



# 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,

Amphithéâtre Mérieux, ENS, 46 Allée d'Italie 69007 Lyon



# SOMMAIRE

• <b>Propos introductif de la matinée</b>	<b>3</b>
 <b>Allocutions d'ouverture</b>	<b>6</b>
1. Dr Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier	6
2. Dr Anne-Marie Durand, Directrice de la santé publique, ARS Rhône-Alpes	6
• <b>Première Partie : L'incurie dans l'habitat : une catégorie clinique, sociale ?</b>	<b>8</b>
1. Dr Jean Furtos, psychiatre, directeur scientifique honoraire de l'Orspere-Samdarra « <i>Le syndrome de Diogène, une modalité de la clinique psychosociale</i> ».	8
2. Equipe Psymobile, Centre Hospitalier Le Vinatier « Deux cas cliniques d'incurie lors d'interventions de l'équipe Psymobile »	14
3. Dr Jean-Claude Monfort, Psychiatre, Gériatre et Neurologue à l'hôpital Sainte-Anne, Paris « Syndrome de Diogène : l'origine de la diversité des situations et la fréquence d'un paradis perdu dans la petite enfance »	20
4. Adrien Pichon, Psychologue, Doctorant en psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, CRPPC, Orspere-Samdarra « Du sanitaire au social, de la pathologie au trouble de l'être ensemble »	25
5. Pr René Roussillon, Professeur émérite de psychologie et Psychanalyste, Université Lumière Lyon 2 et Discutant de la journée d'étude	34
6. Benoît Eyraud, Sociologue maître de conférences, Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber, co-responsable du collectif « Contrast » (droit et santé mentale).	38
• <b>Propos introductif de l'après-midi</b>	<b>41</b>
• <b>Deuxième Partie : du signalement à l'intervention : Quels investigateurs ?</b>	<b>44</b>
<b>Quels partenaires, Quelles modalités d'intervention ?</b>	<b>44</b>
1. Sylvie M'harrak, Chargée de mission, association Alpil (Action lyonnaise pour insertion par le logement) et Marielle Schmitt, Ingénieur du génie sanitaire, Agence Régionale de Santé : « Intervenir de manière non coercitive : dispositif expérimental dans le Rhône »	44
2. Martine Chanal, Chargée de mission à la Direction de l'Habitat et du Développement et de la Solidarité Urbaine(DHDSU), Grand Lyon. « Convention Santé Psychique et Logement : liens avec les territoires et les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) »	45
3. Myriam Buffet, Cheffe de mission santé, Direction du Développement Territorial, Mairie de Lyon	46
4. Equipe mobile de l'association Aurore, Paris.	46

Marianne Auffret, Chef de Service de l' « équipe mobile » ; «Conflits intrapsychiques et enjeux interinstitutionnels : animer les interstices » _____	46
Marine Mazel, Psychologue clinicienne de l'« équipe mobile», Association Aurore ; « Incurie et Dette » _____	51
5. Dr Nicolas Meryglod, Psychiatre, CH Saint-Jean-de-Dieu _____	62
● <b>Conclusion de la journée</b> _____	<b>66</b>
1. Dr Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier _____	66
2. Edouard Leaune, Interne en psychiatrie, CH Le Vinatier « Ethique de la non-demande et vulnérabilité narrative du précaire en situation d'incurie » _____	67
3. Dr Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier _____	69



## Propos introductif de la matinée

Ouverte par Halima Zeroug-Vial, nouvelle directrice de l'ORSPERE-SAMDARRA, cette journée d'étude annuelle soutenue par la DGS sur l'incurie à domicile a réuni, dans l'amphithéâtre Charles Mérieux de l'École Normale Supérieure de Lyon, une audience large et variée, témoignant sans aucun doute de l'intérêt porté par un spectre étendu de professionnels à la question de l'habitat et plus particulièrement de l'incurie dans le logement.

La matinée s'est consacrée à interroger l'incurie à domicile comme entité clinique et comme problématique sociale ou de santé publique, de manière à débattre sur la question de la légitimité des différents acteurs potentiellement appelés à intervenir dans ces situations. La discussion s'est articulée autour des manifestations de cette manière singulière d'occuper son logement et d'être en lien avec les autres, qui peuvent relever de catégories médicales, sociales, administratives...

### **Anne-Marie Durand**

Directrice de la Santé Publique de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, Anne-Marie Durand rappelle le choix opéré par l'ARS de ne pas s'en tenir au traitement juridique des situations d'incurie qui relèvent des priorités du projet de prévention et de lutte contre l'habitat indigne. Ce choix politique met ainsi en lien différents acteurs de la santé mentale et du logement et invite à la création et au développement de stratégies communes.

### **Jean Furtos**

Psychiatre engagé de longue date dans les questions de santé mentale et précarité, cofondateur de l'ORSPERE-ONSMP, Jean Furtos nous présente sa réflexion sur la question de l'habiter qui dépasse largement le fait d'avoir un logement et renvoie à la dimension de la construction identitaire. Rappelant l'histoire de ce syndrome originellement lié au vieillissement et les controverses autour de l'utilisation du nom du philosophe cynique Diogène pour le qualifier, Jean Furtos insiste pour le considérer comme une manifestation transversale de souffrance psychique, potentiellement observable dans tout le spectre de la psychopathologie, qu'il inscrit dans le cadre plus général des travaux de l'ORSPERE-ONSMP (Furtos & Laval, 2005) sur la clinique psychosociale. Pour Jean Furtos, le syndrome de Diogène est un cas particulier du syndrome d'auto-exclusion qui se joue dans le rapport au corps, au logement et aux autres. La difficulté d'intervention liée à l'absence de demande dans ces configurations psychopathologiques doit nous conduire à organiser une éthique d'accompagnement fondée sur une démarche proactive de demande portée et de prise en compte des exigences sociales, que Jean Furtos met en lien avec les pratiques de coaching comme art « d'arriver à un juste compromis entre les symptômes et la vie sociale ».

### **Equipe Psy-mobile**

Après une présentation générale de l'équipe Psymobile, de ses objectifs et quelques éclairages chiffrés sur la proportion de situations d'incurie dans l'ensemble de leurs

interventions, Nicolas Chauliac, Audrey Couillet (psychiatres) et Pierre Depraz (infirmier) présentent deux illustrations issues de la clinique pour mettre en lumière la variété des problématiques rencontrées et les difficultés propres à chaque configurations.

### **Jean-Claude Monfort**

Neurologue, psychiatre et gériatre, Jean-Claude Monfort a conduit avec son équipe une recherche sur le syndrome de Diogène dans la région parisienne (Monfort, Hugonot-Diener, Devouche, Wong, & Péan, 2010). Il nous présente aujourd'hui une synthèse de ses résultats et de ses réflexions sur le syndrome de Diogène. J-C Monfort considère le syndrome de Diogène comme l'expression aiguë d'une potentialité présente en chacun dans son rapport à son corps, aux objets et aux autres. Cette échelle à trois dimensions permet de catégoriser finement ce syndrome, visible là aussi dans tout le champ de la psychopathologie, mais fondamentalement caractérisé par l'absence de demande d'aide. Fondée sur l'hypothèse d'un paradis perdu dans l'enfance, sa conception du syndrome de Diogène s'inscrit dans une perspective anthropologique plus large qui fait de ce trouble l'expression d'une capacité exceptionnelle de survie en conditions post-traumatiques.

### **Adrien Pichon**

Psychologue clinicien réalisant actuellement une thèse de doctorat sur le syndrome de Diogène et l'incurie à domicile, Adrien Pichon développe sa présentation à partir de l'abord psychodynamique de ces troubles de l'habiter. Rappelant que la psychanalyse n'a pratiquement pas abordé ces questions du fait même de l'organisation de son cadre pratique, il expose les enjeux liés à l'abord clinique de ces symptômes de et dans l'habiter dans un référentiel théorique psychanalytique. Un tel abord suppose de considérer l'habiter comme un processus porteur de messages sur l'histoire du sujet et par conséquent l'intervention psychosociale à domicile comme une occasion potentielle de relance d'un travail psychique figé dans la matérialité du mode d'habiter.

### **René Roussillon**

Professeur émérite de psychopathologie clinique, psychanalyste, René Roussillon a consacré une partie importante de ses travaux sur les pratiques cliniques d'orientation psychanalytique qui sortent du cadre classique de la cure-type pour aller à la rencontre des patients les plus difficilement atteignables. Témoignant de son expérience de clinicien en visites à domicile, il appelle dans les situations d'incurie à une clinique du lieu qui fasse « parler » l'habitat : de son occupant, de son histoire. C'est à partir de cette histoire, des restes de cette histoire matérialisés dans le lieu qu'une clinique de l'habiter semble possible. René Roussillon invite à dépasser la sidération et l'urgence imposées par la situation d'incurie en se remobilisant, dans une perspective longue nécessaire à l'établissement d'un lien de confiance, sur l'histoire traumatique de ces sujets, demeurée en reste du processus de symbolisation.

### **Benoit Eyraud**

Discutant final de la matinée, Benoit Eyraud est sociologue, Maître de conférence à l'Université Lyon 2, membre du Centre Max Weber et co-responsable du collectif «Contrast» (Droit et Santé mentale). En écho aux interventions de la matinée, il propose une réflexion sur la question du droit comme lieu de production de la règle qui légitime ou interdit l'intervention sur autrui, sur son intimité, sur sa liberté individuelle. Benoit Eyraud questionne le glissement opéré depuis quelques décennies du règlement relatif à l'hygiène vers la sanitarisation de la problématique de l'incurie. Bien souvent, cette sanitarisation clive l'intervention entre le sujet en incurie et son habitat et légitime la contrainte par le discours du psychiatre, désigné comme expert. Partant de ce constat, Benoit Eyraud propose de nous interroger sur les alternatives possibles à cette délégation du pouvoir normatif au psychiatre, alternatives qui pourraient passer par une réappropriation collective de cette force de contrainte.

**Adrien Pichon**, Psychologue, Doctorant en psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, CRPPC, Orspere-Samdarra.

## Allocutions d'ouverture

### **1. Dr Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier**

Bonjour je suis Halima Zeroug-Vial directrice de l'Orspere Samdarra. J'ai eu la lourde tâche de succéder à Jean Furtos, vous pouvez imaginer comme cela est difficile. Je suis heureuse de vous accueillir pour cette journée sur l'incurie. Au vue de votre nombre, cela illustre l'importance et l'intérêt que vous avez pour cette question. J'espère que cette journée sera riche en discussions, et je laisse le Dr Anne Marie Durand, directrice de la santé publique de l'ARS Rhône Alpes ouvrir cette journée. A tout à l'heure.

### **2. Dr Anne-Marie Durand, Directrice de la santé publique, ARS Rhône-Alpes**

Bonjour à tous, merci d'être là. Je tiens d'abord à remercier les organisateurs de cette journée, en particulier l'Orspere, l'Alpil et puis les collègues de l'agence qui ont œuvré à poser un certains nombres de thématiques et de points qui concourent à la gestion de la prise en charge de ce syndrome de Diogène qui est quelque chose de mal connu, mal repéré, difficile à prendre en compte en particulier parce que les personnes qui en sont atteintes ne sont pas elles-mêmes demandeuses de soin. Ce sont des situations souvent très compliquées et qui durent longtemps avant que la prise en compte ne soit possible, avec notamment l'intervention souvent des voisins ou de la famille, quand elle existe, ou des proches qui sont gênés par cette activité-là ou par ce manque de prise en compte et de gestion de ces

difficultés. Au vu de votre nombre effectivement, et je crois que si la salle avait été plus grande elle aurait pu prendre encore beaucoup de personnes, je crois que ces difficultés que j'ai évoquées, vous en êtes tous conscients et c'est pour ça que vous êtes là : pour échanger, sur cette thématique difficile et qui absorbe énormément d'énergie et de temps passé par chacun d'entre vous. L'ARS, dans son Projet Régional de Santé, a fait un certain nombre de priorités qui tiennent compte de ce syndrome de Diogène par un bout ou par un autre, à savoir en particulier la lutte contre l'habitat indigne qui est l'une de nos importantes priorités dans le projet, la partie schéma de prévention. Dans ce schéma, l'habitat indigne pourrait être traité simplement par des mesures juridiques. Nous avons fait le choix dans la région Rhône-Alpes de faire un travail beaucoup plus en profondeur pour éviter d'arriver à prendre des arrêtés qui mettent fin à cette situations-là, mais qui ne règlent pas pour autant les difficultés. Nous avons fait le choix de travailler pour apporter un certain nombre de solutions chaque fois que c'est possible ou en tout cas d'accompagner les personnes qui sont dans ces difficultés-là. Ainsi, nous avons un autre point d'ancrage dans le schéma de prévention : la santé mentale et l'offre de soin en psychiatrie pour ce syndrome de Diogène. Cette santé mentale est particulièrement importante et nous avons ce souci de faire le lien entre les situations d'habitat indigne et les besoins des personnes hébergées qui sont dans cette problématique. Enfin l'accès aux soins pour les populations précaires repris plutôt dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Tout cela contribue, peu importe sous quelle rubrique on l'a classé, à prendre en compte ces populations-là particulièrement fragiles : essayer de les repérer le plus rapidement possible, même si cela est difficile pour les situations d'incurie, mais aussi les amener à prendre conscience de leurs difficultés personnelles, si tant est qu'elles ne les aient pas déjà repérés. Les accompagner petit à petit vers une prise en charge de soin, les accompagner durablement parce que c'est quelque chose qui comme je le disais va prendre du temps, et puis on n'est pas à l'abri des récives. C'est sur une longue période de vie qu'il faut accompagner ce type de personne. Donc l'incurie comme vous le savez c'est une manifestation de ces difficultés tant psychiatriques, psychiques, que sociales. Cela interroge particulièrement les professionnels qui sont en charge de ces populations, professionnels de santé bien évidemment mais aussi professionnels de l'habitat, professionnel du monde social, les élus, enfin un grand nombre de personnes qui sont concernées, peut-être pas assez encore mais votre présence aujourd'hui est le témoin de cet intérêt et donc je crois que cette journée est vraiment la bienvenue. Encore une fois, merci à ceux qui l'ont organisé, à ceux qui vont nous permettre à tous d'échanger, d'apporter leur expérience, leurs connaissances, et je souhaite vraiment que tous trouvent dans cette journée passée ensemble quelques pistes de travail, quelques orientations, ressortent confortés dans leur engagement, le souci qu'ils ont d'apporter à nos concitoyens leur professionnalisme, merci à tous d'être là encore une fois. Je vous souhaite un excellent travail sur cette journée. Merci à tous.



# Première Partie : L'incurie dans l'habitat : une catégorie clinique, sociale ?

## 1. Dr Jean Furtos, psychiatre, directeur scientifique honoraire de l'Orspere-Samdarra «*Le syndrome de Diogène, une modalité de la clinique psychosociale*».

### I- Le rapport au logement et à l'habiter dans notre culture

La question de l'habitat pose un problème majeur dans les pays comme le nôtre. C'est par le logement qu'on est ancré dans la cité ou pas, car l'exclusion ne porte plus sur le fait d'avoir un emploi, celui-ci étant devenu structurellement aléatoire. L'importance donnée au logement va avec le fait que c'est l'un des derniers remparts avant l'exclusion. L'une des grandes peurs des français, aujourd'hui, c'est de terminer à la rue.

Mais il y a un chemin entre l'habitat et l'habiter : habite celui qui a un chez soi et qui peut y vivre dignement. Une situation d'incurie dans le domicile marque une sorte d'implosion, d'isolement très particulier dans un chez soi que l'on n'arrive plus à habiter de manière normative.

Qu'est que c'est qu'habiter, puisque la clinique psychosociale nous montre régulièrement qu'habiter *n'est pas seulement avoir un logement*<sup>1</sup> : certes, avoir un logement, c'est déjà avoir un abri, pouvoir fermer la porte à clé, être protégé d'agressions de différentes natures, avoir une boîte aux lettres (ou pas), et c'est important. Il y a des logements où l'on est vraiment chez soi, et des logements où on n'est pas tout à fait chez soi, comme les foyers d'urgence et les CHRS, mais peut-on les habiter ? *Je propose de dire qu'habiter, c'est pouvoir mettre de soi dans son logement*, qui devient comme un autoportrait : que le *soi* puisse se sentir chez soi, dans un espace d'intimité, se vêtir, se dénuder, se reposer, avoir des photos de sa famille, des objets personnels, qu'il puisse y inviter, avoir des amours. Habiter vient du même mot qu'habitude, un endroit où les choses peuvent se répéter, où l'on est sûr de se retrouver.

Je vais présenter une certaine vision de l'incurie à domicile, souvent appelée syndrome de Diogène, ce qui n'est pas très sympathique vis-à-vis de ce philosophe cynique à

---

<sup>1</sup> -cf. la journée SMES-Europa, « Home-less et Home-first, Rome 7 Mars 2013 : habiter n'est pas avoir un logement, par Jean Furtos, publié dans la revue *mental 'idée de décembre 2014*, à reprendre modifié dans la revue *soins –psychiatrie*.

forte personnalité. On parle d'un « Diogène », de quelqu'un qui « s'est diogénisé ». Je vais employer moi aussi cette dénomination devenue courante, même si je demande à Diogène de me pardonner.

## II- Le syndrome de Diogène, un syndrome transversal

De 1957 jusqu'à 1975, des gériatres anglais ont mis en lumière le fait que de vieilles personnes pouvaient avoir des accumulations d'objets dans leur logement, avec des négligences sévères portant sur elles-mêmes et leur environnement. En général, on intervient quand ça déborde, quand les pompiers sont mobilisés, quand les plombiers viennent pour des inondations, quand il y a des odeurs devenues insupportables, quand des objets envahissent le palier et que les voisins se plaignent. Il faut que le tableau devienne sensoriellement visible, sinon il reste longtemps « en souffrance », à moins que quelqu'un ait *un souci, une préoccupation* plus précoce, ou vienne au domicile pour une raison ou pour une autre. Quelques fois, c'est longtemps après le décès que l'on s'en aperçoit....

Clark et Mankikar en 1975<sup>2</sup>, ont donné à l'incurie à domicile le nom de syndrome de Diogène en remarquant qu'en règle générale les personnes n'étaient pas débiles ou malades mentales, qu'elles pouvaient même avoir une bonne éducation et une situation sociale enviable. Cela peut de fait toucher autant les vieilles dames ou les vieux messieurs riches que les plus pauvres vivant avec le minimum vieillesse, avec le RSA, ou, comme je l'ai vu récemment, un ingénieur polytechnicien qui vivait en couple. Une tendance caractéristique peut être un caractère soupçonneux, méfiant, on pourrait parler de caractère paranoïaque, mais cela est loin d'être la règle.

Avec les travaux des gériatres anglais, on pensait que le Diogène était réservé aux personnes de plus de soixante ans ; mais quand on a commencé à faire des visites à domicile en travail de secteur psychiatrique, on s'est vite aperçu que des patients psychotiques pouvaient avoir un syndrome de Diogène sans être particulièrement âgés ; idem pour les états démentiels. Puis, quand on a travaillé avec la grande précarité sociale, on a pu constater que des personnes ni âgées de plus de 60 ans, ni schizophrènes, ni paranoïaques, ni démentes, ou en tous cas rien de patent, présentaient un Diogène lors de leur accès au logement. C'est du rapprochement de ces constatations que m'est venue l'idée qu'il devait s'agir d'un **syndrome transversal, transnosographique**, sur lequel Nicolas Meryglod a fait sa thèse de médecine<sup>3</sup>. Il y aurait à départager les Diogène dits *primaires* (sans étiologies précises) et secondaires, consécutifs par exemple à une démence, mais je préfère envisager la transversalité de ces situations pour essayer de les situer.

## III- Bonne et mauvaise précarité

L'idée a été de dire que cette transversalité est celle-là même de la clinique psychosociale qui manifeste une souffrance psychique, ou plutôt psychosociale, observée sur les lieux du social, dont le logement est un cas particulier. J'ai progressivement compris que

---

<sup>2</sup> -Clark A, Mankikar G, The Diogenes syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. Lancet 1975; 15:366-8

<sup>3</sup> -Nicolas Meryglod, *l'incurie dans l'habitat*, thèse de médecine, 12 juillet 2007, Lyon

cela revient à poser la question de savoir comment les gens passent d'une « bonne » précarité qui aide à vivre, à une « mauvaise » précarité qui empêche de vivre ?<sup>4</sup>

La bonne précarité consiste dans le fait que sans l'autre, sans les autres, sans « poche » sociale comme la poche du kangourou, nous ne pouvons pas vivre biologiquement, psychiquement, socialement, et aussi spirituellement, c'est-à-dire au niveau des valeurs, de ce qui donne sens. Nous avons besoin des autres particulièrement quand nous sommes petits, quand nous sommes très vieux, quand nous sommes malades, quand nous avons des accidents de la vie, quand nous sommes exilés, autant de situations où nous sommes très précaires. En réalité, nous, les êtres humains, nous naissons libres, égaux... et précaires, c'est-à-dire en besoin du rapport à l'autre tout au long de notre vie, ce qui s'oppose à l'autonomie obligatoire en époque néolibérale<sup>5</sup>. On ne peut être autonome que si l'on est suffisamment dépendant dans un milieu pas trop traumatique. C'est l'homme précaire qui est autonome et qui a à être respecté du fait de sa vulnérabilité, ce qui appelle un rapport à l'éthique. Sinon, c'est de l'autarcie idéologique ou de la pathologie. La pathologie, c'est perdre la capacité d'être librement dépendant en cas de besoin. La mauvaise précarité commence à ce moment précis par la perte de la capacité de demande.

Dans un environnement suffisamment bon, cette bonne précarité donne habituellement une triple confiance,

-confiance dans les autres qui ne sont pas mes ennemis, on n'est pas dans un monde paranoïaque.

-confiance en soi, car si on s'occupe de moi quand je suis en difficulté, c'est que je suis bon.

-et confiance en l'avenir : si demain j'ai des problèmes, il y aura toujours quelqu'un pour m'aider, et s'il n'y a personne je me débrouillerai par moi-même, mais je sais qu'il y aura toujours quelqu'un.

A ce moment de notre histoire, nous assistons à une tendance fort fâcheuse pour le narcissisme et pour le lien social : la transformation à grande échelle de la bonne précarité (la bonne dépendance) en mauvaise précarité, qui se caractérise précisément par une triple perte de confiance :

- les autres sont dangereux pour moi,

- je n'ai plus confiance en moi,

- l'avenir est catastrophique, ou n'existe plus, ou le temps est accéléré.

La triple confiance devient triple méfiance.

---

<sup>4</sup> Furtos J. in : de la précarité à l'autoexclusion, ed. de la rue d'Ulm, 2009

<sup>5</sup> -cf. *la déclaration de Lyon*, congrès des 5 continents (octobre 2011), en langue française in : Rhizome N°45, oct.2012, p.62s

#### IV- Le syndrome d'auto-exclusion

Ce que je vais décrire maintenant est ce qui se passe quand on perd confiance, en particulier dans ce que j'ai appelé depuis 1999 le syndrome d'auto-exclusion. Quand on perd confiance et qu'on ne peut plus compter sur les autres en situation où on aurait besoin de liens, on passe par une période de découragement, différente de la dépression, et souvent confondue avec elle ; puis c'est le désespoir conscient qui permet encore la communication ; s'il se prolonge en désespoir intolérable, il devient incommunicable autrement que par symptômes, notamment ceux de l'auto-exclusion. J'ai pu observer, non sans surprise, qu'un schizophrène, un dément, un addict aux produits, alcool ou autres, un « grand précaire », ou des personnes qui ont « tout pour être heureuses », comme on dit, peuvent être désespérées pour la simple raison d'être des humains toujours capables de désespoir s'ils se sentent exclus de la commune humanité.

L'exclusion est la dégradation de l'environnement humain qui favorise ce mouvement du sujet : les gens ne m'aiment plus, je ne m'aime plus, je n'ai plus de place dans la société, je suis sur une autre planète, personne ne pourra jamais m'aider, je vais tout perdre, c'est la mauvaise précarité. L'auto-exclusion, dans un tel environnement, consiste à utiliser l'une des dernières libertés : prendre sur soi l'exclusion, s'auto-exclure pour ne pas souffrir ; mais pour se couper des autres, pour ne pas souffrir du fait de l'autre, il est nécessaire de se couper de soi : l'humain est capable de ça.

#### V- Rappel des signes du syndrome de Diogène

Avant d'en venir à cette clinique, examinons celle de l'incurie dans l'habitat à l'aide de l'approche de Jean-Claude Montfort, psychiatre à Sainte-Anne, qui a fondé une équipe et un réseau dédié à ce thème avec les personnes âgées. Il insiste sur cinq signes<sup>6</sup>.

-Le premier est un certain **rapport aux choses**, essentiel pour parler de Diogène : avec ses deux aspects qui sont *le collectionnisme*, collectionner des objets (habits, journaux, objets divers), et *l'aspect poubelle* ; si l'aspect poubelle domine, l'effet est impressionnant, avec les odeurs, la saleté, l'hygiène chamboulée, les déchets, y compris les excréments humains et animaux domestiques. Si le collectionnisme l'emporte, on dira en anglais *hoarding*, et en français *syllomanie* ; le DSM 5 parlera d'équivalents de troubles obsessionnels compulsifs.

-Le second est **l'absence de demande** : c'est quelqu'un qui ne demande rien alors qu'il devrait demander beaucoup pour lui, car il manque de l'essentiel dans son quotidien.

-Le troisième signe est une **misanthropie**. Entendons par là, des gens qui coupent les liens avec autrui, deviennent revêches, méfiants, cela signifie que les autres ne peuvent les aider à vivre.

---

<sup>6</sup> -Montfort J.Cl et coll, le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociales. Enquête descriptive. In : psychol Neuropsychiatr Vieil 2010 ;8 (2) ; 141-53

-Le quatrième signe est l'**auto-négligence** : des besoins élémentaires, de soi-même pour les soins du corps, les habits, les papiers, la nourriture, les médicaments s'il y en a de prescrits. Il est lié à l'absence de demande et à la misanthropie.

-Enfin le cinquième signe est la présence d'un « **porteur de panier** ». C'est la nécessité d'une personne extérieure pour aider à vivre dans le quotidien, d'une personne de confiance qui fait le va et vient entre le dehors et le dedans. Effectivement, quand on s'intéresse à ce type de syndrome, il faut toujours chercher le porteur de panier : un voisin, l'éboueur, un membre de la famille, un ami, quelqu'un du CCAS, de la Maison du Département, un soignant.

Il y a selon Jean-Claude Montfort quatorze sous-groupes de Diogène comportant des manières différenciellement réparties de ces cinq signes.

