de territoire Bugey Sud
ADAPA

Isabelle LAUPRETRE

Technicien Santé Environnement
DGA des Services aux Habitants
Service Hygiène et Santé Publique
Mairie Bourg en Bresse

Sophie AULAZ

Responsable du service Hygiène et
Santé publique
DGA des Services aux Habitants
Service Hygiène et Santé Publique
Mairie Bourg en Bresse

Stéphanie MARILLER

Conseillère sociale
Territoire Bourg - Dombes - Val De
Saone
DYNACITE

Fanny BONZOM,

Directrice
SOLHA01

Stéphanie PEY-RAVIER

Coordinatrice Santé des pensions de
famille de l'Ain
Alfa3A

Milène LONGERE TABILLON

Responsable de territoire Haut Bugey
ADAPA

Frédérique BADOUX

Responsable services commercial &
contentieux
LOGIDIA

Denis BERGER

Ordre des infirmiers

Claude ROSENBERG

Membre conseil administration
Ain Appui

