

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION D'INCURIE DANS LE LOGEMENT

DEFINITION DE L'INCURIE

D'après Nicolas Meryglod, psychologue, « l'incurie désigne essentiellement le fait pour une personne donnée d'apporter trop peu de soins à ce qui la concerne. Elle est à rapprocher d'un certain abandon de soi, de soin porté à soi.

Elle peut concerner l'état de la personne elle-même (son apparence, sa propreté et son hygiène, d'éventuels soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé), mais aussi son environnement, et en particulier son habitat. »

INTRODUCTION

- Les situations d'incurie dans le logement regroupent plusieurs pathologies : syndrome de Diogène, alcoolo-dépendance grave, pathologies psychiatriques, troubles cognitifs chez la personne âgée. Plusieurs pathologies peuvent être présentes chez le même patient. Par exemple : la personne psychotique devenue alcoolo-dépendante pour calmer ses angoisses, la personne souffrant d'un syndrome de Diogène avec des troubles démentiels.
- Pour que ces situations nous interpellent on retrouve souvent : des ruptures de soins, un isolement social, un épuisement des aidants professionnels et familiaux quand ils sont encore présents (ce qui est rare).
- En général, la personne ne demande rien : cette **non demande** est un signe de gravité.
- La visite à domicile montre ce que la personne cache par dignité lors d'un rendez-vous dans un bureau : lavabos bouchés, amoncellement de poubelles ou de vaisselle moisie provoquant des odeurs noséabondes, canettes de bières trainant autour du lit ...

- Notre parti pris est de travailler à partir des **ressources** et non des manques de ces personnes.
- Comme chaque situation est singulière la **créativité** est indispensable.
- Le retour à l'autonomie est souvent impossible.
- Il vaut mieux centrer le travail sur la **dignité** et le partage de **petits bonheurs** qui va permettre à la personne de réinvestir modestement la vie dont « l'habiter ».

1. LES DIFFERENTES PATHOLOGIES

1.1 LE SYNDROME D'AUTO-EXCLUSION

Le syndrome d'auto-exclusion a été décrit par le psychiatre Jean FURTOS. La personne refuse l'aide proposée. Elle a une perte de confiance en elle, en autrui et en l'avenir. La rupture de liens a pour conséquence l'abandon des relations. La rupture avec le monde se mue en une rupture avec soi. La personne se coupe d'elle-même et devient insensible : physiquement (abcès dentaires non douloureux), psychologiquement (non réaction lors d'un deuil). Il se passe une perte de courage qui se traduit par un renoncement qui peut confiner au **désespoir absolu** lequel ne peut plus s'expliquer en mots ; celui-ci se définit alors comme la disparition du pouvoir d'agir sur le présent et sur l'avenir, sinon en transformant psychiquement une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure). Les rechutes peuvent être analysées comme la brutalité du processus dit de « réinsertion » : l'afflux émotionnel est trop important. Le trop plein de vie apporte une mutilation et une destruction.

1.2 LES PERSONNES PRESENTANT UN SYNDROME DE DIOGENE

Le syndrome de Diogène peut être plus ou moins important. Pour certaines personnes, le recours aux dispositifs coercitifs va être obligatoire et aidant pour les accompagnants que nous sommes. Pour les autres, avec une bonne connaissance de la maladie et des stratégies opératoires adaptées le logement va pouvoir retrouver une sécurité et une certaine dignité.

Comme il n'y a pas de traitement à la maladie, il sera impératif de mettre en place des relais : combien d'argent public et privé ont été gaspillé par la non prise en compte de cet élément.

- Caractéristiques majeures

- Comportement de négligence de l'hygiène corporelle et du lieu de vie avec souillure et saleté.
- Absence de honte et déni de la réalité.
- Refus d'aide au début de l'accompagnement qui peut être vécu comme une intrusion.
- Discours manipulateur : « je vais ranger »...
- Solitude extrême.
- La démence et l'alcool-dépendance n'explique pas à eux seuls ce comportement.
- La moitié de ces personnes ne se différencient pas de la population normale : pas de dépression ni de psychose.

1.3 LES PERSONNES ALCOOLO-DEPENDANTES

Nous évoquons exclusivement l'alcool-dépendance grave installée depuis de très nombreuses années associées à un refus de soin. La personne connaît généralement très bien sa maladie.