## **VI- Comprendre l'incurie comme l'un des aspects de l'auto-exclusion<sup>7</sup>.**

Ça commence par déshabiter son corps, car pour habiter un logement, il faut s'habiter soi-même, et réciproquement. L'auto-exclusion commence par la déshabitation de soi-même, avec les trois signes suivants plus ou moins explicites :

**-l'anesthésie ou l'hypoesthésie** du corps, de la peau, des organes internes ; certains patients psychotiques l'ont à certains moments, ce qui n'est pas un signe psychotique mais d'auto-exclusion : se couper de soi pour ne plus sentir la souffrance.

**-l'anesthésie des émotions, de l'anxiété, de la souffrance vécue va de pair avec l'anesthésie corporelle, car toute émotion passe par le corps.** Y compris la disparition du sentiment de honte.

**-l'inhibition de la pensée, pour ne plus penser la situation.** Tout se passe comme si la personne avait congelé son Moi *pour ne pas souffrir (clivage au Moi)*.

- quatrième signe, **la rupture active des liens** pour se protéger (vis-à-vis de la famille, des amis, des proches, nomadisme médical). D'où un aspect hyper individualiste.

-Cinquième et sixième signe : **l'errance**, il s'agit d'une manière de fuir le lien. Les gens en errance, pensent sans arrêt aux gens avec lesquels ils ne sont plus. **L'incurie à domicile** est le contraire de l'errance, c'est une implosion sur place, une auto-exclusion sur place, une fuite d'autrui par rapport à l'habiter.

-Le septième signe est cardinal et retrouve la différence entre la bonne précarité qui permet de demander de l'aide et la mauvaise précarité qui ne peut plus demander : la **non demande** fait partie **des signes paradoxaux** : « *plus je vais mal, moins je demande de l'aide* », que je ne décrirai pas d'avantage ici, ni les stratégies à mettre en place si l'on est en relation d'aide. Identique est la récusation de l'aide proposée.

---

<sup>7</sup> Furtos J., les cliniques de la précarité, chapitre 11, Masson, 2008

- autre signe paradoxal : plus on vous aide moins vous allez bien, signe décourageant pour les aidants professionnels, ce que l'on appelle **réaction thérapeutique négative**. Cela signifie qu'il ne faut pas chercher à soigner les gens trop vite (en particulier dans les Diogène qui font partie, selon moi, des signes du syndrome d'auto-exclusion), sauf s'il y a des signes de gravité majeure et de danger imminent.

-autre signe paradoxal : **l'inversion séméiologique** : un sujet racontera à un travailleur social sa vie, son enfance, son intimité, les sévices subis, et l'assistante sociale encombrée lui dira d'aller voir un psy. Et au psy, le sujet dira : « *je n'ai pas de logement, je n'ai pas de travail* », et il sera réorienté sur le travail social. On décrit ainsi le supposé syndrome de la patate chaude, qu'on peut arrêter si l'on comprend qu'en fait la parole est bien adressée à la bonne personne ; ce qui signifie qu'il faut accepter d'être provisoirement délogé de son cœur de métier pour pouvoir y *loger* l'autre : quand on ne peut habiter un logement ni soi-même, on habite la relation. Il n'empêche que le travail en réseau est absolument nécessaire, mais pas au nom de la patate chaude qui est l'aspect visible des défenses paradoxales.

-enfin, dernier signe déficitaire, **une mortalité accélérée et prématurée** : ne pas sentir son corps, ne pas ressentir les pathologies, refuser de demander de l'aide quand on va mal, être en errance ou en Diogène, tout cela ne facilite pas l'accès aux soins.

Je n'envisagerai pas ici la décongélation du moi, les retours du clivé, par exemple dans le malaise de l'aidant (signe tout à fait normal) ou certaines violences.

On voit comment le Diogène serait l'un des cas particuliers de l'auto-exclusion :

Le porteur de panier est le retour de l'autre, des autres, sur un seul. Sans exclure un traitement spécifique s'il y a lieu, la thérapie ne vise pas à éradiquer les symptômes mais à *faire avec* par le coaching dont voici un exemple.

## VII- Intervenir dans les situations de Diogène

Voici un exemple de coaching exemplaire<sup>8</sup>. Il y a un bailleur HLM à Rennes, Aiguillon-Assistance, qui a intégré depuis longtemps une psychologue dans ses équipes. L'une de ces interventions est racontée par Valérie Léger, qui est cette psychologue. C'était une femme et sa fille qui n'étaient pratiquement pas sorties depuis 20 ans, en incurie à domicile. Déjà il y a 10 ans, quand il avait fallu faire des travaux collectifs au niveau des interphones, on n'avait pas pu les réaliser pour elles après qu'elles aient menacé de se jeter par la fenêtre si on les intrusait. 10 ans plus tard, il s'agissait de refaire les fenêtres, et il fallait absolument rentrer dans leur appartement. Valérie Léger a été en mission pour tenter de régler cette situation ; elle en a parlé avec le CMP du secteur. Dans leur appartement, il y avait « des milliers » de revues sur le foot, « des milliers » de vaporisateurs d'Evian. L'électricité avait été coupée et elles s'éclairaient à la bougie ; s'éclairer à la bougie avec du papier journal, vous voyez le risque. Les logeurs n'ont pas fait n'importe quoi : d'abord ils ont négocié du côté du

---

<sup>8</sup>-Léger V. in Rhizome N°29, dec 2007 : gestion des troubles de voisinage, 28-33

risque d'incendie, et avec l'argent de la mère donné en liquide, ils ont payé l'EDF pour elle, car elle ne pouvaient pas sortir pour aller payer; ils sont allés payer car c'est moins dangereux d'avoir l'électricité que des bougies quand on a des journaux amoncelés à la maison... Ils ont fait ce pour quoi ils n'étaient pas payés, être la petite main qui règle l'électricité. Et puis, s'ils ne pouvaient pas tout déménager, il fallait tout de même en déménager une partie, mais ces dames ne voulaient absolument pas que leur amoncellement, un collectionnisme propre, sans microbes, qui montait jusqu'au plafond, aille directement dans les poubelles. Là encore, ils ont négocié : il y avait un appartement vide à côté du leur, et les bailleurs ont accepté de faire un transfert, ce qui est normalement défendu : ils ont transféré une partie des objets amoncelés dans l'appartement vide, et de là ils les ont mis à la poubelle. Ces femmes ont pu continuer à vivre dans une normalité relative ; le CMP avait préconisé ne pas les hospitaliser, si possible, pour éviter la décompensation d'un équilibre précaire. Ce qui frappe dans cette histoire, c'est la créativité de l'agence HLM et *sa capacité de transgression validée pour le bien des usagers*<sup>9</sup>, ces deux femmes dans leur environnement, en évitant le risque d'incendie. Les fenêtres ont pu être rénovées. L'un des principes du coaching, c'est, on le voit, d'arriver à un juste compromis entre le respect du symptôme et les exigences de la vie sociale.

Les pathologies du découragement et du désespoir n'appartiennent à personne, elles sont à tout le monde. Il faut garder comme point de vigilance le contexte morbide et social particulier, ne certainement pas être dans le déni des pathologies, mais garder l'horizon de l'humanité précaire et empêcher autant que possible une action excluante de ladite humanité.

## **2. Equipe Psymobile, Centre Hospitalier Le Vinatier « Deux cas cliniques d'incurie lors d'interventions de l'équipe Psymobile »**

**Dr Nicolas Chauliac, psychiatre de l'équipe Psymobile « Premier cas clinique »**

Bonjour à toutes, bonjour à tous. Merci au Dr Zeroug-Vial de nous avoir proposé de venir illustrer ces cas d'incuries, par deux cas parmi ceux que nous avons pu rencontrer dans notre cadre de Psymobile. Alors d'abord quelques mots sur l'équipe Psymobile qui a été créée en 2012 avec pour objectif de permettre l'accès aux soins de personnes qui n'y accèdent pas en raison de leurs troubles, de leur pathologie psychiatrique ou psychologique. Pour cela nous proposons de venir à domicile dans un binôme psychiatre-infirmier quelque fois psychologue-infirmier et de venir proposer un programme de soin au patient adapté à sa pathologie et qui le plus souvent se fait en accord avec lui. Un autre domaine sur lequel nous insistons beaucoup c'est le soutien à l'entourage, aux familles. Il y a pas mal de cas où finalement nous ne voyons pas la personne en difficulté et où nous ne la verrons jamais, mais nous soutenons la famille ou l'entourage qui elle-même va conduire cette personne vers le soin. Alors psy-mobile intervient dans le département du Rhône et est intersectoriel. Pour 2013, les derniers chiffres

---

<sup>9</sup> -Furtos J, la transgression validée, de l'intelligence de l'action, in : Rhizome N°33, dec 2008

dont nous disposons c'est 225 demandes. Les personnes qui demandent sont d'abord l'entourage et la famille proche. A peu près la moitié des cas concernent les gens de l'entourage et la famille proche. Les deuxièmes demandeurs sont les travailleurs sociaux et en troisième ce sont les acteurs du soin en général. On s'est intéressé aussi aux demandes et nous avons récolté des données sur les motifs invoqués par les demandeurs au premier contact par mail ou par téléphone. On voit que l'incurie n'est pas notre cœur de métier, c'est finalement 9% des demandes en 2013 et il n'y a pas de raison je pense que ce soit différent en 2014. Le motif principal des demandes c'est le trouble du comportement, l'agressivité etc.

Donc je voulais préciser un peu ce cadre avant de vous parler d'un premier cas qui est Monsieur B âgé de 54 ans et dont l'histoire commence lorsque l'ex-femme de M. B, séparée depuis longtemps signale, d'abord à la maison du Rhône puis à la mairie qu'elle s'est rendue au domicile de son ex-mari et que son domicile est dans un état tout à fait dégradé. M. B vit seul, il est divorcé depuis plus de 20 ans, il a deux enfants qui ne vivent plus avec lui qui sont âgés de 23 et 25 ans. Il travaille à la restauration dans un EHPAD et il souffre d'une épilepsie qui n'est pas très bien traitée parce qu'il a arrêté le suivi lui-même il y a deux-trois ans, parce qu'il trouvait que ça coûtait trop cher d'aller voir le neurologue, même si il ne manque pas forcément d'argent parce qu'il travaille. A ce moment-là, il fait plusieurs crises par mois. M. B ne consomme pas d'alcool, pas de toxiques, pas de tabac. Deux mois avant notre intervention, sur son lieu de travail, il a présenté des nausées, des vomissements, ce qu'on appelle des troubles de l'équilibre, il ne tenait pas très bien debout. On l'a adressé aux urgences, on y a fait le diagnostic d'une gastro-entérite aiguë. M. B est rentré chez lui avec un arrêt de travail pour une semaine, et depuis deux mois il ne sort presque plus de chez lui. Il n'a pas renouvelé son arrêt de travail, il n'a pas fait les démarches nécessaires vis-à-vis de son employeur, et comme il ne sort plus il a sollicité son ex-femme pour qu'elle vienne pour lui apporter au moins son traitement contre l'épilepsie, ce qui a conduit cette ex-femme à découvrir son logement, un logement où elle note qu'il entasse énormément d'ordures à plusieurs endroits, on verra. Et elle a signalé cette situation au logement du Rhône et à la mairie, et c'est la mairie, le service de santé de la mairie, qui se tourne vers nous et qui négocie avec M. B sans grande difficulté d'ailleurs, le fait que nous puissions venir le voir chez lui en binôme médecin infirmier. Alors M. B habite dans une tour, un HLM dans une zone urbaine sensible. Effectivement, l'immeuble n'est pas en très bon état même si il est correct. Mais dès qu'on arrive sur le palier, on note que les voisins de M. B, ses voisins de palier ont, autour de leur porte, distribué comme ça de la poudre anti cafard, et quand on approche de la porte de M.B, déjà, l'odeur est assez forte. Alors quand on entre, l'odeur est rapidement insupportable. Je n'ai pas été loin de vomir à ce moment-là. On note aussi que le logement est assez dégradé, il n'y a plus de papier peint sur le mur, il a été arraché on ne sait pas quand. On voit tout de suite que des cafards courent sur le sol, et dans le salon, où M. B nous reçoit, il y a plusieurs tas d'ordures comme ça, bien individualisés, bien séparés. Dans un coin il a entassé tous ses emballages de jambon et de camembert, parce que M. B ne se nourrit que de jambon et de camembert. Et donc là il y a un tas de bien 1m50 de hauteur dans un coin avec tous ces déchets. Sur la table de la salle à manger, sur la table basse du salon, M. B a empilé ses emballages de médicaments, vides pour la plupart parce qu'il suit son traitement contre l'épilepsie de manière correcte. Et puis sur le canapé, il a fait un tas de tous ses papiers.

Alors il a réussi à dégager un peu de place pour qu'on puisse s'asseoir, mais ses papiers c'est à la fois des brochures publicitaires et des papiers administratifs. Au milieu, quelque part, il y a un papier important parce que le père de M. B est décédé récemment et qu'il a hérité de l'assurance-vie. Donc il nous en parle, mais il arrive plus ou moins à retrouver ce papier dans le tas. Dans la cuisine où on fait un petit tour, on note que M. B qui doit boire du café le matin entasse bien soigneusement dans un coin tous ses filtres à café usagés. Donc sur plus d'un mètre de hauteur à peu près, et forcément ça commence à moisir un petit peu. Alors M. B vit plutôt dans le noir, mais pour me recevoir il accepte d'ouvrir les volets du salon qui donnent sur le balcon, et là on note que sur le balcon les déjections de pigeon se sont accumulées parce que M. B nourrit les pigeons, et sur plus de 10 cm de hauteur, on a des déjections de pigeons ce qui fait que le balcon est pratiquement inutilisable. M. B en plus vit avec trois animaux domestiques. Il a deux chats et un chien, qui ne sortent pas sur le balcon car ils feraient peur aux pigeons, et qui font leurs besoins directement sur le sol dans l'appartement. M. B se présente plutôt bien habillé avec des vêtements propres. On a quelques doutes disons à l'odeur, au nez, sur son hygiène corporelle. M. B n'est pas opposé à nous recevoir mais il dit lui-même qu'il y a un problème, il accepte en tout cas l'idée qu'il y a un problème, qu'il a besoin d'aide pour résoudre ce problème. Il dit qu'il est conscient que ce n'est pas tout à fait normal d'entasser comme ça des ordures dans son appartement, mais par contre, sur les raisons qui font qu'il le fait, là, il est beaucoup moins clair. Ce n'est pas très clair pour lui, il part du fait que d'abord, la première chose qu'il met en avant, c'est qu'une poubelle ça coute cher. M. B quand même travaille, et pour ses voisins, M. B n'est pas quelqu'un qui est en très grande difficulté sociale. Il a un travail, il a un logement social. Mais malgré tout, pour lui, une poubelle c'est un peu trop cher. Ça, c'est son premier argument. M. B nous dit aussi que « c'était mieux quand mon fils habitait avec moi. Ça m'obligeait un peu à ranger ». Un peu plus tard il vient à dire : « oui, finalement, c'est l'éducation de mes parents, ils ont été trop laxistes avec moi et du coup je ne sais pas me motiver pour faire les choses qui m'embêtent, je ne les fais pas. » En réalité il nous dit que cet entassement est ancien, que ça ne date pas de quelques années, et que ses enfants sont déjà intervenus avec des sacs poubelles pour nettoyer de temps en temps, en particulier le fils quand il était encore au domicile. On continue l'entretien, on fait un entretien d'évaluation psychiatrique. Pour moi, M. B ne présente pas de pathologie psychiatrique manifeste qui pourrait se révéler comme ça du premier coup. Alors qu'est-ce que nous proposons à M. B ? Nous appuyons d'abord sur le fait que, comme il l'a dit lui-même, son épilepsie est mal équilibrée, mal suivie. Et c'est pour ça que nous lui proposons de l'hospitaliser dans le service de médecine interne ou médecine générale de l'hôpital du Vinatier qui nous rend beaucoup de services. A ce moment-là, on se rend compte que cette gastro-entérite, n'était probablement pas une gastro-entérite mais plutôt un accident vasculaire cérébral qui expliquait les troubles de l'équilibre. M. B est traité pour ça, pris en charge également pour son épilepsie, et au cours de son hospitalisation nous organisons avec le concours de la mairie, ou plutôt, la mairie organise le débarrassage-nettoyage du logement. Notre demande à la mairie à ce moment-là est que M. B soit présent le jour du débarrassage. La mairie accepte, mais nous, nous n'y serons pas. M. B est bien là le jour où on débarrasse son logement, et en particulier quand on fait le tri des papiers qui s'entassaient sur le canapé. Ensuite, à la sortie, M. B est adressé et suivi au CMP. A cette occasion sera mise en place une aide-ménagère une fois par semaine. Là aussi M. B l'accepte, mais il finit par demander à ce

qu'elle vienne tous les 15 jours, là aussi avec l'argument que ça coûte cher. Aujourd'hui, on continue à suivre M. B au CMP.

## **Pierre Depraz, infirmier de l'équipe Psymobile et Dr Audrey Couillet psychiatre de l'équipe Psymobile « Deuxième cas clinique »**

Pour ce deuxième cas clinique nous allons vous parler d'un homme de 60 ans pour qui sa sœur qui est aussi sa tutrice nous appelle souvent par téléphone. Cet homme vit dans le pavillon familial. Il y a d'abord vécu avec ses parents qui sont maintenant tous les deux décédés. Il vit désormais avec un jeune couple qui a un enfant de 18 mois. Ce couple se charge des courses de monsieur, et lui ne quitte jamais le domicile. Nous apprenons que la demande de la sœur est aussi motivée par la volonté d'un membre de la fratrie de récupérer la maison. Tout d'abord, afin d'avoir un tableau plus général de la demande initiale, nous nous mettons en lien avec les différents partenaires qui ont été repérés lors des appels de la sœur. Dans la situation, nous repérons une assistante sociale, un médecin de la Maison du Rhône, un médecin généraliste, et un hôpital. Après avoir interrogé un peu tous ces gens, nous avons la confirmation qu'effectivement le monsieur en question avait été hospitalisé il y a quelques années en psychiatrie pour une schizophrénie. L'hospitalisation était une hospitalisation libre qui avait duré quelques années. Il a totalement quitté la sphère des soins dès sa sortie, donc il n'a plus aucun suivi. De son côté, la maison du Rhône avait connaissance de la situation de monsieur, sans parvenir à l'aider en raison d'une grande résistance passive. Munis de ces informations, nous faisons une réunion en équipe et décidons de nous déplacer auprès de ce monsieur en présence de sa sœur. Alors la première visite à domicile, là c'est plutôt la sphère des impressions, de ce qu'on a pu remarquer. On arrive devant un petit pavillon de banlieue. On franchit le portail. Dès qu'on a franchi le portail, on tombe dans une petite cour qui est envahie par la végétation. On a vraiment l'impression que la végétation engloutit la maison. Quand on regarde la maison à côté de la porte d'entrée à droite, il y a un balcon avec un tas de cassettes entassées comme ça, des cassettes vides. Juste au-dessus se trouve la fenêtre de la chambre de monsieur. Alors nous, on n'y a pas pénétré parce que c'était un petit peu sanctuarisé, mais sa sœur nous dira que sa chambre est totalement envahie de boîtes de chicorée, de paquets de cigarettes vides, de mégots et qu'en fait il reste très peu de place à monsieur pour dormir. Ensuite, nous pénétrons dans la maison, nous pénétrons dans un vestibule qui est très sombre. Il règne une atmosphère qui est lourde, pesante. Immédiatement nous percevons des odeurs de moisissure, d'excréments de chats, une odeur très prégnante. Une substance poisseuse recouvre un peu toutes les surfaces, les sols, le mur, le mobilier. Dans la pénombre du salon, un peu plus loin, nous pouvons distinguer sur une table basse ce qui nous semble être l'urne funéraire du père, mais posée là, entourée d'objets hétéroclites. Donc pas du tout comme un autel, mais juste parce que c'était posé à cet endroit-là. Il règne vraiment partout un grand désordre. Après hésitation nous pénétrons dans la cuisine étroite par laquelle nous sommes arrivés avec la sœur. Le médecin a le droit à une chaise préalablement nettoyée par la sœur. Nous nous installons sur un coin de chaise de notre côté, avec un contact minimum. Vous devez connaître ça... Et un coin de la table près de la fenêtre semble avoir été réservé au patient. Il y a un coin en formica, et sur le coin de table, on trouve

une serviette sale. Sur cette serviette se trouvent des tasses, sales elles aussi, parfois avec des traces de chicoré, et surtout des traces de mégots écrasés. Sur cette serviette sale toujours, on sent que c'est là que le patient parfois s'assoit et fait une sorte de rituel qui est le rituel de la chicorée. On trouve une petite casserole usée et une boîte de chicorée à côté. Alors ce qui est vraiment étonnant pour nous et ce qui fait vraiment contraste c'est qu'à côté de ça on trouve des objets de puériculture qui appartiennent à l'enfant de 18 mois qui vit dans cette maison. Avec des couleurs vives. Et ça tranche vraiment sur le reste de la cuisine.

Là, contre toute attente, le patient apparaît devant nous. C'est un homme très grand de presque 1 mètre 90 qui est mince, presque décharné. Son visage est creusé, il porte une barbe délaissée, ses vêtements sont durcis par la crasse, il a une chemise ouverte sur son torse, et c'est un foulard resserré autour de sa taille qui tient son pantalon. Il plisse les yeux en arrivant, comme ébloui et il semble qu'il nous voie à peine. Il nous contourne, il va s'installer à son coin de table. Il allume une cigarette qui sera la première d'une longue série. On perçoit vraiment une grande angoisse chez cet homme qui a le front plissé, le visage plissé et qui a du mal à respirer. Il est hyper vigilant au bruit de l'extérieur et lance de temps en temps des regards inquiets vers la fenêtre. Ses gestes sont vraiment pénibles. Ils se réduisent à leur minimum et sa main droite reste figée en l'air même lorsqu'il n'y a plus de cigarette. Il ne nous dira pas un mot durant cette visite et ne croiera à aucun moment nos regards. Nous sortons très inquiets pour cet homme qui nous paraît être dans une souffrance intense. Le tableau clinique peut évoquer une présentation catatonique, donc cela nécessite la mise en place de soins médicaux. Rentrés dans le service, nous discutons en équipe de la prise en charge que nous pouvons proposer à cet homme et nous décidons d'organiser une seconde visite à domicile, au cours de laquelle nous serons obligés de mettre en place une hospitalisation à la demande d'un tiers puisque le patient ne peut pas consentir au soin. Nous collaborons avec le médecin de la maison du Rhône mais aussi avec la sœur du patient et une amie de la famille qui connaît le monsieur depuis des dizaines d'années. L'intervention se déroule calmement et le monsieur après un court moment d'opposition passive va nous suivre tranquillement et va s'installer de lui-même dans l'ambulance. En parallèle, nous avons été obligés de rédiger une information préoccupante parce que nous avons été inquiets pour la situation de l'enfant de 18 mois qui vivait sur place.

En conclusion, nous avons pu constater en préparant cette intervention que les situations d'incurie ne représentaient pas la majorité de notre activité. Comme nous l'avons vu au début de la présentation, cela représente moins de 10% des motifs de demande. Après il faut savoir qu'en pratique on en voit un peu plus quand on va à la rencontre des personnes à leur domicile, on s'aperçoit qu'elles vivent dans une situation d'incurie. Nous avons choisi de vous présenter ces deux cas cliniques pour vous montrer la diversité dans laquelle on peut retrouver des situations d'incurie. En effet, elle peut être présente chez un patient ayant une personnalité atypique comme dans le cas clinique n°1 mais aussi chez un patient ayant un trouble psychiatrique sévère comme le patient schizophrène de la seconde vignette clinique. On retrouve dans ces cas cliniques les démarches habituelles de nos services, avec une demande qui émane de la famille ou d'un travailleur social. Le travail en équipe, c'est vraiment cette réflexion qu'on peut avoir en rentrant dans le service, le travail avec différents

partenaires médicaux et sociaux, et les visites au domicile. Il faut savoir que nous avons toujours la volonté de nous recentrer sur la souffrance du patient, quitte parfois à prendre du recul par rapport à la demande de soin initiale parce qu'il est vrai que nous avons remarqué que la plupart du temps, cette demande de soin initiale s'appuie sur des symptômes visibles, comme peuvent l'être des troubles du voisinage ou les situations d'incurie. Notre travail consiste à s'en dégager légèrement mais surtout à l'intégrer à un tableau plus large qui va représenter davantage la réalité du patient. Merci de votre attention.

## **Benoît Eyraud « Questions à l'équipe Pymobile »**

**Benoît Eyraud:** Vous avez indiqué que c'était la mairie qui avait procédé au nettoyage mais concrètement qui sont les personnes qui sont venues intervenir ? Est-ce qu'elles dépendent de la mairie, est-ce qu'elles dépendent d'un autre organisme ?

**Dr Nicolas Chauliac :** En fait la mairie a fait appel à une entreprise privée de nettoyage, il se trouve que c'est une commune où il y a quand même beaucoup de problèmes sociaux et d'incurie, donc, ils avaient une certaine habitude de ce point de vue-là. Effectivement, comme je l'ai dit, notre demande était quand même que le patient soit présent au moment du nettoyage et du débarrasage. Bon après il y a eu toute une phase de désinsectisation pour laquelle il n'y avait pas vraiment besoin d'être présent, et ça a été financé en partie par le patient et en partie par le bailleur donc sur les détails pratiques c'était ça.

**Benoît Eyraud:** Dans le deuxième cas, j'ai trouvé intéressant que l'on se centre progressivement non sur le logement mais sur la personne, mais qu'en est-il du nettoyage ? Y en a-t-il eu un ? A-t-on demandé à la personne son avis par rapport au nettoyage ? On voit bien que la question de la demande est centrale, et là, comment avez-vous pris l'avis de la personne, voire son consentement ?

**Dr Audrey Couillet :** Nous avons vu le patient il y a quelques semaines, et il est encore hospitalisé. C'est vrai que par rapport au nettoyage, ce n'est pas nous qui sommes intervenus en fait. C'est une situation particulière parce que le patient habite avec d'autres personnes, avec un autre couple et c'est eux qui gèrent aussi les autres pièces de la maison, donc ce n'est pas seulement l'habitat du monsieur..

**Dr Nicolas Chauliac :** Je crois quand même que la sœur qui nous avait alerté a immédiatement après notre départ quasiment, a jeté quelques... enfin un certain nombre de sacs poubelle. Mais voilà, c'est tout ce qu'on peut en dire pour le moment.

