



HAL
open science

Pilotage territorial: A propos de l'accompagnement d'une personne affectée par un syndrome de Diogène

Pauline Lenesley, Terrom Séverine

► To cite this version:

Pauline Lenesley, Terrom Séverine. Pilotage territorial: A propos de l'accompagnement d'une personne affectée par un syndrome de Diogène. L'entrepreneuriat: quels défis pour le management public?, AIRMAP: Association Internationale de Recherche en Management Public, Oct 2020, Montpellier, France. hal-02929563

HAL Id: hal-02929563

<https://normandie-univ.hal.science/hal-02929563>

Submitted on 1 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pilotage territorial : A propos de l'accompagnement d'une personne affectée par un syndrome de Diogène

TERRON SEVERINE
Pilote MAIA
terrom.severine@gmail.com
Université de Caen Normandie
57 rue des vinaigriers
44150 Ancenis
06.18.43.95.25

LENESLEY PAULINE
Maitre de conférences
pauline.lenesley@unicaen.fr
Université de Caen Normandie
EA 969, Laboratoire NIMEC

Résumé :

La transition démographique et épidémiologique est un enjeu majeur du système de santé. Les politiques publiques françaises souhaitent le faire évoluer pour mieux répondre aux besoins des usagers. La promotion du maintien à domicile est une des réponses au défi du vieillissement. Cela nécessite une politique de soins territoriale adaptée. L'analyse de l'accompagnement des situations complexes objective le manque de transversalité des politiques publiques. Ce travail de recherche sillonne l'accompagnement d'une personne souffrant du syndrome de Diogène, caractérisé par une tendance à la syllogomanie auquel s'ajoute un manque d'hygiène, compliqués par l'isolement et l'absence de demande, entraînant un repérage tardif de la situation. Cet accompagnement demande une concertation partenariale élargie, ce qui déstabilise le modèle de coordination actuel. Ce syndrome qualifié de complexe n'est pas isolé : la transition épidémiologique nécessite d'accélérer l'émergence d'un modèle d'accompagnement de la chronicité. Si les pouvoirs publics apportent des réponses en proposant de nouveaux dispositifs de coordination, la mise en œuvre de ces politiques peut être difficilement tenable par les professionnels sans mise en commun d'outils de communication, d'animation, de processus.

Cette communication montre comment s'établit le pilotage territorial autour de situations complexes.

Mots clés : Syndrome de Diogène, Coordination, Gestion des Pouvoirs Publics, Piloter, Habitat.

Abstract :

The demographic and epidemiological transition is a major issue for the health systems. French public policies wish to make it evolve in order to improve the consideration of users's needs. Promoting home care is one of the responses to the challenge of aging. This requires an adapted territorial care policy. The analysis of the support system of complex clinical and social situations shows the lack of transversality of public policies. This research work crisscrosses the accompaniment of a person suffering from Diogenes syndrome, characterized by a syllogomania and a lack of hygiene, of an isolated person. This support system requires broad partnership consultation, which destabilizes the current coordination model. This syndrome, which is qualified as complex, is not isolated: the epidemiological transition requires accelerating the emergence of a support model for chronicity. If the public authorities provide answers by proposing new coordination mechanisms, the implementation of these policies are difficult to sustain by professionals without pooling communication, facilitation and process tools.

This communication shows how territorial management is established around complex situations.

INTRODUCTION

La transition démographique et épidémiologique que nous vivons actuellement est un enjeu majeur du système de soins et de santé.

Le rapport Laroque en 1962 (Laroque, 1962 : 4) publie la volonté de respecter l'autonomie de la personne âgée par son maintien dans la société tout en développant l'axe qui est la prévention de la dépendance. En 2019 le rapport Libault (2019) sur la concertation grand âge et autonomie est remis au gouvernement. Nous entrons dans une nouvelle ère caractérisée par une prise de conscience unanime sur les défis du vieillissement à relever.

Ce rapport est le fruit d'une concertation d'acteurs, de citoyens, d'élus locaux et nationaux... Partant de l'état des lieux démographique, il nous apprend que la part des personnes âgées de plus de 85 ans sera multipliée par 3,2 d'ici 2050. Les 175 propositions émises influenceront la politique du grand âge dans les prochaines années. La France doit relever le défi de l'avancée en âge. Elle doit également faire évoluer l'offre proposée. Cet état des lieux pointe la complexité, le manque de lisibilité et la fragmentation des offres. Les politiques publiques françaises souhaitent proposer un nouveau modèle sanitaire et social. Le maintien au domicile serait l'avenir pour faire face au vieillissement de la population. Ce modèle nécessite une politique de soins territoriale harmonieuse, coordonnée et adaptée selon les situations.