Lorsqu'on aborde la question de l'alcool avec bienveillance et franchise on constate qu'il n'y a généralement pas de déni ; on peut même dire que cette verbalisation permet à la relation de confiance de s'installer rapidement. Il s'agit tout d'abord, d'écouter ce que dit la personne des soins qu'elle a entrepris : 4 à 8 cures voire plus, des hospitalisations en psychiatrie, des soins en ambulatoires, des participations à des groupes d'anciens buveurs...

Dans l'immense majorité des situations, nous allons devoir accompagner ces personnes sans aucun soin et parfois sans médecin traitant : la personne n'en a pas ou ne l'a pas consulté depuis plusieurs années. Des recours aux services d'urgence (chutes sur la voie publique, malaise à domicile, décompensation d'une maladie physique...) s'effectuent régulièrement mais avec un retour à domicile réclamée par la personne elle-même ; la plupart du temps, elle fugue de l'hôpital quand elle en est encore capable physiquement.

L'accompagnement relationnel est souvent le seul « traitement » accepté.

Il faut savoir que ces patients présentent tous un état dépressif parfois sévère en lien avec l'alcoolisation massive.

Il est tout à fait inutile, voire néfaste, de centrer notre approche sur la recherche des signes d'alcoolisation : ces patients sont tous les jours quasiment 24 h/24h alcoolisés. On peut même admettre que toute pression à ce sujet peut accroître l'anxiété, l'état dépressif et entraîner l'effet inverse c'est-à-dire une alcoolisation plus importante.

Il faut avoir à l'esprit que ces patients sont en danger de mort lorsqu'ils sont en manque d'alcool.

1.4 LES PERSONNES PRESENTANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Ce sont des personnes qui ont une pathologie chronique et qui la connait bien. La plupart d'entre eux sont eux aussi en rupture de soins.

Nous sommes étonnés de voir à quel point certains s'accommodent de leurs troubles dont certains délires forts envahissants.

Le recours aux soins spécialisés est souvent impossible car la personne n'a pas de demande ou n'est pas en capacité d'honorer les rendez-vous au CMP y compris avec un accompagnement physique. Les équipes mobiles de psychiatrie précarité ne suivent pas les personnes qui ont un domicile.

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers sont souvent vécus comme le seul espoir que le patient soit enfin soigné pour un bon nombre de partenaires (travailleurs sociaux, bailleurs, voisins...). Dans la pratique, nous utilisons fort peu ce cadre législatif (1 à 2 fois par an) sauf si la situation de crise est grave et/ou dure suffisamment longtemps pour que le médecin puisse constater les troubles lors de sa consultation à domicile.

Parfois, la personne n'accepte de consulter que son médecin traitant qui prescrit des neuroleptiques ; le traitement n'est pas toujours très adapté.

2. LES MODES OPERATOIRES

2.1 L'ACCOMPAGNEMENT RELATIONNEL

- La relation d'aide représente 80 % de l'accompagnement de ces publics car ils sont souvent en rupture de liens.
- Nous ne nous inscrivons pas dans la même temporalité qu'elles. Un rendez-vous à 15 jours est l'équivalent pour nous d'un rendez-vous à 1 an. La plupart du temps, elles n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir ; pour les personnes alcoolo-dépendantes : pas plus de quelques heures.
- La relation de confiance peut mettre plusieurs mois à s'installer. Les contacts usuels pour les prises de rendez-vous (courriers, appels téléphoniques) sont à ce stade inopérants. Il est donc indispensable de s'adapter aux habitudes de vie de la personne : visites à domicile en fin d'après-midi ou en soirée. Il est habituel de ne pas la trouver lors des

premières rencontres. Ils n'engendrent jamais un arrêt de l'accompagnement mais donne lieu à réflexion. Les entretiens se dérouleront donc sans rendez-vous, dans des lieux atypiques : banc public, bar, lieu de manche... Des simples temps de veille peuvent être nécessaires: « je viens juste voir comment vous allez ».