## Questions de la salle à l'équipe Psymobile

**Participant :** C'est une question par rapport à l'équipe Psymobile, et par rapport au consentement. Les Diogènes sont des personnes qui, on l'a vu, ne sont pas demandeuses ? En tant qu'intervenant extérieur peut-on faire appel à l'équipe Psymobile si la personne n'est pas demandeuse et n'a pas notamment de suivi même aucun suivi médical

**Dr Nicolas Chauliac :** oui alors nous ne voyons que des personnes qui ne sont pas consentantes. Si elles sont consentantes, elles vont vers des soins sans avoir besoin de nous donc oui par définition, ce sont des personnes non consentantes. Après, tout est question de négociations. La première étape, c'est de négocier la rencontre, donc la possibilité de se déplacer pour rencontrer la personne dans un lieu qu'elle choisit, et c'est là qu'intervient le demandeur. Le rôle du demandeur est de négocier avec la personne en question l'acceptation d'une rencontre avec nous. Ce qu'on demande au demandeur, c'est de négocier que la personne ouvre la porte et nous accueille. Donc oui on peut faire appel à nous évidemment parce que c'est notre rôle et notre public, ce sont des gens qui ne sont pas demandeurs de soin, mais malgré tout, il faut qu'ils acceptent une demande de soin.

### 3. Dr Jean-Claude Monfort, Psychiatre, Gériatre et Neurologue à l'hôpital Sainte-Anne, Paris « Syndrome de Diogène : l'origine de la diversité des situations et la fréquence d'un paradis perdu dans la petite enfance »

Si nous nous disons que les Diogène sont juste des personnes qui accumulent, nous tombons sur un pourcentage de troubles psychiatriques. Si nous demandons à des personnes qui sont en charge de campus universitaires et qui, à un moment donné, doivent ouvrir toutes les chambres pour refaire un radiateur et bien, en Grande Bretagne par exemple, 30% des personnes seront considérées comme des « *pack rats*<sup>10</sup> », c'est-à-dire c'est « dégueulasse », c'est exactement, ce qu'a décrit l'équipe Psymobile. Nous avons appelé ça les « Diogène éphémères », c'est-à-dire que dans la salle, ici, il y a un tiers des personnes qui a été Diogène. Donc la fréquence dépend du périmètre des situations de Diogène, et dépend de la définition. Nous ne voyons que les Diogène qui attirent l'attention parce qu'il y a des risques d'incendie, d'effondrement des planchers ou des nuisances. Mais ce n'est que la partie émergée. En réalité, le pourcentage ne veut rien dire. Cela dépend de la définition que l'on se donne et je vais vous en proposer une mais il y en a d'autres.

---

<sup>10</sup> Nom figuré donné par les anglo-saxons aux jeunes vivants reclus dans leur logement négligé, en référence à une sorte de petit loir construisant des nids.

Les personnes qui vivent comme Diogène sont toutes différentes, il ne faut pas les généraliser. Chaque cas est unique. Tout récemment dans le cadre du DU de gérontopsychiatrie à Sainte-Anne, une consœur racontait l'histoire d'une dame en maison de retraite, désarticulée comme un pantin, avec une supposée maladie de Parkinson, tirant derrière elle une sorte de baquet avec un mélange d'on ne sait quoi. On a su par la suite qu'elle allait chercher dans son rectum des excréments puis qu'elle mettait son urine dessus dans le baquet, elle vomissait dedans, elle mélangeait, elle laissait macérer suffisamment de jours pour emmener ensuite ce baquet dans le parc de la maison de retraite. Cette dame a obtenu le troisième prix de fleurissement. On se dit : « mais quelle est son histoire ! ». Toutes les histoires sont uniques, chaque personne est différente, les regrouper dans le syndrome de Diogène, c'est un regroupement, mais c'est artificiel. Ceux qui nous sont signalés, c'est ceux qui engendrent des risques, c'est celui qui fume, qui laisse tomber des mégots sur des entassements qui sont inflammables. C'est l'entassement putrescible, avec les odeurs, les mites, les cafards et tous ces parasites et les rongeurs, c'est ceux qui sont signalés, c'est ceux qui sont à risque et qui sont source de nuisances. Donc n'imaginez pas que Diogène existe en tant que tel, c'est un syndrome, et tant qu'on n'a pas compris ce qu'est un syndrome, on est un peu bloqué. Donc il faut accepter la diversité.

Je m'occupe des Diogène depuis toujours et je pense que je suis Diogène moi-même. La question est « est-ce qu'il y a une solution ? ». Ceux qui pensent qu'il y a une solution, vous pouvez partir, ne perdez pas votre journée, il n'y a pas une solution. On l'a bien vu à travers les deux cas qui sont différents. A 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, si 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.

Sur le syndrome de Diogène, je n'ai pas arrêté de changer d'avis. Cela fait à peu près 2 ans que j'ai arrêté. Ça y est, je crois que je me suis congelé, j'ai une pensée maintenant qui est stérile après avoir pensé dans tous les sens. Quand j'étais neurologue, je me suis dit, ce sont des déments, puis, en psychiatrie, je me suis dit, ce sont des névrosés, il s'agit de TOC, de psychoses. Enfin, en gériatrie, je me suis dit qu'il s'agissait d'un mode de vie. Il y a donc plusieurs éclairages possibles, et on devient très facilement confus.

Avec Isabelle Péan, Catherine Wong, Emmanuelle Devouche et Laurence Hugonot-Diener nous avons réalisé deux études dont l'une paraîtra en 2015 sur Diogène. Pour travailler sur un plan scientifique, nous avons convaincu sur le territoire du 15<sup>ème</sup> arrondissement tous les partenaires : les pompiers, les fonctionnaires de police, les travailleurs sociaux, les médecins généralistes, de travailler avec nous à partir d'une définition de Diogène qui est : « ces personnes auraient besoin de tout vu de très loin ou vu de près. » Ces personnes ont besoin de tout au point que le diagnostic est posé par l'assistante sociale : quand la porte s'ouvre elle pousse un cri. Elle pousse un cri parce que la personne aurait besoin de tout et qu'elle ne demande rien. Pour nous, s'il n'y a pas ce critère, il ne s'agit pas d'un syndrome de Diogène. Peuvent s'ajouter à ce critère principal des critères additionnels qui bougent sur trois axes, et pouvant occuper des positions extrêmes. Nous avons retenu trois axes. Le premier axe c'est la relation aux objets : il y en a soit beaucoup trop, soit pas du tout. Le

deuxième axe est celui de la relation au corps : le corps est un objet de soin, ou le corps est totalement négligé. Enfin le troisième axe est la relation aux autres, soit elle est très investie, avec une philanthropie incroyable, soit au contraire, il y a une réclusion à domicile.

« Besoin de tout, demande rien », c'est notre critère principal. Nous essayons de négocier, d'aller vers eux, et par définition ils refusent. Et c'est là, la difficulté. Comment passer d'un refus à un accord ? Il faut s'emparer du « porteur de panier » quand il existe. L'équipe Psymobile a parlé de la famille ou de l'entourage qui souvent ne peut plus, n'est plus là. Parfois ce porteur de panier se décourage et c'est à ce moment-là que la situation peut devenir dangereuse, il faut aller le récupérer. Souvent, une situation nous est signalée quand le « porteur de panier » s'est retiré ou qu'il est mort. Quand ce porteur pose ce panier, Diogène prend le panier et puis il ferme la porte, il vide le panier et puis une fois qu'il a vidé ce panier il ouvre la porte et puis il le remet sur le palier. C'est comme ça qu'il y a des reclus depuis 20 ans qui n'ont pas vu leur porteur de panier.

Face à ces situations, soit nous sommes fascinés, soit il y a un dégoût. On peut alors avoir deux attitudes : soit on abandonne le terrain, soit on fait une intervention trop brutale. La solution, si il y en avait une, ce serait de naviguer à plusieurs entre ces deux écueils, c'est un compromis, c'est subtil, c'est tout sauf simple, c'est fragile, c'est un accompagnement sur des années. On voit bien que l'évacuation ne résout rien sauf diminuer les risques immédiats pour le voisinage ou pour la personne. 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, si 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.

Si l'on dit à une personne « bonjour vous avez une incurie dans l'habitat ! », il dit : « incurie, incurie, est ce que j'ai une tête d'incurie ? ». Mais est-ce qu'il n'y aurait pas d'autres dénominations ? Il y a plein d'autres dénominations dans d'autres pays, et nous, nous en sommes arrivés à adopter le terme « Diogène ». Mais le terme « Diogène » d'où ça vient, quel est ce mot, d'où vient ce terme ?

*Extrait du DVD : Le premier à nommer ces situations est Ernest Dupré. A partir d'une compilation de coupures de journaux il répertorie 17 cas apparemment hétéroclites qu'il a la bonne idée de réunir sous le terme de « **mendiant thésauriseur** ». Il a compris que ces personnes partageaient le même mode de vie. Il décrit 17 personnes dont un couple, plus souvent des femmes que des hommes et il décrit des cadavres. Diogène est découvert mort, ou alors juste avant la mort, à l'état d'agonie, de semi-coma et puis quand il est mort il est mort de froid, de faim et d'incendie, donc il peut être dangereux pour lui-même et pour les habitants de l'immeuble. Bien plus tard en Angleterre, à Nottingham, Duncan McMillan va ouvrir au sein d'un hôpital psychiatrique une toute petite unité expérimentale de psychogériatrie et c'est là qu'il va proposer le terme de « **social breakdown syndrom** ». Dupré a identifié ces personnes « **mendiants thésauriseurs** », ensuite McMillan les a nommées « **social breakdown** ». Ce terme est repris par Grunberg, et puis enfin Clark apporte la notion*

*de syndrome de Diogène, mais aussi celle de « grande négligence de soi ». Après Clark d'autres ont continué à s'intéresser aux situations soit en maintenant les termes soit en proposant d'autres expressions.*

**Dr Jean Claude Monfort :** Si nous nous demandons ce qu'est le syndrome de Diogène, il faut d'abord comprendre ce qu'est un syndrome.

***Extrait du dvd :** Il faut commencer par définir ce qu'est un syndrome. Un syndrome c'est l'assemblage de plusieurs symptômes. Nous prenons l'exemple du syndrome mélancolique, il associe trois symptômes : de la culpabilité, « c'est de ma faute », de la perte d'espoir « ma vie est foutue », de la dévalorisation*

**Dr Jean-Claude Monfort :** Un syndrome c'est donc un assemblage de signes et derrière il y a tout et rien. Ça peut être une intoxication à la vitamine A, comme une méningite virale, comme un méningocoque. Donc le syndrome c'est une description, et pour décrire le syndrome de Diogène, nous avons retenu trois axes.

L'idée est qu'il y a des dimensions, des axes sur lesquels bougent des curseurs. Au fil de la vie on peut rester au milieu de cet axe tout le temps ou on peut être complètement à une extrémité ou alors on peut zigzaguer aux deux extrémités, ou encore, plus paradoxal et difficile à comprendre, on peut être bloqué en même temps aux deux extrêmes. Il faut avoir vu des situations pour comprendre qu'on peut être mixte sur chacun des axes. C'est à dire qu'on peut être philanthrope et misanthrope. Face à une personne avec qui il faut négocier, il y a une part de misanthropie qu'il faut essayer de négocier et puis essayer de faire le pari qu'il y a aussi une part de philanthropie. Cette idée qu'une personne peut être en même temps aux deux extrémités est difficile à attraper. Pour s'en convaincre, il faut visiter, visiter, visiter des domiciles. Au cours d'une visite à domicile, j'ai été amené à explorer une « galerie », une « tranchée », tel un spéléologue, dans laquelle il y avait des lampes à quartz qui soutenaient une sorte de plafond, qui débouchait sur une sorte de « boyau », une pièce qui était totalement vide. Il y avait donc du totalement plein et du totalement vide, en même temps, dans un même appartement. Comme autre exemple de cette possibilité pour une personne de se situer à deux extrémités opposées, un collègue psychiatre psychanalyste me parlait d'une personne ayant une souffrance d'éjaculation précoce, pendant des années. Un peu plus tard cette même personne a une souffrance d'éjaculation tardive. L'idée est que ce sont deux symptômes opposés, qui traduisent une même difficulté : être avec l'autre, être dans le même temps que l'autre.

Enfin ma dernière hypothèse qui semble être le plus petit dénominateur commun de ces situations, c'est le « *paradis perdu dans la petite enfance* ». Actuellement on parle de « Diogène primaire » : il n'y a pas de maladie associée, ou de « Diogène secondaire » : on trouve des maladies. J'ai évolué par rapport à ça. Devant ces situations très diverses, pour essayer de repérer le plus petit dénominateur commun, ce que nous avons trouvé suite à la deuxième étude que nous avons menée c'est qu'il y aurait eu un drame. Diogène (le Diogène historique, le philosophe cynique) est au Paradis, à Sinope. Son père était banquier. Diogène avait du lait, du miel, de la tendresse, tout ça... Puis, son père est accusé, à tort ou à raison, de faire de la fausse monnaie. Il doit être condamné à mort, il préfère fuir, et fuit avec sa

famille. Diogène a environ trois ans. Ils sont capturés par des pirates et Diogène est séparé de ses parents, vendus comme esclaves. Nous appelons ça un évènement de vie à caractère traumatique. C'est d'abord le paradis, puis l'enfer, survivre à l'enfer, et enfin arriver sur terre. La terre étant par définition ni le paradis ni l'enfer. La puissance de ce parcours de vie : du paradis à l'enfer puis à la terre, pourrait d'une part réactiver un programme de survie, qu'on a tous. Par exemple, si un astéroïde frappe la terre, c'est bien d'avoir ce programme de survie : donc on aurait besoin de tout et on ne demande rien. Si par exemple on se retrouvait dans une capsule spatiale et bien on activerait ce programme de survie, on est obligé pendant 6 mois de faire avec ses excréments et ses urines. Parallèlement, ces traumatismes peuvent déclencher un trouble obsessionnel, un trouble schizophrénique, un trouble maniaque. Certaines personnes vont déclencher l'un ou l'autre ou les deux. Ainsi, lorsque nous sommes appelés sur une situation, on retrouve une grande diversité de situations. En revanche le point commun à ces situations que l'on retrouve, c'est ce passage du paradis à l'enfer dans 95% des cas. Mon hypothèse, c'est qu'on retrouverait cette fréquence « Paradis, Enfer, Terre » dans 100% des cas. Mais c'est ça qui les rend exceptionnels et attachants. Merci

## **Benoît Eyraud « Questions au Dr Jean Claude Monfort »**

**Benoît Eyraud :** Nous avons bien compris la différence entre les symptômes et le syndrome. Un syndrome c'est un assemblage de symptômes. Mais où se situe le terme de maladie par rapport à celui de syndrome ? Pourquoi Diogène, pourquoi l'incurie n'est pas une maladie ?

**Dr Jean-Claude Monfort :** L'incurie, c'est une relation à soi, aux objets, et aux autres. C'est un mode de vie, et puis ce mode de vie on l'a ou on ne l'a pas, mais ça n'est absolument pas une maladie. Un de mes patrons, André Bourguignon, qui m'a enseigné pas mal de choses, disait : « est-ce que la tuberculose est une maladie ? On pourrait dire que c'est une maladie parce que ça peut toucher l'os : la tuberculose osseuse, la tuberculose pulmonaire, la tuberculose uro-génitale : on devient stérile. Donc ça casse une vie. Voilà, c'est une maladie et puis c'est une maladie qui se traite parce qu'il y a une cause, c'est le bacille de Koch, et puis il y a un antituberculeux, deux antituberculeux ... et puis on guérit de la maladie, c'est une belle maladie n'est-ce pas ? » Nous étions tous d'accord mais il continuait : « Eh bien non, ce n'est pas une maladie, parce que vous venez ici à Créteil en prenant le métro, et tous les jours vous vous ramassez du BK et ce n'est pas parce que vous êtes en contact avec la cause de la maladie que vous êtes malades, donc la maladie n'est pas obligatoirement aussi simple que ce que vous croyez. » Il nous enseignait des maladies psychiatriques et donc le côté multi-facteurs de la maladie. Dans l'idéal, mais l'idéal n'existe pas, on aimerait avoir une maladie avec une cause unique, et cette cause on aimerait avoir un traitement unique. Et le plus souvent c'est tout sauf ça. On est dans le plurifactoriel, dans l'interaction, et en tant que gériatre, on voit quelqu'un qui n'a pas non pas une maladie, mais plein de maladies, et on se dit « mais c'est une catastrophe, il n'y a plus qu'à le mettre à la poubelle ». L'idée magique qui ne marche qu'une fois sur deux, mais ça marche une fois sur deux, c'est de chercher un presque rien qui fait passer la personne à travers un seuil où la maladie est visible, à un autre

endroit où la maladie n'est plus visible. L'idée n'est plus de se battre contre la maladie, mais de chercher un presque rien qui change tout. C'est l'effet papillon. Et ça c'est la philosophie du gériatre.

#### **4. Adrien Pichon, Psychologue, Doctorant en psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, CRPPC, Orspere-Samdarra « Du sanitaire au social, de la pathologie au trouble de l'être ensemble »**

Dans le cadre d'une thèse en psychologie clinique, j'accompagne depuis maintenant plus d'un an une équipe de travailleuses sociales sur un dispositif de traitement des situations d'incurie dans le logement (qui vous sera présenté plus en détails cet après-midi). Cette recherche est née d'un double questionnement :

- Un processus thérapeutique à domicile est-il possible tout en maintenant une référence théorique psychanalytique? Surtout auprès de personnes qui auraient besoin de tout et ne demande rien selon la formule de Jean-Claude Monfort.
- Qu'est-ce que la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique peut nous apprendre sur l'habiter en s'intéressant au syndrome de Diogène et à l'incurie dans le logement? Objet qui a été peu traité par ce courant.

C'est autour de ces deux questions que je vais développer cette présentation.

La théorie psychanalytique, qui constitue la référence théorique qui guide mon travail, s'est originellement construite sur le traitement en libéral des états névrotiques, autrement dit sur une pratique "résidentielle" (le cabinet de l'analyste et le divan<sup>11</sup> qui en constitue symboliquement la « demeure »). La psychanalyse « historique » ne s'est donc logiquement pas intéressée à la question de l'habiter, comme elle n'y était pas directement confrontée. La relation thérapeutique issue de ce modèle et notamment le mouvement transférentiel en direction de l'analyste, l'importance de la « demande », ont produit, façonné les concepts de la métapsychologie psychanalytique, et donc une certaine idée de l'individu, de son identité, en lien avec les structures névrotiques. La théorie s'est donc d'abord majoritairement constituée sur le socle suffisamment solide des acquis identitaires des névrosés (différenciation Moi/non-Moi, permanence des représentations d'objet, etc.). Elle a, de fait, peu questionné l'universalité de ces acquis, ces compétences, pendant les premiers temps de son développement. La névrose est devenue une sorte de mètre-étalon, de norme pour l'ensemble de la psychopathologie, mais aussi pour la pratique thérapeutique. C'est de la rencontre avec d'autres types de souffrances psychiques (psychoses, états limites, psychanalyse des enfants...) qu'ont découlé d'importantes avancées théoriques, mais aussi des innovations majeures concernant le cadre, le dispositif pratique d'écoute et de traitement des patients. Mais un pas restait à franchir dans l'abord de la clinique à domicile, même si il

---

<sup>11</sup> Rappelons que le *Diwan* désigne dans la maison orientale la pièce garnie de coussins servant à la réception des hôtes.

faut mentionner les travaux pionniers de Selma Fraiberg et son dispositif de « kitchen therapy ». Mon travail s'inscrit dans un courant de recherche important au CRPPC de l'université Lyon 2 concernant les dispositifs hors les murs. Ce courant s'est développé autour de recherches praticiennes sur des terrains difficiles, auprès de publics peu accessibles et rarement en mesure d'exprimer une demande de soin : SDF, jeunes délinquants, clinique en milieu carcéral... C'est une partie du champ recouvert par la notion de clinique psychosociale développée par Jean Furtos et ses collaborateurs de l'ORSPERE-ONSMP. J'ai donc souhaité engager mon travail dans cette direction, en interrogeant les conditions de possibilité d'un travail thérapeutique à domicile, dans le cadre d'un accompagnement centré sur le domicile, pour des personnes en situation d'incurie dans le logement et syndrome de Diogène (je m'inscris dans la perspective transnosographique de ce trouble présentée par Jean Furtos).

Concernant la question de la pratique thérapeutique, plusieurs pistes de réflexion s'ouvrent à ce point de ma recherche :

Tout d'abord, la question de la demande. Les personnes en situation d'incurie dans le logement « auraient besoin de tout mais ne demandent rien ». C'est la première difficulté dans l'approche de ce public. Le dispositif auquel je participe ne propose son accompagnement que lorsqu'un danger avéré pour la personne elle-même ou son entourage proche (ses voisins) est repéré, signalé et authentifié (vigilance règlement de comptes entre voisins). Ce dispositif vise à éviter le recours à des solutions coercitives qui sont souvent contre-productives, voire dangereuses. C'est une sorte de dernier recours impliquant un travail dans la durée, des visites fréquentes, beaucoup de médiations, etc. Mais la première rencontre, et plus encore, la première visite à domicile sont des moments très intenses et chargés d'angoisse pour la personne. Il est très rare que l'accueil soit chaleureux et décontracté. Dans l'une des situations (une femme souffrant de schizophrénie sur un mode très persécuté et opposant) il a fallu presque une dizaine de visites avant qu'elle accepte de nous laisser entrer (visites=deux à trois minutes d'échanges sur le seuil avant qu'elle nous claque la porte au nez en hurlant). Dans une autre situation (une femme avec une légère déficience qui avait laissé s'accumuler environ 5 m cubes de fientes de pigeons sur son balcon au point qu'il menaçait de s'effondrer) la première visite du domicile (très encombré aussi) n'a pu se faire qu'après plusieurs mois d'une sorte de parade, une véritable chorégraphie de la rencontre selon la formule de René Roussillon, après des visites impossibles parce que Mme avait oublié ses clefs, quelques « lapins » et un détour par un lieu tiers où elle se sentait rassurée par la présence d'une personne de confiance qui a tenu le rôle de médiatrice et d'intermédiaire. Ensuite seulement, elle a pu nous accueillir chez elle et nous avons pu accomplir un travail très constructif. Bien souvent, ces personnes ont appris à vivre avec les désagréments causés par leur mode d'habiter. Elles ne voient pas le problème, ne se sentent pas en difficulté. Le symptôme semble égodyntaxique comme disent les psychiatres : il paraît « accordé » avec le Moi. Et il s'agit aussi bien souvent d'un symptôme invisible, une sorte de « folie privée » pour reprendre la formule d'André Green. Il faut en effet attendre qu'il déborde sur l'environnement pour qu'il se manifeste, s'actualise dans le champ perceptif (odeur souvent, vision...). Avant cette étape, on pourrait dire de manière un peu radicale que ce trouble n'existe pas. C'est donc clairement un symptôme relevant de la clinique psychosociale : il

touche un sujet comme coupé d'une partie de lui-même (en l'occurrence son logement) et se manifeste d'abord par le malaise créé dans l'environnement. L'approche clinique de ce trouble demande donc un travail de conversion ou de subversion pour le transformer en symptôme, en signe d'une souffrance psychique adressée à un autre, à des autres. Dans ce contexte, la notion de danger doit rester incontournable pour soutenir éthiquement une proposition d'accompagnement. 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. Il faut se faire inclure à l'intérieur du cercle du sentiment de persécution. Cela implique nécessairement une part de séduction bien tempérée pour se rendre suffisamment acceptable par le sujet, pour qu'il consente à vous laisser pénétrer chez lui. On voit bien ici les enjeux qui se trouvent mobilisés autour de la question de l'intimité et de la légitimité à agir sur celle-ci. Cela demande un travail important sur les ressentis et les représentations mobilisés dans ces situations et leur lien avec le dilemme du consentement, pour « refroidir » le risque d'actualisation d'un vécu d'intrusion, ou de viol. Tout ça alors que la contrainte réelle n'est jamais bien loin et insiste souvent avec force de la part de l'autorité sociale. Le monde de Diogène est une sorte de bulle narcissique et l'autre n'y pénètre jamais sans risque d'éclatement. Il me semble très important d'être deux dans ces moments-là. Le duo travailleur social-psychologue permet d'aborder la rencontre avec tact, en maintenant présents les aspects très concrets et réels liés à la problématique de la personne (c'est le travail de mes partenaires : retours aux droits, médiation sociale etc...) mais aussi la dimension psychique, subjective. Cette dimension se manifeste dans les échanges, souvent à l'occasion du travail de tri que nous pouvons effectuer avec les personnes que nous accompagnons. Bien sûr, ces échanges n'ont jamais la densité qu'ils pourraient avoir dans un cadre plus strictement thérapeutique : ils sont plus ponctuels, moins liés, plus fragmentaires. Mais je crois que le rôle du clinicien consiste ici à faire un travail de recueil et d'observation, de stockage et d'archivage de ces fragments de subjectivité dispersés au gré de la relation d'accompagnement. Il s'agit aussi d'opérer un travail de liaison entre ces contenus verbaux et tout l'immense champ des messages comportementaux et ceux déposés à même le logement. En effet, le monde de Diogène, cette bulle narcissique que j'évoquais, est un espace saturé de sujet, saturé de son histoire et de l'histoire de son mode d'habiter. Cette saturation se ressent bien lors des visites avec un sentiment d'envahissement sensoriel et perceptif qui donne parfois le tournis. Sur le plan de la méthodologie de recherche, la saturation se manifeste aussi dans le travail de retranscription des visites qui demande un temps infini et nécessite de dépasser un ressenti de ne plus savoir par où commencer. Exactement comme ceux à qui nous rendons visite... Le travail de tri que je mentionnais, se réalise donc aussi sur un deuxième plan, parallèle à celui accompli dans le logement avec la personne. Il s'effectue dans le travail d'élaboration clinique, dans cette autre demeure constituée par la vie psychique commune des intervenants que nous sommes. C'est une forme de travail de tri par procuration, que nous avons appelé vicariance dans une autre recherche (de vicaire : celui qui assume la fonction d'une personne absente, remplaçant, suppléant). Dans la durée, cette activité génère des effets intéressants : l'accroissement de la confiance d'abord, la confiance découlant du sentiment d'être digne d'intérêt et du fait que l'on sent qu'on peut confier des choses de soi à un autre qui va les conserver, les traiter avec respect, ne pas les jeter comme un déchet ; mais surtout, ce travail de conservation permet aussi une restitution du matériel confié, une restitution qui

valorisera ce matériel en le démarquant du fond duquel il n'apparaissait même plus, comme pour le rendre plus brillant, plus propre, plus précieux. Il apparaît ainsi digne d'être gardé et différencié de la masse dont il a été extrait. C'est ainsi que tout le monde fonctionne dans son rapport à son histoire et à son habitat (les deux sont très liés) lorsque les choses ne vont pas trop mal : il y a des choses que l'on va conserver précieusement, et d'autres qu'on oubliera, qu'on laissera derrière soi sans arrachement et sentiment de perte irrémédiable. On voit ainsi commencer à se dessiner les lignes d'un modèle clinique possible dans les situations d'incurie, un modèle pris dans les tensions de la paradoxalité propre à ces situations : la durée contre l'urgence, la médiation contre la coercition. Et le « contre » dont il s'agit ici signifie aussi avec... Il s'agit d'aménager dans ce champ de tension une deuxième bulle pour le sujet, moins hermétique à l'extériorité, mais préservant tout de même une certaine quiétude pour que le travail s'accomplisse : travail de tri à son niveau le plus concret mais aussi sur un deuxième plan métaphorique, psychique ; travail de catégorisation : « je garde le bon, le précieux ; je me débarrasse du mauvais, du sale, de ce qui est sans valeur ». Ici, le maintien d'une certaine pression de la part des représentants de l'autorité sociale peut s'avérer utile dans le sens où il participe parfois à la consolidation d'une forme de clivage fonctionnel entre le dedans et le dehors, dans le sens que nous évoquions avant : dedans-bon/dehors-mauvais.