C'est autour de situations complexes que nous souhaitons illustrer l'ajustement de ce modèle. En effet dans ces conditions la mise en œuvre des politiques publiques peut être mise à mal. Les réponses qui sont apportées à ces parcours permettent de faire face à des volontés dont l'origine peut être diverse : familiale, professionnelle, institutionnelle. Elles peuvent aboutir à une proposition d'actions insatisfaisante, ne répondant pas aux besoins et attentes de la personne. Un fait qui peut être significatif d'un manque de concertation entre les acteurs, l'usager et l'entourage.

Nous prenons le parti d'axer notre propos sur le syndrome de Diogène qui se singularise par la vulnérabilité des personnes qui en souffrent et la complexité de la situation clinique et sociale. Il impose un accompagnement qui dépasse les jalons organisationnels standards mobilisant des partenaires issus du milieu sanitaire, social, médico-social, les élus et les associations. Il demande donc une concertation qui se veut très large, avec des professionnels et des élus qui n'ont pas la culture, et les outils pour travailler ensemble.

Pour ce faire, dans un premier temps nous présenterons (1) le syndrome de Diogène afin d'étudier le travail partenarial nécessaire dans les situations complexes et son organisation (la coordination et l'intégration). Nous explorerons l'orientation et l'implication des politiques publiques de territoire en termes d'habitat indigne. Plus précisément, nous étudierons leurs obligations dans le cadre spécifique du syndrome de Diogène. L'ensemble de ces éléments permettent de poser la question suivante : (2) Comment se pilote l'accompagnement interprofessionnel d'une personne en situation de type Diogène ?

Une étude de cas (3) réalisée dans les Pays de la Loire révèle (4) la place du maire en tant que chef d'orchestre de la concertation dans les situations d'incurie et de Diogène. Cette étude met en lumière le travail partenarial élargi, l'interconnaissance, et la co-responsabilité dans ces situations de type Diogène, qui sont des éléments incontournables de l'accompagnement. Enfin, ce travail montre que le pilotage interprofessionnel est un outil managérial performant de territoire, il favorise l'interconnaissance et la culture du travail collaboratif.

Nous terminerons notre communication en présentant (5) comment la problématique du pilotage de l'accompagnement interprofessionnel de situations de type Diogène est multidimensionnelle. Elle nécessite de dépasser le champ du soin et de l'accompagnement pour véritablement prendre en compte la précarité, les conditions de vie et l'habitat dans le

secteur g erontologique. L'évolution des fonctions d'appui à la coordination en g erontologie s'avère particulièrement nécessaire.

(1) REVUE DE LITTERATURE

LE SYNDROME DE DIOGENE

Le syndrome de Diogène est un syndrome qui se singularise par la vulnérabilité, la fragilité, et la complexité. Il impose un accompagnement pluri-professionnel et multisectoriel.

Pour comprendre ce syndrome nous allons nous appuyer sur l'expertise clinique du Dr Monfort (neuro-psycho-gériatre). En 2010 il réalise une enquête descriptive, pour laquelle il crée un support permettant d'évaluer un syndrome de Diogène (Monfort et al, 2010 : 143) : les critères d'inclusion sont un critère principal associé à trois critères secondaires. « *Le critère principal est une absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et services médico-sociaux alors que ces personnes sont souvent en situation extrême d'un point de vue social ou médical.* » Le repérage tardif de ces situations s'explique par une non-demande de la personne. Elles sont détectées soit dans le cadre d'un signalement par un tiers ou lors d'une hospitalisation. Les trois autres critères secondaires peuvent exister sous deux formes opposées :

- 1 : Relation aux objets inhabituelle : domicile vide (rare) ou entassé (propre ou sale).
- 2 : Relation aux autres inhabituelle : prosélytisme (rare) ou misanthropie. Dans ce dernier cas de figure les relations familiales et sociales sont limitées aux personnes qui comprennent, tolèrent ou facilitent ce mode de vie : ils sont appelés « les porteurs de panier ».
- 3 : Relation au corps inhabituelle : besoin d'attention excessive pour la propreté (rare), ou manque d'hygiène associé à une tolérance des conséquences de ce manque d'hygiène : odeur corporelle forte, parasites, ulcères variqueux surinfectés.