- L'écoute est bienveillante, seuls des sujets ressources pour la personne sont abordés : le Tour de France, les chats, les champignons... Le motif de la première visite est énoncé avec sincérité : « votre assistante sociale se fait du souci pour vous », « l'OPAC va vous expulser »... La première question que nous posons est celle-ci « souhaitez-vous rester chez vous ? ». La réponse est toujours affirmative et nous permet d'établir un premier contrat : éviter une expulsion ou un recours coercitif pour le rangement... Les premiers objectifs formulés doivent être ceux de la personne : manger chaud, avoir de la lumière, pouvoir regarder la télévision... Ils vont nous permettre de travailler par la suite sur les objectifs institutionnels : sécuriser le logement, demander une mesure de protection... Nous déplorons que certains intervenants formulent d'emblée des objectifs réalistes pour eux mais irréalistes pour la personne comme par exemple : la réparation du logement ou la reprise des soins... Ils ont pour conséquence la survenue d'un sentiment d'impuissance pour l'aidant. La personne accompagnée va ressentir ce malaise et refuser l'aide proposée.
- L'accompagnement relationnel est une véritable école de patience ; il faut accepter au début d'avoir l'impression de perdre du temps. Lorsque la relation est ancrée, la personne accepte généralement de se conformer à nos modes d'exercice professionnel : rendez-vous en journée, au bureau. Il peut cependant y avoir quelques rares exceptions pour des personnes très désocialisées.
- La distinction entre danger et risque est souvent mal appréhendée de la part des professionnels des champs médico-sociaux car elle est difficile à évaluer et le jugement clinique peut être voilé par leur propre inquiétude ou pressions de toute part : propriétaire, voisin, mandataire judiciaire...
- Aidez-moi à vous aider est une stratégie qui fonctionne très bien. Une personne peut même modéliser notre accompagnement pour aider un ami mais sans pour autant pouvoir s'exonérer de notre aide.

2.2 LE TRAVAIL PARTENARIAL

- L'accompagnement de ces personnes impose un travail d'équipe pluridisciplinaire avec des temps de parole, y compris informels afin que chaque professionnel puisse évacuer les trop pleins émotionnels. Il s'agit aussi de reconnaître au niveau des partenaires en intra ou en extra-muros, les ressources et les limites institutionnelles mais aussi personnelles. Il peut donc y avoir des différences au sein d'une même structure. Savoir les reconnaître est aidant pour les personnes accompagnées aussi.
- On évitera autant que possible la politique dite de la « patate chaude » : établir un dossier d'admission en résidence sociale en ne mentionnant pas les problèmes d'incurie récurrents.
- La répétition des histoires de vie qui présentent des éléments traumatiques graves est une véritable épreuve pour ces publics. De quels éléments ai-je vraiment besoin ? La relation de confiance permet à la personne de se confier si elle en a besoin et à son rythme.
- Les intervenants les plus enclins à accompagner ces personnes dans leur quotidien sont les auxiliaires de vie dans le cadre notamment des plans d'aide ADPA et PCH. On peut d'ailleurs s'interroger sur le fait que les aides à domicile interviennent sans formation spécifique préalable et sans suivi adapté chez des bénéficiaires présentant des problématiques aussi complexes et soient si peu rémunérées.
- Le choix d'un nouveau logement devrait tenir compte de la pathologie de la personne. Dans le cas d'un syndrome de Diogène, un petit logement sans dépendance est à préconiser. Un certain nombre de personnes ne sont pas en capacité d'habiter un logement de droit commun. Il serait intéressant de réfléchir à des alternatives (insonorisation du logement pour des personnes bruyantes, logement modulaire ...).

2.3 LES SPECIFICITES DU TRAVAIL SOCIAL

- Nous constatons qu'une rencontre hebdomadaire est un rythme qui convient bien à ces publics. Les entretiens téléphoniques sont un moyen de maintenir le lien lorsque la personne ne peut pas nous recevoir.
- Dédramatiser la situation malgré l'ampleur des dettes, l'éparpillement des papiers administratifs dans tout le logement ou la souillure visible sur les documents

- Accepter de recevoir ce que nous donne la personne (un biscuit récupéré dans un bar, un bibelot ramassé dans une poubelle...). C'est une manière pour la personne accompagnée de se sentir moins redevable vis-à-vis de nous.

- La relation à l'argent est souvent problématique. Dans le syndrome de Diogène, la plupart des personnes sont à jour du règlement de leur loyer. On peut imaginer qu'il s'agit là d'une stratégie pour ne pas attirer l'attention des bailleurs sociaux. Elles sont souvent très informées de leurs droits et refuse l'intervention des travailleurs sociaux. L'argent est épargnée voire même conservée de manière pathologique (ne rien dépenser va avec ne rien jeter). Nous n'obtenons aucun justificatif de ressources car la demande est vécue comme trop intrusive.
A l'inverse, les personnes qui souffrent d'addiction ont la plupart du temps des difficultés de gestion (dette locative très ancienne) et n'ont pas leurs droits mis à jour (par exemples : pas de mutuelle, pas d'assurance logement, conduite d'un véhicule sans permis, etc..).