Venons-en maintenant à la deuxième interrogation au fondement de cette recherche : qu'est-ce que peut dire la psychologie clinique sur l'habiter à partir de l'étude de troubles comme le syndrome de Diogène et l'incurie dans le logement ? Nous avons vu que ce sujet avait été peu traité par la psychologie clinique d'orientation psychanalytique, à quelques exceptions, notables mais tardives, près. Dans le champ des sciences humaines et sociales, l'habiter est davantage un objet de recherche pour l'anthropologie, la géographie humaine, la sociologie, la philosophie, les sciences juridiques et quelques courants de la psychologie sociale. Une approche clinique de cet objet, s'intéresserait au rôle de l'histoire précoce des sujets dans le développement de leur manière d'habiter. En abordant des troubles caractérisés de l'habiter, on pourrait alors être en mesure de faire des inférences sur la capacité commune d'habiter : c'est la méthode psychopathologique. Si habiter c'est faire avec de l'espace, comme le dit le géographe Mathis Stock, c'est aussi être fait avec de l'espace, être imprégné et façonné par les modes de signification de l'espace qui nous sont transmis par notre environnement premier. Jean Furtos nous propose « mettre de soi quelque part ». On pourrait ajouter, mettre de quelque part en soi. C'est l'anthropologie qui a le mieux montré jusqu'à présent le rôle de la culture dans notre rapport à l'extériorité, dans notre manière de produire des catégories comme intérieur/extérieur, moi/non-moi, familier/étranger, domestique/sauvage. Ces couples d'opposés sont autant de produits de notre manière d'habiter dans le champ des concepts. Tout un champ de recherche actuel en anthropologie (Descola) s'attache à étudier cette manière dont le social va signifier l'environnement, dont la culture va produire la nature, mais aussi du même coup le domestique, l'habitat, dans le but de remettre en cause l'universalité des catégories issues de notre tradition occidentale largement imprégnée du dualisme cartésien. Cette discipline a donc largement démontré comment habiter est une pratique reposant sur des représentations socialement transmises qui seront incorporées par le sujet. Mais le niveau d'étude de l'anthropologie c'est le niveau macroscopique, structural. Une approche clinique doit donc se focaliser sur un champ plus

restreint et examiner ce processus au niveau de l'environnement premier d'un sujet : ceux qui se sont occupés de lui et qui ont été en relation proche avec lui dans les premières années. L'hypothèse serait la suivante : notre rapport au monde physique porte la trace de l'histoire de nos premières relations avec les sujets humains de notre environnement. Ces relations ont non seulement déterminé la manière dont nous signifions et envisageons notre rapport aux autres, mais également la manière dont nous entrons en relation avec notre environnement non-humain pour reprendre le titre d'Harold Searles. Ainsi, habiter serait une pratique reposant sur des représentations façonnées par la manière dont nous ont été transmises les catégories relatives à l'habitat : public/privé, propre/sale, partageable/intime, etc. Cette manière de catégoriser la spatialité et ses usages individuels et sociaux va s'inscrire profondément dans le psychisme, l'organiser spatialement, produire ce que Freud appelait une topique interne, c'est-à-dire une structure psychique modélisant les rapports du sujet entre son intériorité la plus inaccessible (le Ça chez Freud) et l'extériorité. René Roussillon cite souvent l'exemple d'une analyste brésilienne incapable de comprendre sa patiente du Haut-Bugey. L'analyste ne pouvait en effet pas comprendre véritablement l'organisation psychique de sa patiente comme elle ne possédait aucune représentation de la manière dont était organisée une ferme du Haut-Bugey et les effets de cette organisation sur la nature des rapports familiaux de la patiente. Elle essayait sans succès d'appliquer à la situation analytique ses propres représentations des fermes brésiliennes, radicalement différentes. L'organisation psychique d'un sujet est structurée par son histoire sociale et spatiale pourrait-on dire, l'une et l'autre étant intimement codéterminées. Dans son livre *L'inconscient de la maison*, Alberto Eiguer montre comment l'organisation du logement, chez des sujets normalement névrotiques, parle de leur organisation psychique, de leur topique interne. Cette topique s'inscrit principalement dans la distribution fonctionnelle des différentes pièces, dans leur écho symbolique : socialité dans le living room, seuil entre public et privé vers la porte d'entrée, lieux davantage pulsionnalisés et généralement intimes (toilettes, salle de bain, chambre à coucher), espace de repos et de rêve (lit), lieux de dépôt, de réserve ou d'oubli (cave, grenier)... Ces usages de l'espace et leur teinte symbolique traduisent une organisation psychique relativement structurée, socialement admise, conventionnelle et normative. En revanche, l'habitat des personnes en situation d'incurie se caractérise surtout par la perte de fonctionnalité des différentes pièces, par une forme de confusion fonctionnelle parfois : le lit est inaccessible sous un tas de vêtements et d'objets, la porte d'entrée peut à peine s'ouvrir, les fenêtres ne laissent plus passer la lumière du jour tant elle sont sales et/ou masquées par des empilements, les toilettes sont bouchées obligeant l'occupant à déféquer à même le sol ou dans des sacs plastiques, la baignoire ou la douche sont hors d'usage, la cuisine est devenue le royaume des cafards et le frigo un élevage de moucheron qui se repaissent d'aliments en décomposition... Et surtout, l'espace de socialité est réduit à sa portion la plus congrue. C'est à peine si l'on peut tenir une discussion à trois quelque part.

De quoi parle un tel habitat ? Quelle histoire raconte-t-il sur le sujet, sur ses relations avec son environnement premier ? Plusieurs termes viennent spontanément à l'esprit : encombrement, inertie, conservation, immobilité. Tout d'abord, le rapport très particulier aux objets, l'impossibilité fréquente de s'en défaire sans détresse majeure (c'est l'un des signes retenus par le DSM 5 pour caractériser le trouble d'encombrement), tout cela évoque bien sûr

la problématique du deuil. L'angoisse qui se manifeste dès lors qu'il s'agit de se séparer de quelque chose est souvent rationalisée sur le mode « ça peut toujours servir plus tard », « j'ai un projet pour utiliser ce petit morceau de papier aluminium ». L'objet est ainsi conservé pour une hypothétique valeur utilitaire, absolument pas actuelle, mais toujours susceptible d'être révélée à un moment ou un autre. On voit ainsi parfois des personnes pleines de projets artistiques ou commerciaux, qui thésaurisent sur une valeur esthétique ou une valeur d'usage. Mais plus le temps passe, et moins les opportunités de concrétiser cette valeur immobilisée paraissent probables. Les occasions de la transformer, de la remettre en circulation s'éloignent avec les jours, puis les mois, les années... Il paraît que John Lennon a prononcé un jour cette phrase assassine : « la vie, c'est le truc qui passe pendant qu'on fait des projets ». Et en effet, les Diogènes semblent vivre dans un présent pétrifié entre un passé intouchable et un futur idéalisé. Il faut noter la similitude avec certains artistes dont les ateliers ressemblent parfois aux logements que nous visitons : Francis Bacon par exemple. Ou bien encore, cette curieuse habitude qu'avait le facteur Cheval de ramener des cailloux de ses tournées. La ressemblance, pour être frappante, s'arrête là où l'œuvre commence. Le processus artistique va justement transformer la matière brute, les objets récupérés, dans un acte qui va mobiliser une certaine charge d'agressivité pour détruire et reconstruire autrement ; tout comme dans le processus de deuil. Tout se passe comme si les objets récoltés ne pouvaient plus être touchés. De possession du sujet, ils deviennent agents de la possession : Diogène se retrouve possédé par ses objets, ligoté à eux (on voit bien ici qu'on est bien loin du Diogène historique qui méprisait les possessions matérielles au point d'avoir jeté son écuelle après avoir vu un jour un jeune garçon boire l'eau d'une fontaine à l'aide de ses propres mains...). Nous l'avons vu, le processus de deuil demande une certaine charge d'agressivité pour s'accomplir. Accepter de jeter, c'est liquider un investissement, ou au moins le déplacer sur un autre objet : le modèle freudien du deuil était proche de la formule de Lavoisier : rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme. L'agressivité chez les Diogènes semble souvent réprimée par l'effroi que suscite la perte. On les voit parfois retourner chercher des objets jetés dans la poubelle, dans un mouvement de remords, comme si l'objet abandonné « reprochait » au sujet de les avoir laissés. Cette forme d'animisme est assez fréquente dans les situations que nous avons rencontrées : soit un animisme direct mobilisé par les propriétés esthétiques d'un objet, soit une forme indirecte relative au lien que représente l'objet avec un souvenir, une personne en particulier, jeter l'objet porterait ainsi atteinte à la personne elle-même, lui ferait du mal. Une patiente, que j'avais rencontrée il y a plusieurs années dans un autre contexte mais présentant les mêmes troubles, était incapable de jeter les petits papiers jaunes que je lui donnais pour noter ses rendez-vous. L'hypothèse historique qui commence à émerger de cette recherche et qui se voit confirmée dans certaines situations, fait apparaître un lien à l'environnement premier marqué par la crainte de voir les objets d'attachement se désanimer, se déprimer, se mélancoliser, menaçant le lien de disparition. Ce sont des situations assez proches de ce qu'André Green appelait le syndrome de la mère morte : la mère, ou le père, est présent physiquement, mais psychiquement absent sous l'effet d'un retrait dépressif. L'enfant va alors tenter de le réanimer, de lui redonner vie pour retrouver le lien d'amour qui l'unissait à elle, ou à lui, avant le retrait psychique. Tout est fait pour combattre ce vécu de mort apparente. Mais il y a parfois des réanimations difficiles, ou impossibles. De même, il arrive que l'objet d'attachement tolère très mal les velléités de détachement de la part de l'enfant, comme si

celui-ci devait rester fidèle malgré tout, malgré le retrait et la mort psychique, dans une sorte d'attachement paradoxal au négatif comme le proposait Didier Anzieu. Le sujet doit donc se tenir au garde à vous devant un objet jamais vraiment là, mais qu'on ne peut pas laisser et qu'on tente désespérément de réanimer. On ne peut pas le laisser justement parce qu'il pourrait se réanimer au moment où on le laisse, où on s'en détache, et il pourrait ne pas survivre à l'abandon qui risquerait de le tuer. L'habitat devient donc le lieu où va se rejouer ce lien paradoxal, dans l'environnement non-humain. Le lien à l'objet historique caractérise le lien aux objets matériels : on ne peut pas s'en défaire même si on perçoit parfois que ça nous envahit, ça nous encombre, ça nous fait souffrir. Il faut conserver au risque de disparaître soi-même, même si ça nous coupe des autres.

L'intervention dans cet équilibre précaire est très délicate comme nous l'avons vu. Comment remettre du mouvement dans ce mode de vie caractérisé par l'immobilité (en dehors de certains moments de type maniaque, lorsque certains Diogènes vont arpenter la ville pour amasser encore plus d'objets, souvent après de période de vidage) ? Comment refaire circuler les investissements sans faire apparaître la menace d'une hémorragie ? Il faut du temps et de l'énergie, beaucoup d'énergie, comme dans le processus de deuil. Mais ce sont des conditions nécessaires, pas du tout suffisantes en elle-même. Cela demande une action composite, bien loin des canons de la clinique classique, mais aussi du travail social commun. 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. Jean Furtos faisait référence au coaching tout à l'heure. On peut aussi revenir au terme de clinique psycho-sociale et à ce qu'il permet de penser, d'envisager comme processus d'accompagnement thérapeutique. C'est en tous cas le modèle suffisamment libre qui me permet d'articuler la rigueur de la théorie psychanalytique avec les exigences d'innovation en matière d'action clinique que ces problématiques difficiles exigent.

## Questions de la salle

**Participant :** Je suis coach dans le logement social et j'interviens directement auprès des locataires puisque je suis chargée de mission sur des problématiques de tranquillité résidentielle. Deux choses me trottent à l'esprit quand je suis dans ce type d'intervention. C'est un avis tout à fait personnel. Je trouve que l'on demande beaucoup à des gens qui ont difficilement des ressources pour répondre. Je prends un exemple : on ne demandera jamais à un savant fou de vider son laboratoire rempli de papiers parce qu'il cherche et qu'il trouve et qu'il est génial. Pourquoi on demanderait à quelqu'un qui entasse de vider au prétexte qu'il doit vider ? Alors bien évidemment ma limite est le règlement sanitaire départemental et on est dans le cadre d'un contrat de location. La deuxième chose que je me demande est « jusqu'où va-t-on ? ». C'est quoi la limite ? C'est quoi le tolérable ? Est-ce qu'un appartement pouilleux on en fait une salle blanche ? Est-ce que c'est l'idéal ? Moi je ne pense

pas. Quels sont les critères ? Jusqu'où va-t-on et comment on le fait dans cette approche de coaching ?

**Adrien Pichon :** Il me semble qu'une limite de la situation c'est justement quand on a dépassé la notion de « danger ». Voilà, quand il n'y a plus de menace directe pour l'environnement ou pour la personne, effectivement, il n'y a pas vraiment lieu d'intervenir au-delà sur la manière d'habiter.

**Dr Jean-Claude Monfort :** Avec mon équipe et les partenaires de la mairie de Paris, nous avons fait une feuille d'évaluation des risques et des nuisances. Si on a un angle d'approche qui est l'entassement, sachant qu'il y a des personnes qui n'entassent pas, alors les risques viennent des entassements qui sont combustibles et donc on a listé tout ce qui est à risque d'incendie. Donc fait un score et si ce score n'est pas élevé, il peut vivre au milieu de ses entassements comme un savant fou au milieu de ses inventions. Donc par exemple, s'il y a un mètre d'entassement, je dis qu'il y a un volume d'entassement qui est non négligeable. S'il y a des objets entassés inflammables (papiers, journaux, il écrase ses mégots par terre), il y a un oui de plus. Si l'installation électrique est vétuste et que les fils de cuivre sont dénudés qu'il ne paie plus son électricité et qu'il s'éclaire à la bougie etc... et si vous avez beaucoup de « oui » sur cette fiche d'évaluation, là, c'est vrai qu'il y a un risque majeur de décès du Diogène et des autres dans un incendie, et là il va falloir accepter de ne pas être dans la négociation entre le respect de la personne et celui de l'environnement. Il va falloir y aller sachant qu'il y a un risque de stress maximum, de faire un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, une rupture d'anévrisme. On sait que c'est très stressant, mais on va privilégier en termes d'éthique le risque de décès, de mort. Mais s'il n'y a pas ces risques-là, il n'y a pas de raison de ne pas tolérer.

**Participant :** Bonjour, je travaille chez petits frères des pauvres, et l'image du « porteur de colis » est bien parlante pour notre association. ...le Dr Monfort a proposé de soigner le lien avec des bénévoles et des salariés aussi qui vont au domicile des personnes. Est-ce que vous pourriez nous donner des pistes de réflexion sur le soin autour de ce lien ? Comment soigner la relation. Vous avez parlé à un moment donné du travail en réseau de ne pas être seul dans des relations, est-ce que vous auriez d'autres propositions ?

**Dr Jean-Claude Monfort :** Alors ça, ça vient de mon exercice en gériatrie. Parfois la personne qui nous est signalée est inatteignable. Inatteignable pour des raisons psychologiques, inatteignable pour des raisons cognitives et donc il faut savoir renoncer sinon on s'épuise. Mais on ne lâche pas le terrain pour autant, on va s'occuper de tous ceux qui sont autour. L'idée est qu'on renonce à s'occuper de la personne elle-même qui n'est pas atteignable pour de multiples raisons et on va s'occuper des personnes qui sont autour. Parfois ce presque rien qui va tout changer, c'est cet environnement qui va être plus apaisé. Autre chose que je n'ai pas dit, et que je dois à Hélène Péan qui est conseillère en économie sociale et familiale à Versailles, un jour elle a dit : « on a du mal à s'en convaincre, mais il faut essayer d'y croire, le temps est notre ami ». C'est à dire qu'il ne faut pas lâcher et se dire ça va bien se passer, ça va bien se passer... il faut gérer son stress et quand on arrive à faire ça à plusieurs, une fois sur deux, on a des évolutions dont on est assez content.

**Participant :** Sur la notion de personne inatteignable, il y a aussi des situations horribles. Je vous fais part d'un retour d'expérience, il y a une situation pour laquelle je suis restée plus de trois mois à essayer d'entrer en contact avec la personne et ça ne s'est pas fait. J'ai bien évidemment fait un signalement au parquet et deux mois après, un psychiatre m'a contacté en disant qu'il souhaitait me rencontrer pour essayer d'étayer un petit peu la situation et pour prendre contact avec cette dame. Deux jours avant, la police m'appelait pour me dire que cette personne avait été retrouvée momifiée dans son logement. Donc ça aussi les personnes inatteignables c'est aussi un vrai problème, et c'est un travail très complexe surtout quand il n'y a pas d'autres personnes autour vers qui se tourner.

**Dr Jean-Claude Monfort :** Merci beaucoup pour ce témoignage. Vous avez vu qu'en 1913 Ernest Dupré publie des situations pour lesquelles on a retrouvé des cadavres. Le risque dans ces situations-là, c'est qu'on finit par être impuissant et on finit par lâcher tout. La situation évolue et elle peut évoluer naturellement de manière favorable, mais elle peut évoluer vers des complications, l'explosion, l'incendie, et puis surtout la mort. Et cette mort, comme tout le monde a lâché, personne ne signale que le vivant est devenu mort. C'est l'histoire que je connais par le Dauphiné Libéré. Celle de Mauricette Petit-Jeannot, qui habitait la commune de Seynod près du lac d'Annecy. Un hiver, un grand froid s'est abattu dans cette région. Le voisin de Mauricette a constaté une cataracte d'eau qui descendait du plafond, et il est monté frapper chez sa voisine. Personne ne répond, il appelle les pompiers. Généralement, quand les pompiers enfoncent une porte, la porte tombe à l'intérieur de l'appartement. Dans les situations de Diogène, la porte tombe sur le palier et sur les pompiers. Ils sont donc passés par la fenêtre, au troisième et dernier étage d'un petit immeuble. Je romance un peu mais, il faisait sombre et l'un des pompiers avec sa main touche le sol, sent une matière friable. Comme c'était fossilisé ça ne sentait plus rien. Vous avez deviné, il s'agissait d'excréments. A un moment, ils heurtent une espèce de sarcophage de livres de la collection Arlequin, collés non pas par du ciment mais par des excréments séchés. A l'intérieur de ce sarcophage, semi ouvert, il y a une momie. Cette momie elle est en position assise, elle a été saisie par la mort mais elle n'a pas bougé. Les lunettes cerclées sur le nez, elle a toujours une lampe torche à la main, mais les piles se sont usées et la lampe n'éclaire plus. Dans sa main gauche il y a un livre de la collection Arlequin ouvert à la page 122 qui est une scène très torride. Le cadavre a été découvert à Noël, le médecin légiste a daté la mort au mois de juillet, au moment où il faisait très chaud. Et bien la commune s'est sentie tellement coupable d'avoir laissé évoluer un cadavre pendant 6 mois qu'ils lui ont payé les obsèques. D'ailleurs je rêve d'aller à Seynod pour aller voir sa sépulture. Mauricette Petit-Jeannot, c'était 1913. Le risque c'est de laisser évoluer des situations et de voir découvrir un cadavre.

## **5. Pr René Roussillon, Professeur émérite de psychologie et Psychanalyste, Université Lumière Lyon 2 et Discutant de la journée d'étude**

Je suis ici à différents titres, je suis ici parce que je me suis longtemps occupé d'une partie du laboratoire de recherche de la clinique à Lyon consacré aux situations limites et extrêmes, et on peut dire que la question de la précarité fait partie de ces situations-là. J'ai aussi une longue histoire de collaboration avec Jean Furtos, et avec l'Orspere. Moi ce qui m'intéresse dans cette clinique, alors je vais avoir sans doute un regard décalé par rapport à ici, c'est plus que de décrire ce à quoi on est confronté, c'est essayer de voir comment on peut le rendre intelligible, et puis surtout comment ça nous parle de nous tous. Un tiers de Diogène on disait dans la salle. Oui, peut-être, mais 100% de gens qui ont un rapport aux lieux, qui ont un rapport au corps, qui ont un rapport avec l'organisation du lieu, qui ont un rapport avec la manière d'y habiter, et peut être que ces cliniques-là nous contraignent d'une certaine manière à nous interroger sur notre propre rapport avec la manière dont on habite notre corps, mais peut être aussi avec la manière dont on habite nos lieux. Voire, dont nous transportons des annexes de nos lieux. Je pense au sac, je pense aussi au sac des SDF et on peut dire que quand par hasard on arrive à avoir une petite idée de ce qu'il y a dans un sac de SDF ou une petite poussette, on s'aperçoit que c'est le même bric à brac en quelque sorte que ce qu'on va rencontrer dans ces lieux-là. Alors là, où c'est intéressant, pour moi en tout cas, c'est en quoi ces cliniques là nous parlent de nous ? En quoi elles nous contraignent à explorer des choses de notre propre fonctionnement psychique sur lesquelles nous n'avons pas nécessairement envie de nous interroger. On habite un lieu, on ne s'interroge que peu sur le lieu, sauf quand ça va mal et que l'on dit qu'il faut réorganiser, que quelque chose ne va pas. Mais la plupart du temps, le lieu est comme muet. Il est muet et bien sûr ces cliniques-là, elles le font parler, elles obligent en quelque sorte à lui faire raconter ce qu'il dit. Et que dit cette organisation dans laquelle ces sujets vivent ? Alors ça, ça m'intéresse parce que ces cliniques-là elles nous contraignent aussi à faire évoluer nos modèles de théorisation. Non seulement nos modèles de psychopathologie, mais aussi nos modèles d'intelligibilité, c'est-à-dire qu'elles sont intéressantes du point de vue de la recherche sur l'homme en général. Parce qu'elles interrogent le rapport de l'homme à ses lieux, le rapport de l'homme aux objets qui l'entourent, le rapport de l'homme à ses enveloppes en quelque sorte matérialisées que sont les appartements, les villas, les maisons, les HLM, les grottes. Vous savez qu'il y a des SDF qui habitent dans des grottes de la Croix-Rousse, ou sur les bouts de trottoir ? Des SDF qui habitent certains bouts de trottoir, ou qui habitent sous les ponts, qui habitent dans des lieux comme ça qui sont des lieux précaires qu'ils ont construits eux-mêmes. Alors ce qui m'intéresse aussi c'est ce rapport à cette clinique qu'on fait. J'ai été très frappé par le fait que, dans toutes les interventions qui ont été faites, il s'agit de cliniques dans lesquelles il y a quelque chose qui nous saute aux yeux, qui nous saute aux narines, qui nous saute à la peau. Et j'ai l'impression que ce saisissement, ce choc sensoriel a un effet relativement immédiat, c'est peut être bien de paralyser quelque chose de notre appareil à penser, peut être bien de paralyser quelque chose de notre identification à l'autre. Alors paralysie de notre appareil à

penser, Jean Furtos le soulignait tout à l'heure, il a été très gentil avec les historiens de la nomination du syndrome de Diogène mais quand même, il a dit quelque chose qui est important. Il a dit « on a pris une petite partie de Diogène et on a oublié d'une certaine manière une grande partie de Diogène ». Il se trouve qu'avec mon plus jeune fils, on relit du Diogène actuellement. Mais Diogène c'est tout sauf ce que vous appelé du Diogène, vraiment vous en êtes à des kilomètres. Diogène c'est un homme pour qui les choses ont un sens, qui essaie d'expliquer ce à quoi il est confronté, à chaque fois il y a une leçon de l'histoire. Ce n'est pas un homme qui ne demande rien, c'est un homme qui n'a pas besoin de grand-chose, c'est un homme qui peut se passer d'une coupe pour boire parce qu'il a ses mains pour boire. Autrement dit je pense qu'il y a là quand même quelque chose qui est une manière de traiter une partie de Diogène comme un tout. Et je crois que ça nous fait perdre quelque chose de la complexité du personnage. Peut-être qu'il faudrait un autre nom. Après tout, celui-là, je ne suis pas trop contre qu'on le conserve, à condition de ne pas identifier le Diogène dont nous parlons au Diogène de l'histoire grecque. Alors j'ai souligné aussi que ça provoque une espèce de rupture identificatoire, et cette rupture identificatoire elle me paraît poser problème. Je pense que si le clinicien a une place dans ce débat, c'est pour essayer de voir comment nous pouvons tenter, et c'est un peu l'objectif que je me suis donné, tenter de rétablir une identification avec ces sujets-là. Pourquoi a-t-on besoin de rétablir cette identification ? Parce que je pense que le soin et le soin post-traumatique ne peuvent s'effectuer sans que d'une certaine manière le sujet qui a été confronté à une situation traumatique ne puisse faire partager à un autre, au moins à un autre, quelque chose de ce à quoi il a été confronté. Si on veut sortir de la situation traumatique, il faut sortir de la solitude radicale dans laquelle la situation traumatique a placé le sujet. Et faire sortir quelqu'un de la solitude radicale dans laquelle il a été placé par cette situation traumatique, ça passe par le fait qu'il fait partager à quelqu'un d'autre. Il y a au moins quelqu'un qui peut empathiser quelque chose de ce à quoi il est confronté parce qu'il vit la même chose. Alors bien sûr, c'est désagréable par ce qu'ils nous font vivre, quand on arrive à pénétrer chez eux et ce n'est pas tout le temps le cas. On réfléchira tout à l'heure sur le sens d'une porte fermée, le sens du sujet inatteignable : de quoi ça parle, qu'est-ce que ça raconte ça. Et bien sûr, ce à quoi on est confronté c'est des choses extrêmement désagréables, mais il est bien évident qu'un traumatisme psychique, un traumatisme subjectif, ça n'est pas quelque chose d'agréable, et à partir du moment où on essaie d'approcher quelqu'un qui a été soumis à ces situations-là, eh bien il faut s'attendre effectivement à que ça ne soit pas tout le temps un long fleuve tranquille et un jardin parsemé de rose. Il faut s'attendre à rencontrer la détresse : la nôtre, la leur. L'impuissance : la nôtre, la leur. A rencontrer la honte, rencontrer quelque chose que je n'ai pas entendu mais qui me paraît être quand même bien important dans cette clinique-là, c'est rencontrer la question de la terreur. Si ces gens sont repliés sur eux-mêmes, si ils sont encapsulés comme ça dans leur bulle, c'est aussi parce que c'est le minimum de sécurité face à un monde qui est terrifiant pour eux, et qui nous terrifie d'une certaine manière je crois. C'est quand même étonnant qu'on ait attendu tant de temps avant de commencer à aller visiter un peu ces gens. Parfois il y a des gens chez qui on n'a pas trop envie d'aller voir ce qui se cache derrière cette porte et peut être de voir cette vieille dame en train de mourir ou quelque chose comme ça. On n'a pas trop envie d'aller voir parce qu'on a une petit idée de ce qu'on va aller rencontrer et que ça nous fait peur, et ça nous fait peur aussi parce que ça nous parle peut être aussi de quelque

chose de nous. Donc l'identification est nécessaire, parce que l'identification c'est le besoin de partage, elle nous renvoie à la question du besoin de partage de nos patients. J'ai été très saisi dans vos descriptions cliniques du fait qu'il fallait un certain temps avant d'agir. On ne peut pas agir tout de suite. Quelle est la fonction de ce temps avant d'agir ? C'est le temps du partage. Ils ont besoin de nous faire vivre, de nous faire partager, pendant un temps suffisant, avant que quelque chose ne puisse changer. Et ça, ça me paraît être un point important. Ça ne peut pas être des interventions immédiates même si il y a quelque chose de l'urgence.