Le syndrome de Diogène est dit primaire lorsqu'il n'est pas associé à une pathologie sous-jacente, il est dit secondaire lorsqu'il est associé à une psychose ou une démence.

Le Dr Furtos, psychiatre spécialiste de la précarité, nous éclaire sur l'approche psychosociale de ce phénomène (Furtos, 2014). Il fait un rappel sur la signification de l'habiter dans notre culture. Il explique que le logement « *est un des derniers remparts contre l'exclusion* ». Pour lui 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.* » L'habiter est source d'appartenance, de sécurité, où l'on peut vivre dignement, une projection de soi. Ainsi pour une personne dite en situation de Diogène, l'intérieur se traduit par « *une implosion* », qui interroge sur nos normes de l'habiter. Pour lui, il s'agit d'un syndrome transversal de la clinique psychosociale, transnosographique (thèse de Nicolas Meryglod 2007). La clinique psychosociale se définit comme la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social. La transnosographie est une approche non classique de la compréhension des maladies. Ce concept permet d'imaginer une approche de prise en charge où « *les professionnels sont convoqués pour exercer sur leurs champs propres, en collaboration nécessaire avec les partenaires du réseau médico-psycho-sociale.* » (Meryglod, 2007 : 82).

Les deux approches sont complémentaires : elles permettent de mieux comprendre le sens de ce syndrome, ainsi que son expression. Face à la complexité de ce phénomène, nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur le plan décisionnel, que peut faire le professionnel pour accompagner cette situation ? Le concept de complexité est marqué par l'instabilité, l'incertitude, et l'imprévisibilité (Somme et al, 2013 : 218). Les orientations à prendre ne sont pas clairement définies dans ce type de situations et peuvent être lourdes de

conséquences (sanitaire, psychologique, sociétale, éthique...). Comment trouver la bonne stratégie ? Dans le fond, existe-t-elle ?

Le syndrome de Diogène est caractérisé par la vulnérabilité, synonyme de fragilité, précarité et incertitude. La personne qui en souffre peut-être exposée à de nombreux abus.

La posture des professionnels de soins et sociaux peut conduire à une relation asymétrique avec la personne et être le lit de violences involontaires. Le professionnel peut être amené à imposer une action coercitive c'est-à-dire qui va à l'encontre du souhait de la personne. L'évaluation du domicile permet de relever des risques et nuisances. Au niveau de l'habitat il peut s'agir de risques d'incendie, d'entassement de produits en état de décomposition, de dangers liés au gaz ou à l'électrique, des sanitaires dysfonctionnant, des risques d'effondrement de l'entassement d'objets (tunnelisation) ou du bâti dégradé (risque d'effondrement du toit). Les risques et les nuisances peuvent dégrader l'état de santé de la personne avec par exemple la présence de plaies et brûlures sans suivi médical, la consommation d'aliments périmés ou mal conservés (absence de réfrigérateur), la perte d'autonomie dans un environnement inadapté et sans aides, l'absence de médecin traitant. L'analyse des dangers et des risques pour la personne et pour autrui (voisins) peut astreindre les professionnels à engager des démarches afin d'extraire la personne du logement. Un plan d'actions avec des mesures adaptées à la situation est proposé à la personne, son adhésion est recherchée. Il est au centre du plan d'actions. En cas de refus de la part de ce dernier, des mesures sont exécutées d'office après un signalement au procureur.

Pour prendre en compte la vulnérabilité, Nathalie Zaccai-Reyners (2006) mène une réflexion sur la neutralité des abus potentiels. Elle décrit les limites de la « déduction monologique » des intérêts du patient par le soignant. Cette analyse est réduite au seul mode de pensée déductif du soignant. Ce dernier proposera des actions qui lui semblent être le plus juste pour le patient. La déduction monologique est à l'origine d'échec thérapeutique récurrent, car il ne prend pas en compte le différentiel entre les besoins, désirs et valeurs du patient et du soignant. Il manque ici l'adhésion du patient, permettant un accompagnement mutuel respectueux. C'est une des limites du paternalisme. Elle conclue que l'hospitalité serait un espace d'accueil, sans attentes fixées, où la bienveillance et la fiabilité peuvent permettre de découvrir l'autre dans une égale dignité.