- Depuis la réforme des tutelles, nous avons des personnes qui ont des difficultés de gestion mais sans altération de leurs facultés mentales (alcoolo-dépendance et syndrome de Diogène). Souvent la mesure de protection est vécue par les travailleurs sociaux comme une solution pour traiter l'incurie mais c'est un leurre : le curateur n'aura pas plus de pouvoir pour jeter les poubelles que nous. Par contre, nous avons des situations où notre accompagnement sur le long terme nous permet d'obtenir une mesure de protection. Celle-ci contribue au soutien à domicile grâce à la mise en place des auxiliaires de vie spécialisées.

2.4 STRATEGIES OPERATOIRES CONCERNANT LA REMISE EN ETAT DU LOGEMENT

A partir de 3 cas de figure les plus couramment rencontrés nous allons décliner les stratégies mises en place pour le débarrassage, le nettoyage et le rangement du logement.

Cas de figure 1 : situation simple

L'incurie du logement n'est pas trop importante et ne présente pas de danger. La personne accepte de se faire aider après un accompagnement

relationnel de courte durée. Nous assurons le débarrassage et le ménage puis nous passons le relais :

- soit complètement à un service d'aides à domicile de droit commun.
- soit à une auxiliaire de vie spécialisée dans ce type d'accompagnement en complément du droit commun pour des gros travaux de ménage 1 fois par mois, tous les 3 ou 6 mois.

Cas de figure 2 : veille sociale

L'incurie, la désorganisation et la saleté du logement ne posent pas de problème de sécurité, le voisinage ne se plaint pas (milieu rural). Seule une **veille sociale** est mise en place, concrétisée par une visite régulière à domicile. La personne est « apprivoisée » et si elle rencontre des difficultés : problème de santé, vie quotidienne... elle nous en parle. Il est nécessaire de s'identifier auprès des voisins et de leur demander de nous joindre en cas d'inquiétude ; par exemple la personne n'a pas été vue depuis plusieurs jours ou rencontrée tôt un matin d'automne pluvieux allongée dans un pré.

Cas de figure 3 : Syndrome de Diogène grave

Le débarrassage du logement et sa réhabilitation vont être indispensables car des problèmes de sécurité sont présents ou parce que la personne a besoin de soins, d'aide et que les intervenants ne peuvent travailler à domicile dans des conditions d'incurie majeure. Le recours à la loi est un élément qui nous permet de travailler : le maire représente le mauvais objet (qui impose) et nous devons impérativement conserver la position du bon objet (qui aide).

La personne est éloignée du domicile (de quelques jours à quelques semaines) en fonction des travaux à effectuer. Lorsque qu'aucune solution de repli a été acceptée ou trouvée (foyer-logement, hospitalisation...) nous l'emmenons faire une sortie sur la journée. La connaissance de la personne nous permet de savoir quels sont les attachements pathologiques aux objets qu'il sera indispensable de conserver : les cartes postales, le matériel de couture, les outils de jardinage... C'est aussi l'occasion de réorganiser le domicile : acheter des vêtements, un matelas, un téléviseur, un frigo...

Puis, nous passons le relais à des aides à domicile de droit commun. Elles peuvent faire appel à nous si besoin à tout moment de la prise en charge pour une nouvelle évaluation des besoins, un soutien et/ou une reprise ponctuelle de l'accompagnement.

CONCLUSION

Nous constatons que nous sommes de plus en plus sollicités par des partenaires pour des personnes présentant des problématiques d'incurie dans leur logement. Notre souhait serait que l'accompagnement de ces personnes puisse s'effectuer par l'ensemble des institutions de droit commun. Nous travaillons au quotidien pour passer des relais les plus efficaces possibles.

La relation avec ces personnes nous amène à réajuster sans cesse notre pratique. Ils nous incitent à être dans une créativité permanente qui prend en compte leurs particularités.

BIBLIOGRAPHIE

Jean FURTOS : « Les cliniques de la précarité » - Masson

Olivier AMEISEN : « Le dernier verre » - Denoël

Philippe BATEL : « Pour en finir avec l'alcoolisme » - La découverte

Patrick DECLERCK : « Les Naufragés » - Terre Humaine - Poche

Murielle SALMONA « Violences sexuelles » « Châtiments corporels et violences éducatives » - Dunod

Christophe ANDRE « consolations, celles que l'on reçoit, celles que l'on donne », édition « groupe Margot ».

Cynthia FLEURY « La clinique de la dignité » Le Compte à Rebours - Seuil

Bulletin National Santé Mentale et Précarité : RHIZOME