On a aussi beaucoup insisté sur le fait qu'il s'agissait de sujets sans demande. C'est un sujet sur lequel j'ai beaucoup réfléchi parce que, dans les situations extrêmes, dans les situations limites, c'est une caractéristique générale. Il n'y a pas de demande. Même si ça concerne la criminalité, l'autisme ou certaines formes de psychoses. Ça, ça nous oblige à réfléchir. Jean Furtos l'abordait tout à l'heure en disant : « secours à personne en danger ». Oui, il n'y a pas de demande, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'appel, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de système d'interprétation, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas quelque chose qui déborde dans ces odeurs, dans ces fientes, dans ces menaces qu'un balcon ne s'effondre. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas là, quelque chose qui fait appel d'une certaine manière. Je me souviens d'un de mes patients psychotiques quand je travaillais aux Minguettes, qui m'a apporté un tableau. C'était un tableau magnifique. C'était un type qui avait énormément de talent, et ce tableau c'était une main dressée vers la nuée des étoiles. J'ai trouvé qu'il était absolument parlant de sa situation. Il y a un appel mais adressé à qui ? Adressé à qui peut l'entendre. Camus disait dans *Le Mythe de Sisyphe*, « l'absurde naît de la confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde ». Et bien je pense que nous sommes devant cette question-là, effectivement il y a quelque chose d'absurde. Le problème c'est que pour pouvoir faire une demande il ne faut pas être trop dans la détresse, il ne faut pas être trop dans l'impuissance, il faut avoir une certaine représentation de ce qu'est un objet de secours, et ce n'est pas le cas de ces sujets-là. Ils sont dans une position même plus que de détresse. Jean Furtos avait évoqué dans son article, et je pense qu'il l'a repris ici, la question du désespoir. Je crois qu'effectivement on est confronté à la question du désespoir. Cela dit, ce n'est pas dit que ce soit un désespoir très radical, absolu. Il y a peut-être un petit quelque chose qui bouge quand même et c'est ce petit quelque chose qui bouge quand même, c'est ce petit quelque chose qui fait appel.

Quand il n'y a pas de demande, dans toutes les situations extrêmes c'est pareil, on ne peut pas appeler les gens, penser qu'ils vont venir vers nous. Nous n'avons qu'une seule solution, c'est aller vers eux, il faut aller à domicile. Il faut se déplacer. Il faut se déplacer et là, eh bien on est confronté à une clinique à laquelle nous ne sommes pas habitués parce que c'est la clinique de la rencontre non pas dans un lieu que nous avons structuré, construit et aménagé en fonction de notre confort personnel, mais en fonction du lieu que l'autre a construit, que l'autre a aménagé, en fonction de ses besoins et impératifs personnels. Ça, ça change beaucoup de choses. Je crois que ça s'appelle une **clinique du lieu**, que racontent les lieux ? Que raconte une porte fermée ? Est-ce que cela parle de l'histoire d'un sujet qui nous oppose une porte fermée parce qu'il a connu trop de portes fermées dans son histoire ? Celle d'un sujet qui est atteignable parce qu'il a trop rencontré d'objets inatteignables, indispensables et

inatteignables, indispensables et avec porte fermée ? Je crois que ça commence déjà à nous raconter quelque chose dès ce moment-là. Et ensuite, eh bien chaque pas que nous faisons dans ce lieu-là raconte une histoire.

Quelle histoire ça raconte ? C'est vrai de nous tous, nos appartements racontent une histoire, notre fonction d'accueil raconte une histoire. Adrien Pichon racontait tout à l'heure que j'avais évoqué cette psychanalyste brésilienne confrontée à une ferme du Haut-Bugey. Elle était comme un éléphant dans un magasin de porcelaine, un chien dans un jeu de quille, enfin elle était intruse. Il se trouve que j'avais bossé avec les équipes de la Sauvegarde de la région du Haut-Bugey et que je savais comment c'était dans les fermes du Haut-Bugey. Je savais qu'on était accueilli par des chiens, par des fusils quand on y allait, parce qu'il y avait des histoires d'incestes. J'avais une idée aussi de la représentation d'une scène sans topique. Sans topique ça veut dire qu'il n'y a pas un endroit où on se lave, un endroit où mange, un endroit où on dort. C'est tout pareil, il n'y a pas d'endroits aussi où on parque les animaux, où on les met dehors, ils sont là. Par certains côtés, certains aspects de l'espace de l'incurie que vous avez décrit, l'incurie ressemble beaucoup à ces fermes du Haut-Bugey. Il y a quelque chose comme ça. Ça nous parle aussi peut être d'un temps archaïque d'un temps d'avant. Dans nos espaces habituels, nous racontons une histoire. Mais nous racontons une histoire qui est aussi une histoire de notre corps. On a un lieu pour manger, on a un lieu pour se laver, on a un lieu pour dormir, et chacun de ces lieux-là racontent nos habitudes culinaires, l'histoire de notre rapport à la cuisine. Ça raconte notre grand-mère qui nous faisait des tartes, ça raconte plein de choses. Nos lieux sont pleins d'éléments qui racontent notre histoire. Et parfois, pour mieux les raconter, on met des petites photos sur les murs, mais des objets aussi. Cette vieille table qui n'a pas d'autre intérêt que le fait qu'elle m'a été donnée dans des circonstances particulières : un héritage d'une vieille grand-mère, qui me racontait ses rêves et qui a eu une importance tout à fait essentielle pour moi dans mon devenir de psychanalyste. Voilà, ça passe par une table, une table qui bouge, cette table est porteuse de ça.

Alors sur les situations d'incurie, on arrive, il y a des entassements d'objets. Ces objets, ce sont des déchets. Oui, bon. D'accord. Mais est-ce que pour autant ils ne sont pas porteurs de quelque chose du sujet ? Pour autant est ce qu'ils ne sont pas porteurs ? Mais porteurs de quoi ? Eh bien, ils sont peut être porteurs de ce qui est en resté en lui, de ce qui n'a jamais pu trouver de statut, de ce qui n'a jamais pu être transformé. Quand ils disent « ha mais non, je garde ce petit morceau d'aluminium parce que peut être un jour il pourra me servir », ils nous disent à la fois qu'il y a un reste de quelque chose qui n'a pas pu être transformé suffisamment pour être intégré et en même temps, qu'il y a un devenir potentiel et possible. He bien ces objets qu'ils gardent, ils ont de la valeur, ils ont de la valeur pour eux et si on arrive là aussi, tel des éléphants dans un magasin de porcelaine, en disant « tout ça, c'est des déchets et à la poubelle », eh bien d'une certaine manière c'est autant de forme en eux, d'éléments en eux.

Je termine juste sur un dernier point qui va faire le rapport avec ce qui a été dit tout à l'heure, c'est qu'effectivement, quand il y a des traumatismes il y a des choses qui ne sont pas intégrées. Quand il y a des choses qui ne sont pas intégrées, elles sont en reste. Quand elles sont en reste, eh bien alors habituellement on a tous des restes, mais on a des débarras, on a

des greniers, on a des caves, on a des lieux où on met nos restes. Moyennant quoi, ça n'envahit pas trop notre vie quotidienne. Mais ça, c'est une opération extraordinairement compliquée d'avoir des greniers, d'avoir des débarras. Il faut que les restes soient localisables. Il faut qu'on puisse mettre ce que nous n'avons pas pu intégrer de notre histoire, il faut qu'on puisse le mettre quelque part, et ça c'est une opération extrêmement difficile. La décompensation qu'on a à l'intérieur de ces syndromes-là, eh bien c'est une décompensation où justement, d'un seul coup, il n'y a plus la possibilité d'organiser des lieux pour les restes. Alors effectivement, à ce moment-là, les restes il y en a partout. Ils envahissent. Ils sont dangereux, ils ne sont pas dangereux. C'est un aspect qui est important pour nous, ce n'est pas nécessairement un aspect qui est important pour eux. Ce qui est important pour eux c'est que d'une certaine manière ils nous racontent l'histoire de ce qui n'a pas pu être traité, ce qui s'entasse en eux, ce qui les envahit et les empêche de vivre, et il me semble que c'est important. Pour finir, il me semble que cette clinique appelle à une interrogation sur le langage du lieu, sur ce que les lieux racontent. Je pense, je plaide pour que tous ceux qui vont à domicile fassent cette clinique du lieu, se posent la question de savoir où on est reçu ? Qu'est-ce qu'on nous offre, qu'est-ce qu'on ne nous offre pas ? Où est ce qu'on va ? Et pour avoir fait pas mal de visites à domicile quand j'étais aux Minguettes, je me souviens avoir été reçu parfois au départ sur le seuil de la porte. Après, quand il y avait quelque chose qui était suffisamment apprivoisé, on allait dans la cuisine. Là, on avait un loukoum, un café, un petit quelque chose, et puis quand tout ceci petit à petit arrivait à s'apprivoiser suffisamment, alors on commençait à rentrer dans des pièces qui sont le salon. Puis de temps en temps la chambre était ouverte, et on voyait l'ado, et on voyait le débarras dans la chambre de l'ado, et on voyait effectivement ces lieux de reste, ce qui était là. Je pense que là il y a un travail énorme à faire pour tous ceux qui vont faire des interventions à domicile. Je crois que nous manquons d'une véritable théorie de la clinique, ce que j'appellerai la **clinique du lieu**, le langage du lieu. Je crois que ça, ça va nous aider véritablement à restituer notre possibilité identificatoire avec ces patients-là. Non seulement à restituer notre possibilité identificatoire, mais à rendre un peu plus intelligibles ces comportements qui paraissent effectivement très flous. Je m'arrête là-dessus. Merci

## **6. Benoît Eyraud, Sociologue maître de conférences, Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber, co-responsable du collectif « Contrast » (droit et santé mentale).**

Je propose de faire une conclusion après cette matinée très riche, et de la mettre en lien avec la thématique de l'après midi. J'interviens depuis une position de sociologue du droit et sociologue de la santé mentale. J'ai participé également à des travaux de l'Orspere, notamment sur le voisinage et ses troubles, dans lesquels j'ai été confronté à des situations d'incurie. J'ai également été confronté à ces situations dans le cadre de travaux de recherche d'enquête sur les situations de majeurs protégés.

Pourquoi parler du droit dans ce cadre là ? Parce qu'il me semble que le droit est le lieu où on fabrique la règle qui nous autorise à intervenir sur autrui, ou au contraire, est le lieu où est fabriquée la règle qui protège l'intimité et la liberté individuelle.

La difficulté posée par les situations d'incurie est que « on ne se sent pas », que nous ne sommes pas sûres d'être légitime à intervenir.

En tant que sociologue du droit, je dirais qu'il y a deux types de questions qui me semblent intéressantes. Le premier type de question est : comment catégorise-t-on, comment qualifie-t-on les difficultés, comment qualifie-t-on les problèmes ? Quelle juridiction avons-nous sur les problèmes sociaux ? Qui est amené à définir les problèmes sociaux ? Qui est amené à définir le problème d'incurie ? Pour répondre à ce premier type de question, on voit la difficulté que nous avons à identifier le problème. Quand nous rentrons dans ces appartements, dans ces lieux très encombrés, nous nous sentons « troublés », « embarrassés », « saturés », pour reprendre des termes qui ont été utilisés ce matin. « Trouble », « embarras », « saturation », ces termes expriment d'abord notre difficulté à comprendre ce qu'il se passe et à comprendre quelle est notre place. Doit-on intervenir parce que c'est sale et entassé ? Et si c'est le cas, de quel droit ? Le droit ne nous permet pas d'intervenir simplement parce que c'est sale.

Historiquement, la solution la plus communément choisie, a été de s'appuyer sur des règles d'hygiène qui existent au moins depuis plus d'un siècle (les règlements sanitaires départementaux datent de 1902). Le règlement sanitaire départemental, indique que dans les usages locaux des habitations, tout occupant ne doit entreposer ou accumuler ni détrit, ni déjections, ni objet ou substance etc. Ainsi, le premier lieu de réglementation des situations d'incurie, est un droit administratif, un droit sanitaire, un droit hygiénique, collectif, dans lequel il s'agit de ne pas gêner son voisin, de ne pas produire de risque de contagion, de risque d'infection de risque de nuisance.

Il me semble qu'aujourd'hui, ce droit là, nous avons du mal à le mobiliser. Bien sûr, les bureaux d'hygiène des différents services d'environnement-santé interviennent dans les situations d'incurie, mais ils sont en difficultés pour imposer cette norme de salubrité, cette norme d'hygiène qui visiblement fait difficulté dans ces situations d'incurie.

A ce moment-là, la difficulté qui se pose aux professionnels est précisément d'intervenir dans un lieu contre ou sans l'avis de la personne. Nous voyons que le règlement sanitaire nous permet d'intervenir sur le lieu mais ne nous permet pas de prendre en compte la personne.

Il me semble que la deuxième manière de qualifier les difficultés d'incurie, c'est de qualifier les difficultés attribuées à la personne. Dans ce cadre, apparaît tout d'un coup la figure du médecin, pour agir. Plus précisément, on va demander au médecin de qualifier le trouble, le trouble suscité par la personne : souffre-t-elle trop ? Est-elle malade ? De quel symptôme relève-t-elle ? Est-on en droit d'intervenir à sa place ? Est-on en droit d'intervenir contre elle ? Est-on en droit d'intervenir malgré elle ?

Il me semble que l'attente que nous avons aujourd'hui de l'articulation entre les services qui ont en charge l'habitat et les services qui ont en charge l'accompagnement de la personne, résiste au niveau de l'imbrication entre les règles relatives à la gestion d'un lieu, (et je reprends ici le souci de René Roussillon : penser une clinique des lieux) et un souci d'accompagnement de la personne, d'une clinique de la personne. Cette attente résiste au niveau de l'imbrication entre des règles relatives aux lieux et des règles relatives à la personne.

Pour aller très vite, je crois que la difficulté qui se pose est celle de pouvoir intervenir de manière contraignante sans le consentement de la personne, sans être trop coercitif. La personne ne demande pas, donc ne légitime pas l'intervention. Elle ne donne pas son consentement, et pour autant il faut trouver des modalités d'intervention. Il semble que le recours au médecin n'est pas seulement un recours qui vise à prendre en compte la souffrance de la personne. C'est aussi un recours qui autorise à intervenir sans son consentement. C'est-à-dire que le pouvoir juridique spécifique de la psychiatrie à intervenir sans le consentement de la personne est le pouvoir que l'on attend de l'intervention des psychiatres : pouvoir éventuellement sortir la personne pour intervenir sur le lieu.

Je souhaiterais interroger cette imbrication des règles relatives aux lieux et celle relatives à la personne pour questionner la suite de l'après-midi et pour questionner l'appel au partenariat et l'appel au réseau qui est promu dans toutes les politiques publiques, et notamment dans les politiques publiques actuelles relatives à l'habitat indigne. Je souhaiterais questionner cette alliance un peu particulière entre le médecin d'un côté et le « spécialiste » de l'habitat indigne, le « spécialiste » des normes d'habiter de l'autre. Cette alliance là se noue autour de la difficulté d'intervenir sans la demande de la personne, sans le consentement de la personne. Est-on bien sûr que l'on souhaite se donner comme norme ultime d'intervention celle qui autorise, celle qui passe par le pouvoir spécifique du psychiatre d'intervenir sans le consentement ? Ne pourrait-on pas imaginer des modes d'intervention, des règles d'intervention sur le lieu qui « imposent » comme les normes d'hygiène qui imposent pour le vivre ensemble. . Ne pourrait-on pas imaginer des modes d'intervention qui pourraient passer par d'autres formes d'accompagnement et de contraintes que celui du recours possible à la contrainte psychiatrique.

Je termine sur cette question là, sur ce soupçon là en interrogeant notre difficulté à penser aujourd'hui le recours à la contrainte dans une époque, dans une société où la norme forte est celle de se donner ses propres normes, c'est-à-dire l'**autonomie**. Comment essayer d'imposer aux personnes qui vivent dans l'incurie d'autres manières d'habiter ? Faut-il ou non se permettre d'intervenir ?

Cette question de l'« intervention normative » sur les personnes, de l'intervention contraignante, où le corps social se donne une force sur l'individu, faut-il la déléguer complètement au psychiatre ou essaie-t-on de se réapproprier cette force là, cette contrainte là entant que problème public à construire avec des règles spécifiques, à construire autour de cette difficulté posée par les situations d'incurie dans l'habitat.



## Propos introductif de l'après-midi

Pour la deuxième partie de cette journée, nous nous sommes intéressés à la question de la prise en charge *partenariale* des personnes en situation d'incurie dans l'habitat. Si nous avons souhaité l'aborder c'est parce que le partenariat est souvent amené comme une réponse face aux difficultés des professionnels à intervenir. Elle est notamment préconisée et promue au niveau politique et institutionnel mais est parfois vécue comme une injonction par les professionnels sur le terrain.

Comment amener le partenariat ? Comment penser cette question ? Autour de quoi et/ou de qui faut-il faire du lien et au nom de quoi se fait-il ? Que font les acteurs ensemble et quel est l'objet de leur rencontre ? Qu'est-ce qui lie les acteurs autour d'une situation d'incurie dans l'habitat : un sujet, une personne, des difficultés professionnelles... ? Pour aborder ces questions, l'Orspere-Samdarra a invité quatre représentants de dispositifs, exhaustifs des manières d'envisager l'action partenariale et collaborative.

### Territoire et partenariat

Martine Chanal, pour la convention santé psychique logement et Myriam Buffet, pour les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont témoigné d'une volonté au niveau institutionnelle à faire du partenariat et à œuvrer à la mise en lien entre les acteurs (qu'ils soient du secteur sanitaire ou social, du privé ou du public) d'un territoire déterminé. Pour ces deux dispositifs, l'idée du partenariat est amenée comme une modalité pratique et ressource qu'il faut mettre en œuvre sur le terrain. C'est alors un cadre qui permet la rencontre entre acteurs de secteurs différents. La thématique de l'incurie n'est alors pas spécifiée a priori, elle émerge ou non en fonction des acteurs présents et des territoires.

#### *La convention santé psychique et logement du grand Lyon*

Mise en place en 2002, la convention santé psychique et logement, portée par le Grand Lyon, est un acte signifiant la volonté institutionnelle de construire un cadre coopératif entre des acteurs de différents secteurs sur les questions de logement et de santé mentale. La convention est signée par l'Etat ; le Grand Lyon ; l'ARS ; les trois centres hospitaliers Saint Jean de Dieu, le Vinatier, Saint Cyr ; Le conseil général ; ABC hlm ; l'Union professionnels du logement accompagné UNAF0, la Coordination 69 Soins Psychiques et Réinsertions ; l'Unafam association d'accueil d'écoute et d'informations des familles confrontées aux troubles psychiques, le collectif logement Rhône ; l'UNI, représentant des propriétaires privés.

#### *Les conseils locaux en santé mentale*

Les *Conseils locaux en santé mentale (CLSM)*, sont des outils politiques qui ont pour objectif de permettre et développer des lieux de concertation et d'échanges entre des acteurs

appartenant à différents secteurs dans l'objectif de développer une culture et un langage commun autour des problématiques de santé mentale. L'idée du partenariat est amenée sur le terrain dans un mouvement descendant, de l'institution sur le territoire, et prend la forme d'un outil qui établit un cadre de travail collaboratif pour des acteurs de différents secteurs, avec toute fois l'idée que les acteurs de ces territoires prennent possession de l'outil.

L'échange ne se fait d'abord pas autour de *cas*, mais autour d'une *thématique*, de santé mentale. Ainsi l'incurie n'est pas abordée de manière frontale. Néanmoins les acteurs ont la possibilité de faire remonter des situations problématiques dans le cadre de ces outils. Ainsi, et c'est notamment le cas pour les Conseils Locaux de Santé Mentale, il peut être accordée, en seconde intention, une place au cas selon l'appropriation qui est faite de ces dispositifs.

## **Incurie et partenariat**

Pour la deuxième partie de l'après-midi, Sylvie M'harrak et Marielle Schmitt, représentantes du dispositif de l'*Alpil* et Marianne Auffret et Marine Mazel de l'*équipe mobile de l'association Aurore* ont pris la parole pour présenter leurs interventions respectives sur les situations d'incurie. Les terrains et la complexité des situations d'incurie a imposé la mise en lien de travailleurs sociaux et d'acteurs du soin sanitaire.

L'*Alpil* et l'équipe mobile de l'association Aurore ont alors proposé deux approches spécifiques sur les problématiques d'incurie. Leur intervention a illustré deux modalités de travail partenarial, certes construit selon leur modalité d'action ordinaire, mais qui ont en commun d'aborder le travail partenarial comme une nécessité qui s'impose à partir de la complexité d'un cas.

Depuis janvier 2014, l'équipe mobile de l'association Aurore propose, dans le cadre de partenariats établis avec des bailleurs, des séances d'analyse des pratiques auprès des conseiller(e)s sociaux. Dans le cadre d'une approche psychosociale, c'est à partir du malaise, de la souffrance, de la difficulté du professionnel à ajuster sa posture face à une personne en situation d'incurie (où d'autres problématiques de santé mentale et de logement) que s'établit un lien entre les travailleurs sociaux, et les psychologues de l'équipe mobile Aurore. C'est une approche en termes de professionnalité, de ses épreuves, que l'association Aurore intervient sur les situations d'incurie. Dans ce cadre, l'association adopte une posture d'animateur de séance de réflexion, et aide à construire un cadre dans lequel les conseiller(e)s sociaux des bailleurs réfléchissent à leur propre posture face aux problématiques d'incurie. Il s'établit alors un lien entre un bailleur, un travailleur social des psychologues d'une équipe mobile et indirectement le sujet en situation d'incurie.

Le dispositif de l'*Alpil* a émergé à partir du constat du relatif échec du modèle d'intervention coercitif, notamment du fait des « rechutes ». En 2012, face à ces échecs, l'ARS propose le lancement d'un projet en partenariat avec l'*Alpil*, acteur social du logement, dont les compétences ordinaires sont celles d'un accompagnement de la personne. L'échec des procédures administratives est attribué à l'absence d'une prise en compte du sujet incurie, effacé par l'objectif administratif de remise en état du logement dans un état salubre. La solution proposée est alors celle d'un accompagnement étayé de la personne en

situation d'incurie. Ainsi l'objet de l'accompagnement conduit par l'Alpil est de viser une autonomie du sujet dans son habitat en agissant sur ses capacités à faire face à son environnement. Dès lors, cet objectif d'autonomie appelle une combinaison de prises en charge des vulnérabilités sociales psychiques et sécuritaires du sujet en situation d'incurie. C'est donc autour des vulnérabilités et du sujet incurie que s'opère la mise en lien entre les acteurs du sanitaire et du social.<sup>12</sup>

Dans le cadre de ces deux dispositifs, c'est donc le cas de l'incurie qui réunit des acteurs sanitaires et sociaux. Pour l'Alpil c'est un sujet vulnérable qui fait appelle à une prise en charge sanitaire, sociale et administrative. Pour l'équipe mobile de l'association Aurore, c'est autour de la professionnalité que se fait le lien entre des intervenants sociaux et des psychologues dans le cadre de séances d'analyse de la pratique.

Pour alimenter le débat, un sociologue et un psychiatre ont été invité comme *discutants*.

**Nicolas Chambon**, sociologue responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra, et

**Nicolas Meryglod**, psychiatre au CH saint jean de Dieu qui a réalisé un travail de thèse de psychiatrie sur l' « Incurie dans l'habitat ».

**Nicolas Chambon**, Sociologue, Responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra, Centre Max Weber.

**Mathilde Sorba**, Chargée d'étude à l'Orspere-Samdarra, Doctorante en sociologie à l'Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber.

---

<sup>12</sup> Ce dispositif a fait l'objet d'une intervention l'après-midi par M. Sorba, chargée d'étude à l'Orspere-Samdarra et doctorant en sociologie. Nous avons fait le choix de ne pas retranscrire cette intervention en raison du décalage entre une commande de départ et l'intervention qui a eu lieu.



## Deuxième Partie : du signalement à l'intervention : Quels investigateurs ? Quels partenaires, Quelles modalités d'intervention ?