Nous complétons la posture de l'hospitalité par l'approche de « l'Aller vers ». Lorsque le lieu d'accueil vient vers vous. Ce mouvement prend son origine au cœur de la psychiatrie de secteur dans les années 90. Il se déploie auprès des publics cibles : les précaires et les grands exclus. Cette pratique tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, avec un postulat initial : pas de discrimination (Mercuel, 2018). L'hôpital psychiatrique sort de ses murs, et se dirige vers la cité. Il travaille avec l'ensemble des partenaires sanitaires, sociaux, et médico-sociaux qui y sont implantés. Les personnes présentant un syndrome de Diogène n'expriment pas de demande. Un tiers légitime (professionnel ou famille) peut déclencher l'intervention de professionnels telle que l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité : EMPP. C'est une pratique atypique et récente dans le domaine de la psychiatrie, où usuellement la personne est actrice de la demande de soins et d'accompagnement.

L'accompagnement du syndrome de Diogène apporte son lot de paradoxes comme l'urgence interventionnelle qui fait front au besoin de se donner le temps d'intervenir, l'action institutionnelle s'oppose à l'action selon l'éthique des professionnels ou encore l'absence de demande qui impulse la démarche de « l'Aller vers ».

COORDINATION ET INTEGRATION

Pour répondre à ces difficultés, la nécessité de coordination est mise en avant par les pouvoirs publics ou les acteurs. La coordination selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014 : 8), est une organisation délibérée des activités de soins qui implique la mobilisation de divers acteurs et ressources nécessaires, elle est gérée par l'échange d'informations entre les

participants responsables de différents aspects des soins. Cette définition suit une logique d'actions issues du secteur sanitaire.

La coordination selon Condrianopoulous (CNSA, 2016 : 9) s'échelonne sur 3 niveaux : séquentielle ou simple (problème simple dans le temps, l'espace, et l'expertise), réciproque (intervention simultanée et interdépendance entre les professionnels) et collective (coresponsabilité de la prise en charge, interdépendance élevée, ententes formelles entre les acteurs pour assurer l'accès et la disponibilité des ressources).

Dans le cadre de l'accompagnement d'un syndrome de Diogène, nous devons considérer l'ensemble des déterminants de santé et notamment ceux liés à l'environnement de la personne et les déterminants sociaux. Le niveau de coordination est nécessairement collectif.

Parallèlement à la coordination, l'arrivée de nouveaux dispositifs, dont les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie) ont fait ressortir l'intérêt d'une nouvelle méthodologie de travail : l'intégration. Cette notion émerge en réponse à la fragmentation du système pour une meilleure lisibilité et efficacité des réponses (Somme et al, 2013). L'idée est de sortir de la logique du « tuyau d'orgue » où chacun a une mission à accomplir. Ce qui implique de la part des organisations un nouveau modèle fondé sur la co-responsabilité (Somme et al 2013 : 204). Pour les personnes en situation complexe, l'intégration apporte une réponse d'accompagnement spécifique : la gestion de cas (Somme et al 2013 : 218). Il permet un accompagnement adapté du fait de son positionnement intégratif. Le gestionnaire de cas met en exergue sur un territoire les carences, et les dysfonctionnements. Le gestionnaire de cas fait partie du processus intégratif de la MAIA. (Somme et al 2013 : 218).

Les principes de coordination et d'intégration sont complémentaires, l'articulation des services agit sur l'amélioration des réorganisations, et vice-versa.

GESTION DES POLITIQUES PUBLIQUES

« Zéro SDF dans les rues », « lutte contre l'habitat indigne », « virage ambulatoire en psychiatrie », « droit opposable au logement » : ces intentions, plus ou moins clairement inscrites dans les législations des États, font de l'habitat une thématique centrale des politiques publiques. (...) (Savoir) habiter est devenu autant un enjeu identitaire qu'une préoccupation politique et publique et, de fait, une problématique pratique pour les intervenants sociaux ou en santé mentale qui « accompagnent au logement », marquant la diffusion de la « grammaire clinique » dans ce champ (Laval, 2014). » (Chambon, 2019)

La lutte contre l'habitat indigne est une priorité absolue de l'État.

Cette volonté est insufflée par le Pôle national de lutte contre l'habitat indigne (PNLHI). Il est intégré au sein du DIHAL (de Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement) depuis 2010.

Les compétences dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne incombent au Préfet et au maire.