### 1. Sylvie M'harrak, Chargée de mission, association Alpil (Action lyonnaise pour insertion par le logement) et Marielle Schmitt, Ingénieur du génie sanitaire, Agence Régionale de Santé : « Intervenir de manière non coercitive : dispositif expérimental dans le Rhône »

Dans le cadre de leur mission de lutte contre l'habitat indigne, l'Alpil et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont constaté conjointement un accroissement des signalements de situations d'incurie dans l'habitat.

Dans son champ de compétences, l'ARS dispose notamment d'une procédure coercitive visant la résorption rapide des désordres constatés dans l'habitat, lorsque ceux-ci constituent un danger pour l'occupant ou le voisinage (article L1311-4 du Code de la Santé Publique). Toutefois, si la mise en œuvre de cette procédure peut s'avérer nécessaire dans certains cas pour mettre fin à un danger imminent pour la santé, elle peut également provoquer une aggravation du mode d'occupation du logement ou de l'état psychique de l'occupant. En tout état de cause, elle ne peut constituer à elle seule une réponse satisfaisante permettant de traiter la situation de façon globale et pérenne.

Face à ce constat, l'ARS a confié à l'ALPIL une **mission de prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat** par la coordination d'acteurs d'horizons très divers (santé, social, logement, justice,...) et la mise en œuvre concertée des actions ou procédures pouvant être engagées par chacun de ces acteurs. **Ce dispositif expérimental** a pour objet l'appui à la réappropriation du logement par le ménage confronté à une situation d'incurie et au développement d'une méthodologie d'intervention non coercitive et ce, dans un objectif de réduction des risques et de prévention de la récurrence.

Ce dispositif s'adresse à des personnes dont le mode d'occupation du logement présente un problème sanitaire, de sécurité pour elles-mêmes et/ou leur environnement. Les situations sont orientées par le service Environnement Santé de l'ARS, après sollicitation des mairies ou services sociaux.

En 2014, l'ARS et l'ALPIL ont réalisé une brochure sur ce dispositif expérimental "Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat". Celle-ci est en ligne sur les sites de l'ARS<sup>13</sup> et de l'ALPIL<sup>14</sup>

[Pour visualiser la présentation power point, cliquez-ici](#)

## **2. Martine Chanal, Chargée de mission à la Direction de l'Habitat et du Développement et de la Solidarité Urbaine(DHDSU), Grand Lyon. « Convention Santé Psychique et Logement : liens avec les territoires et les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) »**

Aboutissement d'une démarche collaborative impulsée en 2002 par la Métropole de Lyon et l'État, la convention partenariale « Santé psychique et logement » a été signée par les parties prenantes du territoire le 17 avril 2013 (signataires : l'Etat ; le Grand Lyon ; l'ARS ; les trois centres hospitaliers Saint Jean de dieu, le Vinatier, Saint Cyr ; Le conseil général ; ABC hlm qui, l'organisme réunissant les organismes HLM du Grand Lyon ; l'Union professionnels du logement accompagné UNAF0, la Coordination 69 Soins Psychiques et Réinsertions ; l'Unafam association d'accueil d'écoute et d'informations des familles confrontées aux troubles psychiques, le collectif logement Rhône ; l'UNI, représentant des propriétaires privés.)

Formalisant par là même un partenariat unique en France, les co-auteurs et signataires de la convention se donnent plusieurs objectifs tournés vers la capacité à agir au niveau local :

- développer une culture commune des métiers et compétences à l'œuvre,
- favoriser le travail en réseau des partenaires sur le plan opérationnel,
- optimiser les outils et modes opératoires existants,
- renforcer les réseaux et dispositifs actifs localement,
- développer des dispositifs de coordination reconnus sur les territoires volontaires.

L'ambition portée par la Métropole de Lyon et les signataires de la convention partenariale est de systématiser cette approche sur le territoire pour l'avènement du vivre-ensemble. En bref, une mutualisation des expériences, des outils et des moyens, loin des clivages entendus, pour que ces personnes fragiles trouvent une réponse dans le droit commun

---

<sup>13</sup> [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_sante\\_publicque/Protection\\_Promotion\\_Sante/Environnement\\_Sante/Habitat\\_Indigne/Doc\\_de\\_partements/brochure-incurie-finale.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_sante_publicque/Protection_Promotion_Sante/Environnement_Sante/Habitat_Indigne/Doc_de_partements/brochure-incurie-finale.pdf)

<sup>14</sup> <http://www.habiter.org/wp-content/uploads/brochure-incurie-finale.pdf>

[Pour visualiser la présentation power point, cliquez-ici.](#)

**Lien vers le blog :** <http://www.spel-grandlyon.com/>

### **3. Myriam Buffet, Cheffe de mission santé, Direction du Développement Territorial, Mairie de Lyon**

Les conseils locaux de santé mentale sont des lieux de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publique, les élus, les aidants, ayant pour objectif d'améliorer la prise en compte de la santé mentale de la population. Le cadre de concertation est établi à l'échelle du secteur psychiatrique de la commune ou de l'arrondissement mais doit correspondre à un territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux (infra communal, communal ou inter communal).

Ces Conseils Locaux de Santé Mentale sont divers puisque différents acteurs selon les territoires et les volontés locales, peuvent y être présents ;

Services de l'Etat (ARS, DDCS, Préfecture, Education Nationale) ; Professionnels et associations de santé (médecins généralistes, psychiatrie privée, hôpitaux du territoire, infirmiers libéraux et scolaires, réseaux de santé, etc.) ; Services municipaux (CCAS, ASV, maisons de quartier, etc.) ; Acteurs sociaux et médico sociaux (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, EST, EHPAD, CAARUD, ANPAA, Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogique, associations, bailleurs sociaux, maison des adolescents, CHRS, Foyers de Jeunes Travailleurs, etc.) ; Acteurs culturels et de loisirs (associations, clubs sportifs, médiathèques, etc.) ; Forces de l'ordre (polices municipale et nationale), justice, sapeurs-pompier...

[Pour visualiser la présentation power point, cliquez-ici](#)

### **4. Equipe mobile de l'association Aurore, Paris.**

**Marianne Auffret, Chef de Service de l' « équipe mobile » ; « Conflits intrapsychiques et enjeux interinstitutionnels : animer les interstices »**

#### **I) Le projet Equipe Mobile**

L'équipe mobile Aurore est le fruit de la réponse à deux appels à projet : l'un de la Direction Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement (DIHAL) et l'autre du Fonds d'Intervention Social des ESH en 2013. Ces appels à projets prenaient acte de la difficulté des bailleurs à « gérer » certaines situations qu'ils estimaient relever « potentiellement » de la « santé mentale » : intuition forte plus que fait avéré, et présupposé aux interprétations pour le moins vastes.

L'équipe est composée de 6 psychologues à mi-temps ou à 60%, dirigée par un chef de service. Elle est rattachée au pôle hébergement de l'association Aurore, qui est une grosse association nationale (principalement implantée en Ile de France) organisée autour de plusieurs pôles : habitat, urgence, insertion, santé, addiction, soins psychiques, et hébergement.

Nous travaillons désormais avec 4 bailleurs franciliens qui co-financent l'action de l'équipe, Paris Habitat, Toit et Joie, la SIEMP, et Logement Français. Nous suivons ou avons suivi 75 situations. Le périmètre de notre intervention suit les contours des parcs immobiliers des bailleurs sociaux avec lesquels nous avons conventionné et nous intervenons sur une vingtaine de communes.

Chacun de ces bailleurs a sa spécificité, son histoire, sa culture institutionnelle, son identité, ses personnels, auxquels il convient de s'adapter tout en recherchant dans notre action auprès d'eux, un invariant suffisant pour émettre des hypothèses théorico-cliniques et proposer un cadre de travail qui puisse « parler » à une institution dont la mission sociale est peut être en train de bouger, j'y reviendrai.

#### ➤ **Qui sont ces locataires ?**

Parmi les « situations » rencontrées, on retrouve des coordonnées très diverses, sur le plan de l'âge, de la psychopathologie, du fonctionnement systémique du foyer ou des trajets psycho-sociaux. Autant d'hommes que de femmes. Sur le plan des classes sociales, on perçoit une certaine homogénéité : classes inférieures et moyennes inférieures, représentatives des locataires du parc HLM. La moitié a déjà eu un suivi psychiatrique, à l'hôpital ou en ambulatoire. Il est notable aussi, bien que nous ne sachions pas encore quoi trop faire de cette observation, qu'on retrouve un grand nombre de vieilles mères et leur vieux fils vivant ensemble depuis longtemps.

La plupart des situations sont connues par le bailleur depuis longtemps. Une majorité des situations relèvent d'une procédure contentieuse, pour dette ou troubles du voisinage, mais c'est potentiellement un biais induit par la façon dont le bailleur s'est parfois approprié le travail de l'équipe, sur un versant contentieux, justement. En témoigne la variabilité du phénomène auprès des 4 bailleurs.

Sur les 75 situations : on peut estimer que la moitié d'entre elles relèvent d'une forme d'incurie au sens « classique » de l'incurie dans le logement, tel qu'il est décrit par les institutions du logement (élément d'insalubrité, d'accumulation d'objets, de mauvais entretien, de plaintes du voisinage sur des émissions d'odeur, sur la présence d'insectes...) Mais tous relèvent d'une forme d'incurie plus large, moins bruyante, moins explicite.

#### ➤ **L'objectif de l'équipe**

L'équipe se fixe l'objectif de permettre le lieu et le temps de l'élaboration potentielle d'une demande de soin, au sens large, que nous saurions réorienter vers l'extérieur, le « droit commun », une fois la demande formulée. Tout cela reste encore à travailler, à penser et à expérimenter.

## ➤ **Spécificité de la triple intervention**

La caractéristique de notre intervention est de s'adresser à des endroits divers mais qui s'articulent, qui interagissent, dans les situations qu'on nous adresse. Le mode d'intervention de l'équipe convoque déjà une mobilité de nos positions :

- Auprès des partenaires
- Auprès des salariés du bailleur
- Auprès des locataires

Nous émettons l'hypothèse que le fil conducteur est la restauration – ou la création - d'un espace/temps à l'intérieur de ces trois situations de travail, d'une reprise et d'une ré-articulation entre l'espace temps du psychisme et celui du réel, qu'il s'agisse de celui des locataires ou de ceux qui les accompagnent.

## **II) Interstices entre les partenaires**

Il s'agit pour nous de ne pas nous ajouter mais de nous positionner en tiers auprès des institutions quand elles agissent. C'est une préoccupation constante, sur le versant thérapeutique, « opérationnel » de notre articulation au secteur psychiatrique ou au secteur sanitaire en général, mais aussi une préoccupation sur le versant politique de la cohérence institutionnelle. Nous entendons proposer un outil concret de la mise en œuvre de l'incantation contemporaine à la « coordination », au « partenariat », au « décloisonnement », de la « transversalité » qui, sans outil concret ne se fera pas plus qu'avant. Nous connaissons les écueils de cette incantation. Nous les rencontrons au quotidien et il nous semble qu'ils sont un élément déterminant de la dégradation des situations d'incurie. Quels sont ces écueils ?

- 1) **celui de la roue du hamster** : les acteurs se coordonnent, ça tourne de plus en plus vite, et au bout d'un moment ça crée une sorte de force centrifuge – la « plateforme », « la gestion de cas complexes » - qui renvoie l'utilisateur à son symptôme, souvent central : celui de la disparition des radars, soit à travers le silence et le repli, soit en devenant si gênant qu'on ne le voit plus
- 2) **celui du mille-feuille**, le bien connu mille-feuille qui ajoute à la confusion du paysage institutionnel sanitaire et social, la dilution des espaces de prise de décision.
- 3) **celui de la glu** : la condensation des conflits interinstitutionnels – c'est à dire l'incapacité des institutions à mettre à jour ce qui les caractérise voire les oppose de façon à traiter le conflit. Ex : la psychiatrie et la police ; la police et la justice. Avant de dire qu'elles peuvent travailler ensemble, il faudrait qu'elles sachent dire ce qui les travaille.

Il faut donc « donner du champ » à ces partenaires en proposant une continuité de l'accompagnement, être ceux justement qui « ne font pas tourner » (pas d'orientation en tout cas pas trop précoce, pas de dissociation entre l'accueil et le soin).

Les situations sur lesquelles nous intervenons suscitent d'abord une phase de « diagnostic » de la situation. Diagnostic au cours duquel il est courant de déceler la trace passée ou présente d'interlocuteurs multiples. Travailleurs sociaux du département, de

l'hôpital, du CMP, tutelle, CLIC, MDPH, police, services d'hygiène, services d'aide à domicile, médecin généraliste, famille, voisins...

Notre action consiste parfois à « ranimer le désir » entre le locataire et ses accompagnants, épuisés par les échecs et l'inertie de la situation, repoussés par les signes de l'incurie.

Elle consiste parfois en l'organisation de synthèses, avec parcimonie, pour éviter le hamster, le mille-feuille et la glu.

Elle consiste parfois à rendre explicite des conflits qui bloquent littéralement le travail commun. Tel ce conflit ancien entre un CMP et un pôle social, suscité il y a plusieurs années par une « trahison » institutionnelle : une expulsion pendant une hospitalisation.

## **1. Interstice au sein du bailleur**

### **Le moment de l'histoire du bailleur**

L'identité et la mission des bailleurs sociaux ont considérablement varié à travers l'histoire. Pourvoyeur d'hygiène physique et morale à son invention, ils se sont peu à peu déplacés dans un rôle de bâtisseurs de murs. Les bailleurs semblent en train de réinterroger le périmètre de leur intervention et les échos de leurs interrogations commencent à être formulés dans le champ social et politique.

### **La « demande » du bailleur**

La volonté du bailleur est indéniable. Nous l'avons constaté auprès de nos partenaires bailleurs tout au long de notre travail commun cette année. C'est une volonté sincère, qui n'est pas aussi près que l'on pourrait penser d'un simple intérêt pragmatique, à éradiquer le symptôme de la dette ou du trouble du voisinage. Pour autant, toute volonté, aussi sincère qu'elle soit, articule son lot de paradoxes et d'injonctions contradictoires, qui ont des conséquences sur l'objet de la demande, ici : une demande d'aide. Oui mais pour qui ?

Souvent les situations qui nous avaient été signalées s'inscrivaient dans une longue et complexe procédure d'expulsion et relevaient, de fait, d'une double prise en charge par le pôle contentieux et par le pôle social. Ce n'est pas, comme nous avions pu l'imaginer au départ, le malaise du locataire endetté qui occupait le centre des débats, mais bien le malaise du bailleur vis-à-vis de sa mission de traitement de la dette qui saturait les échanges. Ce malaise, vis-à-vis de la dette, le bailleur avait trouvé une façon relativement coûteuse de le traiter : au fond il s'en tirait par le moyen d'un clivage institutionnel entre deux pôles, le pôle contentieux, censé représenter la limite de la loi et le pôle social, censé s'occuper de la « gestion sociale de l'impayé ». C'est précisément au cours de cette phase critique, où chaque pôle semblait être mis en échec dans les limites de ses fonctions (l'une de récupération de la dette, l'autre de protection du locataire vulnérable), que nous avons pu observer dans quelle mesure l'impuissance du bailleur faisait basculer le suivi de la situation, du registre du « droit commun », vers un régime d'exception, où le recours à la faveur (du préfet, du directeur du commissaire de police) plaçait directement le locataire dans une situation d'aliénation

(soumission à l'arbitraire) et qui pouvait précipiter la décompensation de l'incurie (comme négligence ou absence de soin porter à soi ou à ses biens).

La difficulté de positionnement du conseiller social du bailleur est également le reflet de sa mission clivée. De la difficulté de circuler entre les différentes fonctions qu'il incarne, découle une série de passages à l'acte institutionnels illustrée par le recours à l'expulsion, objet de transaction entre les deux pôles du bailleur.

Une série de stratégies inconscientes de contournement, de « résistances institutionnelles » ont été mises en lumière, ont été observées: le déclenchement d'une procédure d'expulsion au même moment où l'on nous confie la mission. L'accélération d'une procédure alors même que la situation semble s'améliorer. Le fait d'empêcher une expulsion à tout prix pendant des années sur le mode d'une résistance héroïque pleine d'ambivalence : tout nettoyer de fond en comble puis ne plus faire de travaux. Paniquer au motif que le locataire se servirait d'une bougie (motif récurrent pour justifier une intervention) que personne n'a jamais vue, ou encore paniquer au motif que le locataire aurait une hache qui, au final, par recoupement s'avère être plus purement l'AAH (Allocation d'Adulte Handicapé). Il ne s'agit en aucun cas de juger, mais nous constatons un certain déboussolement institutionnel.

Nous avons pu mettre en lumière une série de stratégies inconscientes de contournement, de résistances institutionnelles, alliant fantasmes massifs et actes désordonnés : déclencher une procédure d'expulsion en même temps que l'on nous confie la situation, accélérer une procédure alors que la situation semble s'améliorer, empêcher à tout prix une expulsion pendant des années sur le mode d'une résistance héroïque pleine d'ambivalence, tout nettoyer de fond en comble puis ne plus faire de travaux, paniquer au motif que le locataire se servirait d'une bougie (motif récurrent) que personne n'a jamais vu, qu'il aurait une hache dont par recoupement on s'aperçut qu'il s'agissait plus sûrement de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé). Il ne s'agit en aucun cas de juger mais de constater un certain déboussolement institutionnel.

Si tout n'est pas fantasme, (et c'est là une certitude !) nous proposons un lieu qui permette son expression, à travers l'animation de groupes d'analyses de pratiques auprès des gardiens d'immeubles ou des conseillers sociaux.

## **2. Interstices auprès des locataires**

Pour les locataires, l'interstice proposé est celui d'un espace psychique inédit, un espace de transition, espace potentiel, espace des possibles, un espace où il lui est permis d'en venir à sa problématique d'habitat sous un mode moins persécutant. Certes nous effectuons des VAD (visite à domicile), car il s'agit bien d' « aller vers » des locataires dont la demande n'est pas explicite. Mais nous proposons également des espaces interstitiels : café, rue, nos locaux. Nous proposons un cadre pour parler de ce qui fait mal hors du lieu de l'expression de la douleur...

Marine Mazel va maintenant vous proposer le traitement de la dette locative comme élément d'incurie.

## Marine Mazel, Psychologue clinicienne de l'« équipe mobile», Association Aurore ; « Incurie et Dette »

*L'approche psychosociale* dans laquelle nous nous inscrivons, nous permet de tenter de problématiser le malaise du locataire à partir du malaise institutionnel observé chez le bailleur autour des enjeux de la dette et de l'incurie. La demande manifeste du bailleur était la suivante : notre mission consistait à produire un mieux-être psychique, qui s'accompagne d'une résorption de l'incurie et de la dette et qui permette le maintien dans le logement. Notre idée c'est que l'on ne thésaurise pas seulement des objets, on peut aussi *thésauriser de la dette*, pour chercher à être en lien ou se retirer du lien à l'autre.

Nous proposons de retenir une définition de l'incurie en tant que « négligence ou absence de gestion des affaires courantes » ou « dégoût de ce qui occupe le commun des hommes »<sup>15</sup>). Plutôt que de mettre le curseur sur la négligence de la personne propre ou de son habitat, nous insistons plutôt sur quelque chose d'apparemment plus dématérialisé, plus abstrait : la dette. *Je m'intéresse à la dette et à sa fonction, à la fois du point de vue de l'économie psychique mais également du point de vue des liens sociaux. Nous faisons l'hypothèse que c'est lorsque la dette cesse de jouer son rôle de lien entre la réalité psychique et la réalité sociale, que le processus incurique se décompense.* À l'extrême, lorsque l'on cesse de s'acquitter de sa dette, ou que par défaut on en délègue la prérogative à l'institution (tutelle, FSL), c'est une façon de se retirer, voire de disparaître des liens sociaux.

Cette approche permet de dégager l'élément de la dette du seul registre du recouvrement (*source de honte et de culpabilité, clivées chez le locataire et qui font retour chez les personnels des bailleurs*), en lui redonnant un sens, à la fois dans le cadre d'une investigation en amont des phénomènes plus enkystés d'incurie dans l'habitat, mais également en s'efforçant de l'interpréter en lien avec la réalité psychique du locataire. On pourrait ainsi mettre en corrélation les variations de la dette et la trajectoire de précarisation psychique de l'individu en considérant que « dette » et « souffrance psychique » ne s'articulent pas seulement autour d'un versant privatif (ruine et expulsion) ; elles contraignent le sujet à mettre en place des *défenses paradoxales* qui maintiennent le lien social, tout en le mettant en péril.

La dette n'est donc pas seulement privative (au sens où il s'agirait d'un manque à recouvrir ou faire disparaître), elle est également créatrice de liens sociaux. Ces liens sociaux peuvent s'organiser autour de deux versants :

D'une part, *c'est le versant aliénant de la dette* : le locataire hypothèque sa liberté afin de pouvoir continuer à demeurer dans le logement. La dette prive temporairement de la liberté individuelle et de l'autonomie et appelle des réponses institutionnelles vécues à la fois du côté du bailleur et du côté du locataire comme une expérience d'empiètement, d'ingérence, voire

---

<sup>15</sup> Maine de Biran, *Journal*, 1818, p. 126.

d'intrusion. Ici c'est le spectre de *l'hygiénisme*, de la *moralisation* et du *contrôle social* qui règlent les rapports entre les individus sur un versant paranoïde.

Le passage de *l'impayé au contentieux* signe l'entrée dans une *procédure d'expulsion* qui engage à chacun de ses stades un certain nombre de relances de la part du bailleur, vécues par le locataire comme des injonctions répétées, à la fois incompréhensibles et harcelantes. C'est déjà l'entrée dans un *processus de marginalisation* pour le locataire qui, dépossédé de la confiance en l'avenir, doit de surcroît faire face à l'angoisse, à la honte et à la désorganisation suscitées par la procédure.

### Stratégies de défense

Dans certains cas, *l'incurie administrative* peut être interprétée comme un moyen de défense qui utilise le déni, pour scotomiser le terme de l'expulsion et continuer à vivre « comme si ». « Quand j'ouvre ma boîte aux lettres qui déborde, c'est comme quand je regarde ce *SDF* qui vit devant chez moi, j'ai peur de devenir comme lui. » *Les menaces de suicide* sont une autre façon de renverser la négligence extrême de soi et de la situation, par le moyen de l'emprise : il s'agit par la toute puissance et la maîtrise d'intervenir sur le procès temporel et de rendre caduc le terme, tout en mobilisant de l'inquiétude du côté des institutions, quitte à faire vivre et sentir cette paralysie angoissante aux équipes. « Je ne vais pas attendre qu'ils viennent me mettre à la porte et qu'ils me prennent mon piano, à la date de mon anniversaire, je me fous en l'air. »

Pour contre-investir un déroulement de la procédure vécu comme inexorable, et parce que la capacité de se saisir des moyens de recours est comme gelée, le locataire est confronté à une alternative :

1) Soit sa réalité psychique se résout avec fatalisme à un procès inexorable voire tragique, qui vient donner forme et consistance à un sentiment de culpabilité déjà présent. La fin est déjà connue et l'expulsion a toujours déjà eu lieu. Tout se passe comme si la procédure venait accomplir un destin. (Névrose de destinée et mélancolie)

« *Ma femme est partie en emportant les meubles et ma fille. J'ai cessé de réclamer mes congés payés au patron. Je suis partie de mon boulot parce qu'on nous exploite. Au fond, je n'ai pas besoin de tant d'argent pour vivre. S'il faut je retournerai en province. Mais pas dans ma région, parce que avec ma famille ça a toujours été que du non-dit et de la peur.* ».

2) Soit en lieu et place de la culpabilité apparaît chez le locataire le sentiment d'être « pillé et spolié ». *Ce traitement de la menace d'expulsion par la projection et le déni* fait basculer le sujet, de son statut de locataire endetté à celui d'un propriétaire sûr de son bien et de ses droits, en butte à la mauvaise foi et à la malveillance des voisins, du bailleur et des organismes sociaux. La culpabilité intolérable est mise au dehors, projetée sur les persécuteurs, en un mot expulsée (paranoïa, schizophrénie paranoïde).

« *J'ai bien compris que la voisine voulait récupérer l'appartement pour ses enfants, et c'est pour ça qu'on cherche à nous exproprier, à nous mettre dehors moi et mon chat.* »

« *Je vis ici depuis ma naissance avec maman. C'est chez nous. Mes frères et sœurs sont partis et ont tous fait leur vie. J'ai envoyé des mandats cash qu'ils n'ont jamais acceptés. J'ai tous les papiers, j'ai toutes les preuves. C'est eux qui nous doivent beaucoup.* »

Ajoutons que chez ces *locataires endettés et persécutés*, nous avons souvent rencontré une histoire d'héritage en suspens, sur fond de quoi le délire prend forme. On ne peut *ni hériter, ni transmettre*. Ce sont des histoires d'héritages dont on ne peut disposer, des propriétés en usufruits, des meubles de famille qu'un frère s'est accaparés, une hypothèque pour la maison de retraite de la mère qui saigne à blanc la fratrie, un fils hospitalisé en psychiatrie dont on été injustement séparé, lui-même privé de ses droits.

« *Je les connais les services sociaux, c'est la tutelle et puis la Banque de France. Et ensuite c'est fini, on a plus son mot à dire* ».

Mais d'autre part, la dette oblige les institutions sociales au sens large, à prendre soin du locataire, c'est à dire à *suppléer à son incurie*. C'est là une façon paradoxale de penser *la dette, comme une garantie permettant de préserver le lien social*. En amont des phénomènes d'incurie dans le logement, il y a très souvent une histoire de dettes.

L'idée est paradoxale mais simple : « *Tant que je suis en dette, mon créancier a tout intérêt à préserver ma santé (psychique, somatique), à ce que je ne disparaisse pas, afin de pouvoir m'acquitter de ma dette* ». Mon incurie oblige le bailleur à une forme de préoccupation vis à vis de la bonne gestion de mes biens, mais aussi de ma personne propre. La dette fonde un type de lien entre bailleur et preneur, qui les obligent à une forme de préoccupation mutuelle. C'est, au sens fort, la fonction « sociale » du Bailleur.

A l'inverse, *être délivré de ses dettes*, peut être vécu comme une forme de désocialisation qui affecte le *sentiment d'identité et qui menace l'intégrité psychique et corporelle du sujet*. C'est la plongée dans l'incurie et l'accomplissement d'un mouvement d'exclusion.

Il en est ainsi pour la dette locative d'Octave qui a couru pendant de longues années. Elle attestait à la fois de sa continuité d'existence, mais elle revêtait également une fonction de *signal d'appel* : « *Je me suis demandé au bout de combien de temps le bailleur s'inquièterait de savoir si j'étais vivant ou mort* ». Quand l'institution est finalement intervenue (la gardienne a récupéré les salaires d'Octave auprès de son patron et il y a eu la mise en place d'un FSL afin d'éponger la dette), cela a précipité l'incurie. Octave a vécu l'expérience tant redoutée, celle d'être « hors dette », c'est à dire d'être brutalement délivré des liens sociaux. La préoccupation du bailleur n'a pu intervenir au bon moment, provoquant désespoir, résignation et retrait. Tout se passe comme si l'angoisse du locataire et le doute quant au fait d'être vivant ou mort, se transféraient sur les personnels des bailleurs de manière clivée. La logique de la procédure, avec ses effets de suspens et d'accélération, place locataire et bailleur dans une situation de « sursis » temporel, qui fragilise leur capacité à continuer à faire face à la situation : soit elle les fige dans une position passivante et attentiste, soit elle provoque des passages à l'acte.

## Psychodynamique de la dette

À partir de ces deux versants de la dette, nous pourrions proposer une typologie dynamique depuis un versant névrotique, jusqu'à la désorganisation mélancolique. Dans cette *trajectoire de désocialisation*, on passe du registre de l'*obligation* et du *souci mutuel*, au registre de la *persécution*, qui peut à son tour se dégrader et prendre la forme de l'*incurie* et de l'*effondrement mélancolique*. L'investissement de la réalité commune et des liens sociaux dépend de la capacité du locataire à mettre en place des défenses afin de préserver son sentiment de soi :

*Pour le locataire névrosé*, une dette résiduelle, de même qu'un découvert ponctuel, ne l'empêche pas d'entretenir des liens avec son bailleur ou son banquier, qui oscillent non sans ambivalence entre admonestations et encouragements. La culpabilité est minimale et va de pair avec des conduites d'évitements phobiques ou de « belle indifférence » relativement efficace pour préserver son sentiment de soi et l'impression de rester « maître en sa demeure ». La dette a pour fonction de ramener à une réalité commune. Cela reste encore vrai dans une acception sensiblement différente pour *le locataire avec un fonctionnement limite*, chez qui la dette réapparaît de manière chronique et significative, puis se trouve résorbée, au dernier moment, juste avant que la situation ne bascule, sollicitant de la part du bailleur des manœuvres de sauvetage *in extremis*. Au fond tout se passe comme s'il fallait faire l'épreuve de risquer la perte, pour s'assurer de garder l'appartement, le lien à l'autre.

Une *conseillère sociale* du bailleur évoque la situation d'une locataire régulièrement à la limite du contentieux : « *C'est une jeune femme très bien. Elle travaille dur et elle a un passé pas facile avec sa famille. Mais à chaque fois je dois la repêcher. Elle pourrait être ma fille.* » La locataire : « *À chaque fois que je reçois un coup de fil de ma conseillère, j'ai envie de rentrer sous terre. J'imagine ce qu'elle va me reprocher. J'assume dans mon boulot, je me donne du mal pour m'en sortir seule, tout ça pour qu'on ne me trouve pas à la hauteur. C'est pour ça que je suis partie chez ma mère. Des fois, je ne fais plus attention à l'argent, j'en ai marre de me mettre en danger pour rien.* »

Pour le locataire un peu plus persécuté, la dette peut prendre la forme d'un préjudice, d'un objet de transaction quérulent. Le locataire doit quelque chose à une institution qui prétend vouloir son bien, mais qui le précipite dans la précarité. Il lui faut donc trouver des défenses qui permettent de contre-attaquer face à l'institution. Ce sont les troubles du voisinage, ou encore l'incurie, comme autant de façon de tenir à distance de manière agressive, le risque d'empiètement, voire d'intrusion.

Lorsque le voisin ou le bailleur cessent de jouer leur rôle de persécuteur, la dette est vécue sur le mode de l'hémorragie : le « monde » et le « moi » sont vidés. La dette est alors vécue comme une perte des objets sociaux (appartement, travail, filiation) et une oblitération de l'avenir. Elle conduit au vidage du sentiment de soi et à la *décompensation mélancolique*.

C'est dans ce *mouvement régressif* que la *culpabilité délirante* s'efface (« J'ai non seulement causé ma ruine, mais la ruine des gens que j'aimais »), au profit de l'*émergence de la honte*, qui atteste d'un appauvrissement des moyens de défenses. Le renversement de

l'activité en passivité (ne plus honorer ses dettes, *faire le mort*) est une dernière stratégie de survie : *c'est le choix de l'ascèse* ou « misanthropie de survie », avec ce que cela suppose de renoncement aux liens sociaux et qui peut conduire à des formes *d'auto-exclusion* entre les murs.

Pour un autre locataire, qui présente à la fois un tableau de dette dans le passé et un élément d'incurie dans le présent, il considère devoir renoncer à son appartement de plusieurs pièces, pour une cellule monacale : « *Qu'ils prennent mon appartement. Une pièce, un lit ça me suffit.* » Ici l'incurie se manifeste par un retrait des investissements libidinaux. Sa logique relève de défenses narcissiques.

On passe ainsi de la négligence, voire du « dégoût » vis-à-vis de ce qui occupe le « commun des hommes », à une forme de déni qui frappe la réalité sociale, avant de refluer sur la réalité psychique. C'est la régression du registre de la culpabilité au registre de la honte, puis la disparition de la honte, qui nous alerte sur le degré de précarisation de la situation. Ajoutons que c'est cette attention aux variations des capacités à investir la réalité et à y faire face qui nous permet d'évaluer avec quelle partie du moi du locataire nous pourrions faire alliance. Pour composer avec les défenses du locataire comme du bailleur, il ne nous faut, ni en méconnaître le pouvoir de résistance, ni en sous-estimer la dimension de préservation de l'intégrité et de l'identité.

Ce que nous avons proposé d'appeler la *fonction psychosociale de la dette*, constitue pour notre équipe un des leviers qui nous a permis de rapporter des situations figées en apparence, à la série des conflits qui leur était sous-jacents : 1) Entre les pôles du bailleur (contentieux/social) 2) entre locataire et institutions sociales 3) mais également d'un point de vue intrapsychique.

J'ai moins proposé ici d'illustrer notre clinique, que d'en clarifier les présupposés et de réfléchir dans l'après-coup nos partis-pris méthodologiques. Derrière les phénomènes d'incurie au sens large, nous avons souvent pu reconstruire une histoire de dettes. Cette reconstruction se fonde moins sur une investigation comptable, que sur une tentative, à partir des éléments de la réalité sociale et de la réalité psychique, de reconstituer une trajectoire de précarisation et de mettre à jour des mécanismes de défenses et des logiques de survie.

Du point de vue de la pratique, la dette peut servir de médiation pour pouvoir travailler les enjeux de l'élaboration de la culpabilité, pour le bailleur comme pour le locataire. Elle est un moyen pour s'arracher au registre de la honte, source d'incurie, de destructivité et de désocialisation.

## **Conclusion**

Notre Equipe Mobile est un projet récent. Il est difficile d'établir l'avenir qui lui est réservé. Nous ne perdons pas de vue qu'elle ne fait peut être que refléter une tendance contemporaine dont il faut savoir douter : l'exigence toujours croissante d' « adaptation », de « mobilité » qui, si elle est mal articulée, peut confiner à une sorte d' « hystérie du faire ».

« Aller vers » c'est donc parfois paradoxalement empêcher l'agitation, questionner l'opportunité de la visite à domicile, tenter d'agir « au bon endroit ».

Le paradigme « demande »/« besoin » du locataire devenu patient est actuellement traité sous des jours multiples. Ainsi les mouvements issus de la théorie du rétablissement, de l'empowerment, propose des modalités de l'aller vers assez éloignées de notre proposition. Nous sommes trop peu nombreux et la cause de « ceux qui ne demandent rien » est d'ampleur. Cette alliance passera sans doute par l'élaboration de nos corpus de pensée respectifs et la construction d'un champ commun de l' « aller vers » et, il faut l'espérer... de l' « aller mieux » ! La psychanalyse et le rétablissement sont des outils d'émancipation. Faisons que nous trouvions à quel endroit de la politique et de la clinique chacun doit se tenir.

*Les problématiques de l'incurie dans le logement émergent depuis un moment, mais de façon plus saillante encore aujourd'hui.* En partie dans la réalité, parce que la modification des faits démographiques et sociaux, l'émergence de l'ambulatoire convoquent, souvent mécaniquement, une augmentation des occurrences : nous sommes de plus en plus nombreux, nous vivons de plus en plus vieux, ceux qui auraient autrefois été « internés » (chez les vieux comme chez les fous) sont maintenant « dans la cité », tant bien que mal. L'augmentation du nombre de personnes malades s'inscrit-elle dans une réalité statistiquement plus biaisée ? : Que compte-t-on pour les compter ? L'histoire n'est sans doute ni tournée ni vers le progrès ni vers la catastrophe, elle est une somme de recompositions, avec des centres de gravité et des représentations qui changent.

Notre participation au débat s'inscrit humblement dans ce registre : les questions qui taraudaient notre action auprès des locataires incuriques, *n'étaient pas toutes là où nous les attendions.*

*La réponse est bien sûr toujours une question,* elle est sûrement quelque part entre la politique et la clinique, entre le mouvement psychique et le mouvement social. Elle doit articuler des observations individuelles et les remettre dans leur contexte institutionnel, faire bouger les deux curseurs. Ainsi, elle doit s'emparer d'un autre interstice, mal exploré, qui va au-delà du questionnement sur l'adaptation des politiques publiques aux sujets qu'elle traite, (ici l'incurie dans l'habitat), et qui, loin des diagrammes d'évaluation et des questionnaires de satisfaction, va jusqu'à proposer fermement l'espace de la pensée comme espace de l'élaboration de cette adéquation.

Merci infiniment de votre invitation. Ce fut un très grand honneur que d'intervenir auprès de vous.

## Temps de discussion

**Participant:** une précision au niveau de l'Alpil, il y a quelque chose que je n'ai pas compris car, dans votre présentation, vous parlez d'un aspect « récidive » : j'y vois un aspect pénal. Vous parlez ensuite de « démarches administratives ». Je pensais que nous étions dans du judiciaire civil. Je ne comprends pas non plus qui intervient sur les injonctions. Ce sont les trois points que je n'ai pas du tout suivis dans votre intervention.

**Sylvie M'harrack, Alpil :** A propos de la récidive, ce que nous voulions dire, c'est que nous savons qu'on ne guérit pas de cette problématique. Notre travail est de faire en sorte de l'éviter. Sur la question des démarches administratives, il s'agit en fait des démarches concernant l'ouverture de droits par exemple. Nous accompagnons les personnes dans ces démarches. Enfin, l'injonction, c'est l'injonction administrative qui peut être engagée par l'Agence Régionale de Santé concernant l'insalubrité du logement.

**Marielle Schmitt, ARS:** Très clairement, l'un des objectifs affichés, c'est de réduire le risque. On sait que nous ne sommes pas dans une suppression totale du risque. On pourrait simplement dire il y a un problème un risque pour la santé qui est évalué et identifié, et on y a va avec nos outils très coercitifs, d'injonction de réaliser des travaux. Nous avons des outils règlementaires justement, prescripteurs, avec des délais données, et qui nous permettent, si ces travaux ne sont pas faits, de les réaliser d'office. C'est dans ce cadre là que nous pouvons utiliser le mot « injonction ». Mais on sait que c'est fictif de dire « en faisant ça – la réalisation de travaux d'office sur l'état d'insalubrité du logement - on a traité la situation et on a supprimé le risque ». Deuxièmement, ce qu'on appelle « la récidive » ça n'a rien à voir avec le judiciaire. Pour la récidive, ce n'est pas parce qu'on a nettoyé le logement d'une personne en situation d'incurie que ce dernier ne va pas reprendre sa façon à lui d'habiter son logement. C'est en ce sens que l'on utilise le terme « récidive », et elle est en lien avec la construction psychique particulière, à un mode d'habiter particulier. Mais nous, nous ne sommes pas sur du « traitement » sur ce dispositif mais sur de la « réduction du risque », pour retrouver une situation socialement acceptable. Enfin, on peut utiliser à bon escient le levier règlementaire coercitif parce que parfois ces outils font bouger les lignes. Mais c'est plus en fonction de la psychologie de la personne qu'on va juger utile ce levier coercitif, qu'en fonction finalement de l'état du logement et des risques qu'il présente. Sauf dans les situations les plus catastrophiques. Finalement, l'utilisation que nous faisons de ce levier est vraiment liée à l'état du logement et on va l'utiliser en fonction de l'analyse que l'on fait de la personne et si c'est bon moyen pour faire évoluer la situation.

## Questions du Dr Jean Furtos à l'équipe mobile Aurore

**Jean Furtos :** Cet après-midi donne beaucoup à penser. D'abord sur la présentation d'Aurore. C'est une présentation avec une psychologie très sophistiquée j'ai trouvé, et je me suis posé deux questions. A propos de l'ambivalence des bailleurs qui utilisent par exemple un service dans un sens, un service dans un autre, est ce que vous arrivez, en discutant avec eux, à le leur

répercuter pour qu'ils prennent en compte leur contre-attitude ? Est-ce-que ça les aide que vous analysiez ça avec eux ?

La deuxième question est à propos de la « dette ». Je n'avais jamais entendu jusqu'à ce jour le lien entre avoir des dettes vis-à-vis de son loyer, et avoir un symptôme d'incurie. C'est très intéressant d'analyser la dette comme vous le faite, comme un objet social qui permet des transactions en fonction du niveau psychologique des personnes. Mais est-ce que vous pourriez dire quelque chose sur le type d'incurie que vous avez constaté ? Vous n'allez pas forcément dans les logements, est-ce que ce sont des incuries petites, moyennes, 70m<sup>2</sup>, 25 m<sup>2</sup>?

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore :** La première question sur « est-ce qu'on aide les bailleurs », on espère ! C'est quand même l'idée. Par contre ce n'est pas forcément en en parlant avec eux sur ce mode-là. C'est-à-dire que c'est plutôt dans le cadre de l'analyse de la pratique avec les conseiller(e)s sociales, en groupe de 7 à peu près, ou avec les gardiens, qu'on arrive à ce que justement, eux, élaborent ce conflit qu'ils vivent au quotidien au sein du bailleur. C'est-à-dire que les conseiller(e)s sociales ou les gardiens dansent d'un pied sur l'autre entre « il faut qu'il paie, il faut que je l'aide ». Du coup, c'est à travers les groupes d'analyse de la pratique, et ce n'est pas du coaching, c'est vraiment de l'aide à ce qu'ils élaborent leur représentation autour de ça, qu'ils élaborent eux-mêmes leur positionnement de travail. C'est comme ça qu'on pense les aider. Après c'est vrai c'est dans un processus assez long.

**Dr Jean Furtos :** Mais pourquoi alors vous n'intégrez pas les services de contentieux également, ils ne sont pas intéressés ?

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore :** Non ce n'est pas ça. D'abord c'est tout à fait récent. Par exemple, on vient juste de commencer de travailler avec les gardiens. Et puis à chaque fois, il faut que nous, on puisse proposer un cadre dont on a l'impression qu'il répond à un besoin. A travers l'analyse de la pratique, à chaque fois, un certain nombre de problématiques émergent que nous n'avions pas imaginées. Et on traite souvent ces problématiques par une quatrième séance, ou alors on appelle ça « sensibilisation ». En fait, on reprend les éléments qui ont émergé lors des analyses de pratique. Ce n'est pas nous qui choisissons, on est en négociation avec le bailleur sur : qui on a dans nos groupes et à quelle fréquence. Par exemple, on a négocié avec un bailleur le fait de travailler avec leurs « conseillers sûreté. ». On a finalement travaillé avec eux, et les conseiller(e)s sociaux. C'était très intéressant et très « casse-gueule » parce qu'ils articulaient eux-mêmes des positions très intéressantes dans le règlement du trouble du voisinage. Récemment, nous avons aussi fait la proposition auprès d'un autre bailleur de faire des analyses de pratiques auprès d'autres corps de bailleurs. On a proposé de travailler peut être plus en amont et même dans la prévention, et donc de faire de l'analyse de la pratique peut-être plus au niveau des agences que finalement auprès des conseiller(e)s sociaux qui sont dans les sièges. Tout ça est en train de se travailler, c'est-à-dire : quel est le bon endroit dans l'institution pour agir et faire ? Quel est le bon endroit pour rendre explicite des conflits qui les animent, tout à fait naturellement d'ailleurs, mais qu'il faut savoir faire émerger ?

**Marine Mazel , équipe mobile Aurore :** Sur la question de la dette, on pourrait dire plusieurs choses mais je crois que par rapport à ce qui a été dit ce matin, la question classique de l'incurie dans l'habitat telle qu'elle a été décrite, évidemment, avec l'équipe, nous la rencontrons au quotidien comme vous. Ca peut être une cuisine, par exemple nous avons un de nos locataires qui l'avait transformée en volière géante avec 30 perruches. C'est un élément d'incurie dans l'habitat qui peut nous être signalé. Ca peut être aussi une accumulation, un ensevelissement mais si vous voulez, dans ce genre d'incurie dans l'habitat, ce qui nous, nous a frappé, c'était le côté peut-être trop visible, et parfois qui sature tellement notre regard qu'on ne sait plus trop bien quoi en penser. Alors Marianne l'a dit tout à l'heure, on se situe nous aussi dans une dimension de prévention et on réfléchit, au terme d'un an d'expérience à : comment pourrait-on penser notre intervention beaucoup plus en amont de ces phénomènes très enkystés d'incurie dans l'habitat ? Comment trouver des opérateurs comme celui de la dette pour essayer de penser justement cette fenêtre temporelle où il y a quelque chose qui se décompose dans le rapport au logement ? Il y a dans ce rapport au logement quelque chose qui se manifeste, parce qu'il y a quelque chose qui se manifeste quand on cesse de payer son loyer. Alors vous me direz, il peut y avoir aussi une façon de cesser de payer son loyer qui est due à une précarité qui est économique. Ca c'est une des dimensions. Mais je crois que dans beaucoup de situations qu'on a rencontrées, cette dimension de précarité économique est complexifiée aussi par la dimension de précarité psychique qui s'actualise à travers la question de la dette et éventuellement qui s'actualise au travers de la décompensation incurique.

**Dr Jean Furtos :** Est-ce que vous voulez dire là qu'après un an d'expérience, vous avez une hypothèse de travail qui pourrait être préventive d'apparition ou d'aggravation de l'incurie en travaillant sur l'objet social « dette » ?

**Marine Mazel , équipe mobile Aurore :** Oui, ça c'est quelque chose qui a émergé de notre travail d'analyse de la pratique et des différentes rencontres avec les partenaires et avec les bailleurs. Les conseiller(e)s sociales nous disent : « untel, il est régulièrement en impayé ». L'idée ce n'est pas d'aller se pencher sur le type qui a un petit impayé et d'aller faire du contrôle social. L'idée c'est de voir : quand il y a des récurrences, des choses où les gens se mettent en danger, et de se dire: qu'est-ce qu'on peut penser de ça et dans quelles mesures éventuellement pourrait-on intervenir avant que ça ne se décompense d'une autre façon ?

**Dr Jean Furtos :** Donc c'est une hypothèse ?

**Marianne Auffret , équipe mobile Aurore :** C'est à la fois une hypothèse de travail, mais c'est également un parti pris qui est de ne pas aller dans le côté fascinant et dans l'histoire croustillante de l'histoire de l'incurie. On avait aussi fait ce choix de faire une autre entrée sur l'incurie qui n'est pas le récit un peu accumulatif de tous les animaux, les insectes, parce qu'il y a quelque chose qui sature complètement la réflexion sur l'incurie, qui est vraiment une accumulation de détails. On voulait proposer une entrée dans l'incurie qui ne soit pas le truc vraiment « dégueulasse » et que chacun soit là et dise « ha ouais il y avait tout ça, 3 m cube, 6 m cube... ». Et puis on va un petit peu dans une surenchère qui va un peu nous empêcher de penser.

## Questions de Nicolas Chambon à l'équipe mobile Aurore

*Nicolas Chambon, sociologue responsable de la recherche à l'Orspere*

**Nicolas Chambon, Orspere :** Est-ce que le titre que vous avez proposé est inversable ? C'était « conflit intrapsychique et enjeux interinstitutionnels »? Est-ce qu'on peut dire « enjeu intrapsychique et conflits interinstitutionnels »? Autrement dit, l'idée derrière cette question est : est-ce que vous êtes une institution ? Qu'est-ce que vous représentez quand vous faites de l'analyse de la pratique avec des travailleurs sociaux ? A quel endroit les travailleurs sociaux vous situent et que représentez-vous pour eux ?

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore :** A mon avis, nous n'aurons pas la même place en 2014 et en 2015 pour la simple raison qu'on ne va pas avoir la même nature de financement. C'est-à-dire que sur 2014 on avait une partie financement publique et un cofinancement privé. Ca, ça nous a donné un positionnement en tiers. Sur 2015, on aura uniquement un financement privé. C'est-à-dire par les bailleurs. Donc qu'est-ce qu'on est pour eux ? C'est très compliqué. Notre place se cherche.

**Nicolas Chambon, Orspere :** Je pose cette question parce que derrière toutes les interventions, il y a la question du partenariat, du lien, et chacun souhaite avoir des partenaires à partir de la position qu'il occupe, de là où il est. Donc est-ce qu'on a à faire à des situations problématiques qu'on doit partager ? Est-ce qu'on a à faire à une thématique problématique ? Faut-il se mettre au travail là-dessus ? Est-ce que c'est le professionnel qui est en difficulté ? Est-ce que c'est l'institution qui est en difficulté ? Que mettez-vous au travail quand vous faites de l'analyse de la pratique ?

**Marine Mazel, équipe mobile Aurore :** Ce qui est intéressant dans ces groupes d'analyse de la pratique et que l'on propose avec nos collègues auprès des professionnels des bailleurs, c'est de prendre le temps à un moment, tout simplement, de porter un regard sur ce que l'on fait, sur les décisions qu'on engage dans son travail au quotidien. Evidemment, chaque travailleur social, chaque psychologue, chaque psychiatre, n'a pas une seule et même façon de se rapporter à sa clinique et à ses patients, qui serait totalement préméditée et écrite. Donc il y a des choses que l'on fait sans savoir pourquoi on les fait pour être honnête. Ce qui est intéressant, c'est d'intervenir justement à l'endroit de ce conflit, parce que ce qu'il faut imaginer, c'est que les conseiller(e)s du pôle social du bailleur, ont à accomplir une mission de gestion sociale de l'impayé. En soit, c'est quelque chose d'un peu bizarre, pour laquelle à la fois ils doivent tenir compte de la vulnérabilité de la personne et aussi des exigences sociales du bailleur. Donc, ce qui est très compliqué, c'est qu'ils et elles sont en permanence tiraillés et il est difficile parfois de justifier même a posteriori de telle ou telle prise de décision par rapport à telle ou telle situation. Là, on l'a vu avant de rentrer dans la trêve hivernale, nous avons eu toute une cascade de procédures d'expulsion, en bout du bout du bout de la procédure qui se précipitait, qui se cassait la gueule, où tout s'emballait, et on se rendait bien compte que les personnels des bailleurs, dans leur volonté de bien faire, parfois, étaient totalement dans le passage à l'acte. Ils faisaient sortir des gens pour qui, on avait mis pendant 15 ans, une énergie incroyable à les maintenir dans le logement, pour d'aussi

mauvaises raisons qu'on aurait pu les laisser à l'intérieur alors qu'ils n'en avaient plus la capacité.

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore** : On suppose qu'il y a une interaction justement, une intervention institutionnelle, des institutions et du psychisme, et aussi du psychisme des locataires et des travailleurs. On suppose que si les travailleurs sociaux vont mieux et savent mieux se positionner, ça entrainera du positif pour les personnes qui accompagnent. C'est d'ailleurs aussi pour ça qu'on veut faire les deux à la fois et que l'on veut un peu nous saucissonner le marché en nous disant « non mais on prend que la partie locataire ». On ne prend pas que la partie locataire, il y a une interaction dans le travail que l'on fait non seulement auprès du bailleur, mais aussi du locataire. Cette interaction on la suppose, on la tente.

### Questions de Marielle Schmitt, ARS à l'équipe mobile Aurore

**Marielle Schmitt, ARS** : Par rapport à cette question de la dette je me permets de réagir parce que je me méfie d'imaginer une espèce de corrélation. Il est vrai que là, c'est une entrée bailleur qu'a l'association Aurore. Il est vrai que nous qui avons une entrée signalement de n'importe qui on va dire, on observe pas du tout cette corrélation. C'est vrai qu'on a beaucoup plus de situations de dette locative sur des situations d'habitat indigne qui sont du logement dégradé du fait d'une absence d'entretien par les propriétaires, que des situations de dette sur des situations d'incurie, c'est sans commune mesure. Donc cela montre bien que la corrélation, nous on ne l'observe pas du tout.

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore** : On ne nous signale pas les locataires endettés, on nous signale les problématiques de santé mentale et on constate qu'il y a une problématique de dette.

**Marielle Schmitt, ARS** : Franchement, la situation de l'endettement on l'observe plutôt moins fréquemment sur des situations d'incurie que sur des situations on va dire classique du logement mal entretenu et délabré.

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore** : Il ne faut pas du tout comprendre que Dette = Incurie, et il ne faut pas du tout comprendre que nous sommes missionnés par les bailleurs pour récupérer de la dette. Nous sommes missionnés par la direction ministérielle de l'hébergement et de l'accès au logement pour venir en aide à des bailleurs qui étaient inquiets au sujet de locataires, et dont ils pensaient que les problématiques relevaient de santé mentale. C'est ça l'entrée : l'inquiétude et la santé mentale. Une fois que l'on a eu ces signalements, et ne sachant pas vraiment à quoi s'attendre en réalité, nous ne savions pas ce qui allait émettre l'inquiétude des bailleurs, nous pouvions l'imaginer mais nous ne le savions pas. On relève un certain nombre d'observations. Telle que je vous l'ai précisé tout à l'heure : ces vieilles mère avec leurs vieux fils incurie, des dettes... Des dettes tout a fait réglées puisque lorsque vous avez une tutelle, il n'y a pas de dette donc là, on n'a pas l'objet à analyser. L'hypothèse que l'on émet, c'est que dans la dette il y a peut être quelque chose à regarder qui dit peut être quelque chose de la façon dont la personne va être incurie. Il n'y a pas du tout de « l'un égale l'autre ». Ce serait vraiment mal comprendre le propos.