Le PLALHPD 2016-2020 (Plan Local d'Action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées de Loire Atlantique) (conduit conjointement par l'état et le conseil départemental) vise à fédérer des acteurs sur des stratégies communes du département en matière d'habitat indigne. Ce plan propose la fiche action : « poursuivre l'organisation de processus de traitements particuliers, adaptés à la réponse à des besoins spécifiques (incurie, Diogène) ».

En attendant sa mise en place, l'ARS des Pays de la Loire propose que les situations d'incurie et de Diogène soient traitées de la manière suivante : aux mairies d'organiser une réunion avec toutes les parties prenantes présentes autour de la personne (médicale, sociale, médico-sociale, famille, proche, services de la mairie concernés...) afin que chacun ait connaissance

de la globalité de la situation. Des pistes d'accompagnement à la fois humaines pour la personne, et acceptables d'un point de vue sanitaire et sécuritaire sont co-établis. Le maire est ainsi l'organisateur de la concertation.

Les politiques ont un rôle important dans le parcours de vie du syndrome de Diogène. Certains territoires s'organisent avec des déclinaisons locales. Comme par exemple la ville de Toulouse qui a co-construit et signé avec le conseil général de la Haute-Garonne, le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchand un protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène.

Néanmoins Édouard Leune (alors interne en psychiatrie) met en garde, pour lui « intervenir lorsqu'il est question d'incurie se situe nécessairement à la lisière d'un double risque, celui de l'interventionnisme traumatique ou du désengagement, écueils vis-à-vis desquels il s'avère salvateur de mener une réflexion philosophique sur les modalités et les déterminants éthiques et pragmatiques de cette intervention. » (Leune, 2014)

Comment conduire les professionnels à mener une réflexion collective et mesurée ?

L'INTERPROFESSIONNALITE :

L'analyse systémique de la situation de Diogène, aboutit à un accompagnement multidimensionnel et multi-référentiel. Le syndrome de Diogène est complexe par son écologie clinique, et psychosociale. Le maillage professionnel et institutionnel qui l'entoure est lui, aussi complexe. C'est une contrainte supplémentaire au problème initial.

Comment développer une culture commune, favoriser le travail en réseau, en ne perdant pas de vue la personne à accompagner ?

L'interdisciplinarité est une interaction entre plusieurs spécialistes ou disciplines pour travailler un objet d'étude complexe (Perez, 2018). Ce qui implique de la communication, des échanges de savoirs, des échanges d'analyse et de méthode entre plusieurs disciplines. D'un point de vue organisationnel il nécessite du temps partagé pour permettre la coopération. L'interprofessionnalité est une réponse à la complexité de la situation. Nous comprenons ici que l'interprofessionnalité ne se fait pas sans la volonté des professionnels. Cette organisation de travail a tout son sens pour accompagner le syndrome de Diogène : « Et c'est encore par ce travail collectif que l'on peut espérer tendre vers la meilleure appréhension du sens de sa mission dans une démarche éthique. » (Manière et al, 2005 : 271)

L'interprofessionnalité ne s'improvise pas, elle se construit. La conduite de cette action collective nécessite une organisation, une animation. Le rôle joué par le manager de réseau consiste à insuffler un processus dynamique partenarial (Dari, 2018) en s'adaptant aux ressources et compétences présentes sur un territoire. Il est « activateur de la proximité » (Dari, 2018), en suscitant sur un même territoire une synergie entre les acteurs. Il crée du lien entre les acteurs. La structuration du réseau dépend pour une grande partie de l'individu qui le gère. Ce qui implique de préciser que « *le manager ne peut asseoir son rôle que si la structure collective dans laquelle il se trouve à une légitimité dans le réseau.* » (Dari, 2018)

(2) QUESTION DE RECHERCHE

L'accompagnement de la personne en situation de type Diogène impose de mener une réflexion pour prévenir les risques d'abus de la relation asymétrique. Cet accompagnement est complexifié par l'intervention de différentes compétences dont les principales sont le social, le médical, le médico-social, la politique publique locale (mairie) et l'habitat. Ces univers sont hermétiques dans leur fonctionnement, d'autant plus à domicile où chacun

travaille l'un à côté de l'autre. L'interprofessionnalité serait une réponse hypothétique. Sa mise en place requiert un animateur dédié.

Comment se pilote l'accompagnement interprofessionnel d'une personne en situation de type Diogène ?

(3) METHODOLOGIE

Au travers une étude de cas (Collerette, 1997), nous observons les passerelles, les articulations, la coordination et l'intégration du parcours de vie d'une personne affectée par un syndrome de Diogène.