## 5. Dr Nicolas Meryglod, Psychiatre, CH Saint-Jean-de-Dieu

Plus que quelque chose qui permet d'entrer dans l'incurie, j'ai bien aimé l'idée de la dette, mais comme une porte de sortie. En tant que professionnel, qu'on soit impliqué directement avec les mains dans le cambouis ou qu'on soit un peu plus à distance dans des tentatives de théorisation, d'entrée de jeu on est confronté à des enjeux très complexes, et on a du mal à en sortir.

J'ai beaucoup entendu cet après-midi qu'on était toujours dans des histoires de tensions entre des objectifs de santé publique et des nécessités de santé individuelle, dont on a peut-être plus parlé ce matin. Ce ne sont pas des petites tensions : décider d'intervenir au risque de provoquer des décompensations et peut être la mort de la personne. Nous sommes face à des situations lourdes sur lesquelles on est obligé de travailler en réseau, il n'y a pas trop le choix.

Donc, il y a cette injonction à travailler ensemble et éventuellement sur un mode participatif, ce qui me paraît être un paradoxe ; en réalité, il y a des paradoxes partout. Ce que je trouve intéressant sur le plan de cette clinique interstitielle, interinstitutionnelle, là où se situe le paradoxe, c'est que finalement, dans des situations de grande précarité, plus on va chercher à institutionnaliser la précarité, à mettre en place des protocoles, des interventions très bien cadrées, et moins on va réussir à saisir ce qu'on veut attraper. Il y a une espèce de fuite en avant et au bout d'un moment, en tant que professionnel, en tant qu'intervenant, ça épuise, ça décourage.

Il y a du coup un vécu en miroir de la situation des personnes qui se joue auprès de professionnels, qui ont l'impression de bien travailler, de s'investir même plus que ce qui leur est demandé, mais plus ils ont l'impression de bien faire et plus la personne va mal. Il y aurait ainsi un risque de découragement.

Lorsque j'ai fait ma thèse sur l'incurie il y a quelques années, lorsque je travaillais à l'ORSPERE, un des premiers éléments qui m'est apparu c'est que finalement, ce qui est l'essentiel dans l'incurie en général, ce n'est pas tellement le fait que les personnes soient sales, mais que ça ne les dérange pas. Il me semble que cela nous renvoie à une construction normative sur laquelle se basent beaucoup de nos représentations. Ces personnes dans ces situations-là, elles viennent nous percuter vraiment à cet endroit, et cela peut provoquer comme je l'ai dit du découragement mais aussi du sadisme. Dans certaines situations nous sommes amenés, sans le vouloir, en cherchant à faire le bien à faire beaucoup de mal. Il y a beaucoup de considérations morales je crois autour de ces questions, donc nous sommes vraiment dans un problème très complexe.

Il est vrai qu'on peut se demander : que fait la psychiatrie ? A quoi sert-elle ? D'une manière plus générale, je crois que cela fait partie des questions importantes et qui, par les temps qui courent, méritent d'être posées. On peut la poser sous l'angle de la précarité, de la prise en charge de ces personnes en grandes difficultés. En tout cas, une porte de sortie de mon travail de thèse a été de me questionner sur « A quoi vais-je servir en tant que

psychiatre ? » On part de situations dans lesquelles on est complètement englué et il me semble que l'important c'est d'arriver à trouver des portes de sortie, à condition d'accepter une certaine déformation professionnelle. Nous sommes très bien formés pour nos différents corps de métier, mais la réalité des situations que l'on rencontre, et en particulier les situations de précarité, nous oblige à nous décentrer un petit peu et à nous déformer. Voilà, je pense que ça peut apporter un peu d'espoir dans des situations qui en manquent pas mal.

## Questions de la salle

**Participant :** Je voudrais revenir sur les questions de partenariat et d'accès aux soins qu'on suppose être un bon moyen pour éviter que les gens ne recommencent et se mettent dans les mêmes situations. Je travaille dans un service d'hygiène donc je suis confrontée à ces situations assez régulièrement. Effectivement, comme ça a été assez bien dit, les procédures de débarrasage coercitif, c'est efficace deux jours. Ça ne dure pas longtemps et en plus, il n'y a aucune prise de conscience de la part de la personne. Sur le terrain on a beaucoup de mal à faire des partenariats, c'est-à-dire à faire des visites communes avec des assistantes sociales qui aussi ont leurs limites. Cette question de l'accès aux soins, de mener les gens aux soins, elle est très complexe. Ce que j'aimerais, c'est avoir des médecins, des psychiatres ou des psychologues qui nous accompagnent sur ces dossiers-là, parce que nous ne sommes pas du tout formés et il y a beaucoup de choses qui nous échappent qui sont compliquées pour nous. Nos interventions on les fait mais elles sont fragiles et on ne sait si elles vont échouer ou si ça va recommencer.

**Dr Nicolas Meryglod :** Je ne sais pas si les psychiatres ou les psychologues, en tout cas les psychiatres en ce qui me concerne, sont mieux formés que vous, ou savent mieux faire. S'il est important que les psychiatres se sentent concernés, il ne faut pas non plus imaginer que les psychiatres ont des solutions tout seuls pour ces histoires-là. Je dirais que ça concerne les psychiatres mais voilà dans quelque chose, dans une situation où chacun a une légitimité pour y être.

**Nicolas Chambon, Orspere :** Effectivement, l'idée de cette journée est de continuer à enquêter parce qu'effectivement, il y a peut être à concerner, mais sur quel registre ? Nous l'avons vu : le partenariat peut se faire autour de la personne, autour des institutions, autour des difficultés des professionnels, et à chaque endroit revient effectivement ce souci de concerner la psychiatrie, les psychiatres. A chaque fois effectivement, c'est un travail qui demande à être soutenu, mais je pense qu'il faut le prendre comme un enjeu, et c'est comme ça qu'on le voit à l'Orspere.

**Martine Chanal, Convention santé psychique et logement :** Je souhaitais rajouter que les dispositifs que nous souhaiterions voir se mettre en place, nous, l'ensemble des signataires, c'est bien pour ça. Normalement voilà nous aimerions qu'il y ait un dispositif non pas qui va régler la situation, mais qui fait que vous soyez moins isolés et qu'il y ait une tentative de

mettre tout le monde autour de la table. Mais parfois les transversalités ne marchent pas comme on le voudrait

## Témoignages de participants

**Participant :** il y a une personne que l'on n'a absolument pas entendue ce matin, c'est le médecin généraliste. Il est aussi en première ligne au contact quotidien de ces personnes, y compris d'une bonne partie de ces patients qui sont en incurie. Ce que je peux dire pour m'être fait « piégé », c'est qu'on ne les repère pas mieux que les autres. Même quand on repère un patient extrêmement sale, couvert de crasse et que l'on aborde doucement le problème avec lui sur plusieurs consultations, sur plusieurs mois, tout va bien, il n'y a pas de problème. Quand on tente d'alerter le service social local, l'assistante sociale essaie d'aller une fois chez le patient, n'est pas reçue, et laisse tomber. C'est de l'expérience sur 35 ans de de carrière... Je savais que j'allais déplaire. Au fil d'une carrière de médecin généraliste, on voit beaucoup vieillir de patient et très vite, on voit des patients qui étaient bien propres sur eux et petit à petit, il y a des tâches sur les vêtements, l'hygiène corporelle se laisse aller et il est très difficile d'aborder ce sujet avec eux, quasi impossible d'aborder ça avec la famille car on est tenu au secret. On se trouve coincé face à des gens que l'on voit entrer en incurie et nous n'avons pas d'outils très clairs. On propose bien sûr qu'une infirmière vienne les aider pour la toilette, mais ils nous répondent qu'ils n'en ont pas besoin. Que faire ?

**Marielle Schmitt, ARS :** Personnellement, enfin apparemment la salle n'a pas réagi comme ça, je me retrouve aussi dans cette idée que si les travailleurs sociaux ne sont pas sollicités par la personne elle-même, s'il n'y a pas de demande de la personne elle-même, on a du mal à les mobiliser. Nous avons parfois des conseillers sociaux du conseil général qui nous disent : « ben vous nous avez dit qu'il y avait un problème mais la personne nous a dit qu'il y n'y en avait pas, lorsque nous l'avons rencontré, elle nous a dit que tout allait bien. Donc on a rien à faire là. ». Je me retrouve dans cette idée et je pense que malgré tout alors, et là c'est ma position hygiéniste, le maire est responsable de la salubrité des habitations et du respect des règles d'hygiène et c'est un interlocuteur que les médecins généralistes peuvent avoir. S'adresser au maire et lui faire un signalement sur un problème potentiel. C'est à lui après de voir quel levier il peut faire intervenir pour faire évoluer l'intervention. Donc le médecin généraliste peut avoir un rôle de repérage de situation, parce que finalement on a assez peu parlé aujourd'hui de la première étape qui est celle du repérage des situations et qui est une vraie difficulté. Le médecin généraliste a sa place et doit pouvoir trouver des interlocuteurs et ça me semble important. A l'inverse de la première étape qui est le repérage, la dernière étape c'est le suivi : comment faire pour que ça ne se reproduise pas ? Comment faire pour trouver les leviers et les moyens pour qu'il y ait une stabilisation ? Comment faire pour que, la situation ne se re-dégrade pas ? Evidemment, ce sont de vraies questions. Il faut pouvoir identifier. En ce qui concerne le dispositif monté par l'ARS et Alpil, on suit les personnes sur plusieurs mois, mais il faut qu'on trouve des portes de sortie, qui peuvent être de natures différentes, mais il faut les trouver. L'objet ne va pas être de « traiter » définitivement ou de

retrouver une situation de normalité dans le mode d'habiter, mais de retrouver une situation qui ne représente plus de risque pour la personne et de mettre en place les soutiens nécessaires de quelque nature qu'ils soient : de soin, d'aide ménagère, de tout ce que vous voulez ... pour stabiliser une situation. Tant que nous n'aurons pas trouvé ces moyens, nous poursuivrons ce travail là.

**Participant :** Je travaille dans un centre d'hébergement en Saône et Loire et nous accueillons justement les gens qui sont expulsés soit en raison de problèmes de comportement soit en conséquence d'une incurie. Il nous arrive souvent de voir arriver des gens dans des états assez alarmants. Nous faisons tout un travail d'accompagnement social avec eux. Nous fonctionnons beaucoup dans la création des liens avec la personne parce que c'est ça qui humanise justement une personne qui sort d'une grosse situation d'incurie. Les problèmes que l'on rencontre et qui nous font très mal, on les discute tous en équipe. On prend par exemple le cas d'une personne, on va travailler avec cette personne, créer des liens sociaux avec elle, on essaie de l'insérer dans le quartier : aller chercher le journal, aller chercher le pain, aller à la petite épicerie du coin... Mais ça ne suffit pas parce le problème c'est : comment on peut trouver une solution pour que ça ne se répète pas lorsque la personne retourne chez elle, lorsqu'il y a retour au logement ? Il faut essayer de trouver des solutions au niveau national. Tant qu'on laisse les personnes pourrir dans leur solitude sans lien social, moi je vois mal la solution.

**Marianne Auffret, équipe mobile Aurore :** je voulais rebondir sur l'intervention d'une personne qui disait que le partenariat marchait. Les mots qu'elle a utilisés que c'était : le « plaisir » qu'elle avait à travailler et le fait qu'elle ne se sentait plus « isolée ». Je pense que pour le coup, c'est bien plus que le partenariat tel qu'il est instauré de façon conventionnel. En fait l'idée que l'on a et que j'expliquais tout à l'heure c'est : intervenir auprès des travailleurs sociaux et leur rendre possible leurs espace de travail, voilà. Leur rendre « traversable » leur espace de travail. Je pense que c'est une clé d'entrée très forte dans le fait que les situations, par imprégnation s'améliore. Je pense que le travail social va évoluer de cette façon là. C'est-à-dire, et c'est une hypothèse optimiste, que l'on va donner des moyens au travailleur social non pas d'avoir des réponses, des psychiatres ou des infirmiers... mais on va leur donner les moyens de faire du partenariat, c'est-à-dire : un animateur. C'est-à-dire quelqu'un qui est à l'extérieur et qui fait traverser l'équipe, qui fait émerger un questionnement et qui les remet en mouvement, qui redonne le plaisir de la pensée, le plaisir de la maïeutique, de la construction d'une position commune qui anime complètement les équipes. Nous le voyons ça. Quand je vous disais qu'on intervenait sur 20 communes c'est : 20 communes, 20 CLSM, 20 mairies, 20 secteurs et à chaque fois que nous intervenons, nous intervenons dans un environnement qui va bien, qui est animé de sa réflexion, de son plaisir de travailler. Evidemment, les conséquences sont quasiment immédiates sur les locataires y compris des situations extrêmement intriquées et difficiles. Mais il n'y a pas d'autres solutions que de passer par la maïeutique, l'accouchement d'une position commune, à travers la discussion. Je pense que l'on ne peut pas s'en remettre à un avis d'expert. Il faut vraiment traverser la question, penser, c'est notre sujet numéro un. S'il y a un message à retenir c'est

« Penser ». Le terrain et la pensée, s'il y a bien un interstice à réduire, c'est celui-là. Le terrain et la pensée, c'est la même chose, c'est l'articulation de l'un et l'autre qui nous permet de se lever le matin voilà. Cet élément-là est très fort dans notre façon d'agir.

**Sylvie M'harrak, Alpil** : je souhaiterais témoigner dans ce sens là : le plaisir de travailler ensemble. Mais également, on n'en a pas parlé, mais ce qui est important aussi c'est la relation de confiance qu'il faut instaurer, certes avec beaucoup de temps, avec les personnes. Il y a aussi des personnes qui trouvent un certain plaisir à avoir des acteurs avec qui parler, qui viennent chercher. Ces réponses on les trouve ensemble effectivement. Nous ne les trouvons pas systématiquement, mais les mises en réseau, les relais autour des aides de service à la personne, ce n'est pas facile à débloquent effectivement, mais il y a aussi des personnes qui expriment leur satisfaction à voir des personnes qui s'intéressent à leur situation. Après il y a aussi la question de la possibilité des acteurs à venir très régulièrement et de manière durable à domicile et ce n'est pas toujours le cas. Mais les réponses ne sont pas identiques en fonction des personnes et sont difficiles à construire. Les personnes qui nous rappellent au bout de 2 ans pour dire que ça va mieux, ça existe quand même.

**Participant** : Je suis éducatrice dans un dispositif interface et nous faisons le pari d'une approche médico-sociale. C'est-à-dire un médecin psychiatre et un travailleur social, qui va rencontrer un travailleur social qui est le premier interlocuteur de ces personnes qui sont très isolées pour pouvoir un peu relire la situation et accompagner cette situation au fil du temps et pour faire intervenir parfois auprès de ce travailleur social une infirmière psychiatrique. Mais nous, au-delà de la maïeutique c'est une approche sur le terrain, au plus près de la situation.



## Conclusion de la journée

### 1. Dr Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier

Ce fut une journée extrêmement dense. L'incurie dans l'habitat finalement, est une problématique paradigmatique de l'inter : inter-champ, inter-professionnel, inter-institutionnel, qui convoque social, droit, santé, et pose avec acuité la question de l'articulation entre le sanitaire et le social. C'est ce qui nous intéresse à l'Orspere-Samdarra et c'est sur ces problématiques que nous travaillons. L'incurie nous questionne aussi sur le rapport entre le privé et le public, le dehors et le dedans, et je crois que je rejoindrai Monsieur Furtos lorsqu'il parlait d'un symptôme trans-nosographique qui recouvre des situations psychopathologiques aussi diverses que complexes.

L'incurie comme négligence de soi, abandon de soi : cela me fait penser à un patient SDF qui était psychotique, et qui, lors de son relogement en foyer, a vécu en auto-exclu, donc dans une incurie. Il y a aussi l'incurie, comme modalité de lien mélancolique aux objets comme Adrien Pichon en parlait ce matin. Je me souviens d'une patiente qui avait du mal à faire le

deuil de son père, et qui avait récupéré tous les objets qui appartenaient à ce dernier : des habits, de la vaisselle, des papiers administratifs. Elle était dans l'incapacité de s'en séparer, de lâcher la moindre parcelle de ce père mort. On voyait que c'était un peu le prix à payer pour ne pas risquer un naufrage narcissique. Nous continuons à travailler avec cette dame dans la négociation, dans une approche délicate. L'incurie aussi comme signe de désorganisation, de chaos psychique, concernant des patients schizophrènes.

Enfin, nous avons aussi des situations de patients qui vivent des situations d'incurie éphémère pour reprendre le terme de ce matin. C'est-à-dire que lorsqu'ils vont mieux, leur logement est nettement en meilleur état. Ce sont des situations éphémères, non durables, mais qui sont en lien direct avec un état psychique.

L'incurie aussi comme métaphore du sentiment de pourriture, de déchets, de détritiques qui peut envahir certains sujets mélancoliques. L'incurie comme défaillance du « moi peau » décrit par Anzieu : les objets accumulés qui viendraient un peu colmater, rendre plus étanche la cohésion contenant-contenu. L'incurie comme tentative désespérée de ne pas se séparer des choses, des objets, des choses qui portent quelque chose de nous que l'on sur-investit en réalité.

Enfin ce matin, nous avons dit finalement que le Diogène nous touchait tous. C'est vrai que nous pouvons tous avoir du mal à se séparer des choses. C'est une tentative un peu vaine de capter le temps, le temps inscrit dans ces choses que l'on garde. Devant ces situations multiples, il semble pourtant qu'il y a finalement un socle commun : ce sont les autres qui décrivent ces situations se plaignent de ces situations alors que le sujet ne demande rien, pour reprendre ce matin ... « ceux qui ne demandent rien alors qu'ils ont besoin de tout ».

L'incurie nous permet alors de penser l'actualité et la pertinence de la clinique psychosociale telle qu'elle a été théorisée à l'Orspere. Si on s'accorde pour constater la « non-demande », jusqu'où aller dans le soin, dans l'accompagnement ? Comment susciter le consentement ? Pour quelles cliniques ? Ce sont aujourd'hui ces questions qui nous animent, rappelant avec force que nous sommes concernés lorsque nous sommes informés d'une situation.

## **2. Edouard Leane, Interne en psychiatrie, CH Le Vinatier**

### **« Ethique de la non-demande et vulnérabilité narrative du précaire en situation d'incurie »**

Je poursuivrai cette conclusion autour de l'idée que « le Diogène » est toujours nommé par l'autre. En effet, l'interpellation sociale auquel répond sa désignation rappelle la vulnérabilité linguistique et narrative qui prévaut dans tout phénomène de précarité, ce que le philosophe Guillaume Le Blanc évoque en écrivant que « la précarisation des vies (...) est toujours aussi une précarisation des compétences linguistiques ».

### Le dispositif biopolitique : nommer pour normer ?

Selon Foucault, le dispositif « a pour fonction majeur de *répondre à une urgence*. ». En invoquant ainsi l'urgence de « la mise en danger pour la santé et la sécurité de l'occupant et des voisins », le dispositif de lutte contre l'incurie érige un *droit d'exception* qui permet les intrusions étatiques et institutionnelles dans la sphère privée. L'indignité autoriserait alors l'*intervention* sociale, permettant la mise en place de mesures exceptionnelles, validées par un savoir médicosocial que convoque le législateur afin de légitimer son ingérence. Encore faut-il préciser, diagnostiquer, inventorier, évaluer l'incurie, circonscrire *l'espace de l'incurie* pour permettre de délimiter et de mettre en action un dispositif de lutte contre l'habitat indigne. Le « processus de désobjectivation » auquel correspond le moment de l'évaluation standardisée et du diagnostic confère alors la « capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants ». Dès lors, nous pourrions envisager l'ensemble des travaux scientifiques, des guides d'action et de recensement, comme des composants à part entière d'un dispositif biopolitique totalement dénué de toute dimension éthique. Un exemple concret d'interventionnisme serait le cas extrême, et pour autant non fictif, de personnes placées en psychiatrie sous le régime du soin sans consentement associé concomitamment à l'intervention radicale d'une entreprise de nettoyage, projet qui verrait la personne totalement dépossédée de son pouvoir de décision et de parole. La désignation de l'incurie par un réseau professionnel établi confère dans ce cas à un phénomène de précarisation de la voix de la personne en situation d'incurie.

### **La disposition éthique : nommer pour interpeller ?**

Aborder l'incurie sous l'abord biopolitique confronte au risque de méconnaître le travail mené par les professionnels de terrain, de sous-estimer l'engagement, le *souci de l'autre*, qui se trouve ici convoqué. Rappelons que le terme dispositif provient du latin *dispositio*, qui a donné une notion fondamentale dans l'accompagnement des plus vulnérables : celle de *disposition*. L'autre vulnérable et précarisé apparaît en effet moins comme lieu d'un pouvoir à légitimer que d'une éthique à engager. Main tendue davantage qu'outil de pouvoir, organe de rencontre plutôt que de surveillance, le dispositif ne saurait être pensé uniquement du côté du biopolitique et de la domination sociale.

Le philosophe Henri Maldiney nous rappelle que le terme *espace* trouve sa racine dans le mot latin *spatium*, lui-même issu du terme *spes* qui signifie espoir, attente, que l'on retrouve dans les termes espoir, espérer, espérance et qui a également donné la racine *hospis* dont découlent les termes dédiés à l'hospitalité. De même, dans la Rome antique, la *curia* était un lieu rassemblement politique, un espace de rencontre et de discussion, de négociation. Si bien que l'*in-curia* serait alors potentiellement le refus même du rassemblement, de la rencontre possible, l'incurie une clinique extrême de l'inhospitalité, et du repli relationnel. L'habiter devient l'absence d'attente de l'autre, l'absence d'ouverture à l'altérité, à l'épiphanie de la rencontre. Il n'y a de place que pour lui-même chez l'incurie, l'autre n'y est jamais attendu ou espéré: des pieds qu'on ne sait où poser, une odeur qui pousse à la fuite, une invitation à s'asseoir impossible à accepter tant l'espace ne laisse aucun moyen de prendre

place, voilà le professionnel confronté à une promiscuité qui confine à une expérience de l'insoutenable, où la spatialité ne semble définitivement plus renvoyer au terme *spes* mais au pendant de l'*hospis* décrit par Derrida, l'*hostis*, relatif à l'imaginaire de l'hostilité, voire de la prise en otage (*hostage* en anglais). Echec des dispositifs, mal-être des intervenants, épuisement des professionnels, sont autant de phénomènes qui font dire qu'un *au-delà de la relation d'accompagnement* se joue alors au travers de l'incurie. Il s'agit alors davantage de permettre un *habiter dans la relation*, de s'offrir comme refuge humanisant que de réaliser une tâche dictée par l'impératif professionnel ou institutionnel. Prendre en charge des cliniques de l'extrême amène nécessairement les professionnels du soin et du travail social à donner d'eux-mêmes dans la relation d'aide, à transgresser les cadres légaux et professionnels. Le dispositif apparaît alors comme la condition première permettant que se déploie une vulnérabilité partagée, une éthique de la capacitation qui offre un *chez-soi* dans la relation d'accompagnement. La volonté de pourchasser éthiquement l'autre au cœur de son inhospitalité initiale, de s'offrir comme hospitalité inconditionnelle, comme espace d'une narrativité renouvelée, fait du dispositif avant tout un prétexte pour une *disposition éthique* du lien social.

### **Pour une éthique narrative du dispositif**

L'éthique de l'incurie ne saurait uniquement se dire dans une altérité absolue et une hospitalité inaltérable, tant les personnes en situation d'incurie peuvent parfois déployer d'énergie à défaire le lien de la rencontre, à entraver l'idée même d'un accompagnement à la souffrance. Il nous faut alors repenser la dialectique entre dispositif et disposition éthique, en insistant sur la nécessité pour tout dispositif d'accompagnement des personnes en situation d'incurie de soutenir une mise à disposition d'une éthique de l'accompagnement, en même temps que cette disposition ne saurait être pensée *a priori* sans s'établir dans un dispositif. L'« éthique narrative » visant à restaurer la voix précarisée, sans pour autant parler à la *place de l'autre*, en l'inscrivant à la fois au cœur d'une relation humaine et d'un parcours institutionnel apparaît dès lors comme une synthèse cohérente de ce double mouvement a première vue divergent. Accompagner la personne en situation d'incurie vers une capacitation prenant en compte le « jeu de langage lui-même précarisé » auquel il est confronté, en redonnant à la voix de l'individu un rôle humain et institutionnel respectueux de sa volonté et de sa vulnérabilité, apparaît dès lors comme un enjeu majeur pour les professionnels engagés dans le dispositif de lutte contre l'incurie. afin de « chercher à faire entendre la voie du précaire, non comme une voix pure, mais comme une voie précaire ».

### **3. Dr Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier**

Pour finir je lancerai juste quelques questions. Nous avons beaucoup réfléchi et présenté des dispositifs qui nous ont montré qu'il paraît indispensable de travailler à plusieurs professionnels autour de l'incurie. Intervenir seul paraît difficile, mais comment trouver un

juste milieu ? Comment trouver un chemin entre la non-intervention et une intervention de longue haleine qui n'est pas dans l'urgence, tout en se préoccupant de l'urgence ? L'Alpil a proposé de « fabriquer du compromis ». Cela me semble tout à fait juste dans ces situations. Comment aller vers ces sujets qui ne sont pas demandeurs ? Comment tenir les paradoxes ? Comment se frayer un chemin entre la médiation, avec ou contre la coercition ? Travailler dans l'urgence ou travailler dans la durée ? Cela demande beaucoup d'énergie, ce que disait Adrien Pichon, la question du processus de deuil de perte qu'on retrouve chez ces sujets. Nous avons des dispositifs spécifiques, des dispositifs de coordination qui existent, mais il semble important que finalement un réseau ne se décrète ou que le partenariat ne se décrète pas. On l'a bien dit et nous l'avons noté dans les interventions de la salle, ce partenariat, ce travail ensemble **s'éprouve**, et c'est finalement autour de situations pratiques, lorsque l'on travaille à plusieurs que l'on peut tenter d'aller vers des solutions.

Je finirai juste par dire qu'il n'y pas de solution miracle, pas une seule et unique réponse mais des réponses devant des situations très diverses. « La solution », si l'on veut s'en rapprocher, c'est le lien, le lien avec le sujet incuriqué, le lien entre le sanitaire et le social. Je crois aussi qu'en tant que psychiatre nous avons un travail à faire concernant ces cliniques-là, que l'on délaisse peut être parfois. René Roussillon a parlé de la « clinique du lieu », des cliniques qui nous contraignent un peu à réfléchir sur notre manière d'investir le corps, nos lieux et l'habitat.

*J'espère que vous avez passé une journée riche et intéressante. A bientôt.*