Cette exploration se déroule dans la région des Pays de la Loire. Nous sillonnerons 1 300 km et réaliserons 13 heures d'entretien. Pendant un mois, nous allons cueillir des informations, sous différentes formes, et ce pour rendre compte du caractère complexe du phénomène du syndrome de Diogène.

Un des temps fort de cette étude de cas consiste à partir de la situation de Monsieur X, affecté par un syndrome de Diogène en cours d'accompagnement, de rencontrer les différents partenaires qui gravitent sur la situation. Nous respectons l'ensemble du parcours, de l'identification de la situation jusqu'à ce jour, soit une période de 3 ans et demi. Différents temps permettront cette étude : les entretiens avec les professionnels, l'observation participative de l'accompagnement de Monsieur X par la gestionnaire de cas, l'entretien avec Monsieur X et l'observation du lieu de vie.

Cette situation est schématisée en deux temps, schéma n°1 : le repérage, et le schéma n°2 l'accompagnement.

Schéma n°1 : le repérage

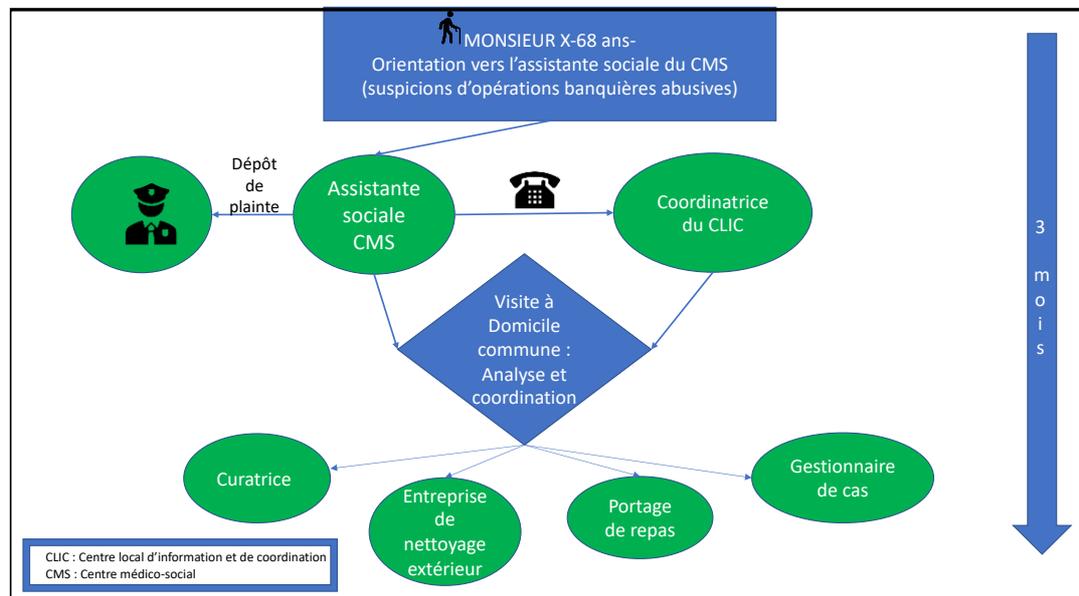
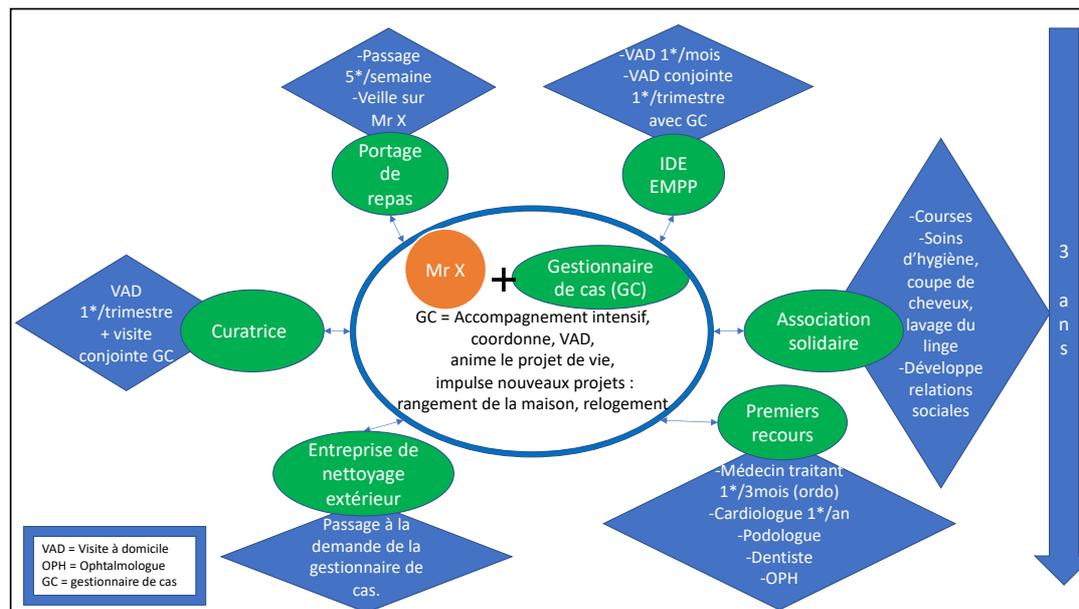


Schéma n°2 : l'accompagnement



Nous étudions également les enjeux du raisonnement interprofessionnel en participant à un groupe de travail sur les ruptures de parcours. Il emploie un outil de repérage et d'analyse (le diagramme d'Ishikawa). Nous décortiquons la cartographie du processus de cette méthode.

Afin de saisir l'implication des collectivités locales en termes d'habitat indigne nous avons exploré le rôle d'un EPCI (Etablissement Public de Coopération Intercommunale), ainsi que le rôle de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire par de multiples échanges mails.

(4) RESULTATS ET DISCUSSION

LE ROLE DES POLITIQUES

L'ARS des Pays de la Loire, demande au maire d'organiser une concertation multidisciplinaire pour permettre une vue d'ensemble de la situation de la personne affectée par le syndrome de Diogène. Un plan d'action commun est établi lors de ce consensus. Nous observons une vigilance toute particulière sur le rôle des maires. Chaque élu a sa sensibilité, son éthique. Les maires vont apporter des réponses différentes malgré le contexte législatif. Certains privilégient le dialogue pendant que d'autres sont dans des réponses institutionnelles. L'expertise sanitaire, sociale et médico-sociale dans ces cas complexes est requise. Nous apprenons lors des entretiens qu'un territoire bénéficie au sein du CCAS (Centre Commune d'Actions Sociales) de l'intervention d'une infirmière spécialisée psychiatrique et précarité. La plus-value de ce regard influe sur une dimension plus humaine de l'accompagnement. Il en résulte une gestion des risques (assurée et organisée par les mairies), qui est complétée par les postures professionnelles de « l'aller vers » et de la sollicitude des acteurs du secteur médical, social et médico-social.

Le rôle de sentinelle et les pouvoirs de police détenus par le maire, le positionnent en qualité de pilote de la concertation multidisciplinaire. Nous pourrions imaginer pour organiser cette réunion, qu'il soit associé à des fonctions d'appui de coordination qui ont une culture de l'organisation et l'animation de ce type de rencontre. Les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), les réseaux de santé ou encore les MAIA et le maire pourraient

collaborer. Leur positionnement dans le réseau répond à la légitimité pour pouvoir animer ce type de rencontres.

Nous nous sommes entretenus avec un EPCI (Établissement Public de Coopération Intercommunale la collectivité) qui est inscrit dans la lutte contre l'insalubrité dans son Programme Local de l'Habitat. Il anime une cellule intercommunale du repérage d'habitat insalubre. Cette action de repérage montre bien l'implication des collectivités territoriales en termes de lutte contre l'habitat indigne et la volonté d'un travail concerté avec divers acteurs. Le bilan de cette cellule confirme le caractère marginal des situations de Diogène.

Les directives régionales et départementales vont entraîner une évolution des pratiques en rédigeant la fiche action du PLALHPD 2016-2020 qui s'intitule « Poursuivre l'organisation de processus de traitements particuliers, adaptés à la réponse à des besoins spécifiques (incurie, Diogène) ». Elle prend en considération la singularité de ce syndrome qui le place au rang de la complexité majeure, ouvrant les champs d'intervention hors des structures partenariales classiques. Élargir le travail partenarial, former et informer, maintenir le domicile, établir une procédure commune, faciliter le repérage sont les directives futures soutenues par l'état. En repensant le dispositif, en formalisant le partenariat, cette fiche améliore l'aptitude à agir ensemble sur un territoire.

Nous allons maintenant croiser les actions des opérateurs avec les recommandations des pouvoirs publics. Ainsi nous tenterons de mettre en lumière comment les opérateurs s'organisent sur le terrain, et quels sont les freins et leviers de l'accompagnement ?

L'ACCOMPAGNEMENT

Le Diogène est un profil singulier : le regard des acteurs de terrain

Souvent démunis face à ces problématiques, l'accompagnement du syndrome de Diogène demande pour les acteurs d'adapter leur posture afin de ne pas perdre le lien avec la personne. Ils peuvent être amenés à transgresser leur cadre professionnel.

⇒ *Les particularités de l'accompagnement : le temps et la fragilité du lien*

Ce syndrome comme nous venons de voir est mal connu, mais également mal repéré, avec des personnes qui ne sont pas demandeuses. Cette non-demande impliquera de la part du soignant une souplesse, une adaptation. Tous les acteurs s'accordent sur la temporalité. Elle est hors norme avant que la prise en compte ne soit possible. Elle dépasse pour beaucoup de structures leurs critères d'accompagnement. Une autre particularité est la fragilité du lien. Le lien qui une fois établi doit être maintenu durablement. Il faut trouver un équilibre entre le respect du symptôme, et l'acceptabilité sociale. Tous les professionnels sont unanimes sur les actions coercitives qui sont néfastes pour la personne. Pour un accompagnement de qualité il faut réaliser un travail en profondeur et prendre le temps, se satisfaire de petites avancées. La guérison n'est pas l'objectif, les professionnels recherchent une réduction des risques.

⇒ *Postures professionnelles et accompagnement.*

Aller à la rencontre d'une personne en situation de Diogène demande à dépasser certaines frontières que sont celles du dégoût, de l'aversion. Cette position est inconfortable pour le professionnel. Il doit instaurer un climat de confiance pour tisser des liens dans un environnement hostile. Cette contrainte peut entraver l'authenticité des propos du professionnel. Il se sent agressé, dépassé par la clinique du syndrome de Diogène.

Le fait de demander l'accompagnement en nommant « le syndrome de Diogène » peut entraîner un rejet de la situation. Ainsi, trouver des structures acceptant d'intervenir peut parfois s'avérer être compliqué. Il est possible par exemple que des services d'aide à domicile

refusent l'intervention, surtout lorsque l'entassement est important, et qu'il y a une présence de nuisibles.

Les acteurs intervenant dans la situation doivent établir un lien de confiance avec la personne accompagnée. L'enquête met en lumière un maillon essentiel dans le parcours de Monsieur X : une association solidaire. C'est un lieu de rencontre qui se singularise par la convivialité, le non-jugement et le respect de la différence. Nous apprenons que les bénévoles faisant partie de l'association sont formés à l'accueil tous les ans.

L'accompagnement apporte également sa part de satisfaction par des petites victoires : la gestionnaire de cas accompagnant Monsieur X exprime sa satisfaction après des mois d'intervention, lorsqu'il accepte de ranger partiellement la maison. Ils débarrasseront ensemble la véranda, offrant à Monsieur X un espace où le confort et socialisation devient à nouveau possible. Le soignant et le soigné grandissent en humanité.

Diogène : un partenariat nécessaire

Les professionnels rejoignent les recommandations préconisées en termes de partenariat. Ils « triangulent » la relation rapidement avec la personne accompagnée.

⇒ La visite conjointe

La visite conjointe entre deux professionnels et la personne a pour objectif de montrer au sujet le partenariat des acteurs, les orientations communes et les objectifs communs, l'unité des acteurs malgré des structures différentes, passer le relais et faciliter le relationnel avec l'autre professionnel, partager une vision commune de la situation. Les partenaires nomment cette action visite tripartite, ou visite conjointe. La visite commune est une pratique informelle qui fait partie des habitudes de travail. C'est la démonstration de l'évolution des pratiques dans l'accompagnement des profils complexes. Les professionnels par ce type d'approche se reconnaissent, apprennent à travailler ensemble, dans une démarche réflexive commune et collégiale. Ils construisent ainsi au fur et à mesure le projet et donnent du sens à leur action.

⇒ Réunion de concertation pluriprofessionnelle

La concertation est une rencontre avec les professionnels de différentes disciplines dont les diverses compétences sont indispensables pour débattre sur le plan d'actions ou la prise de décisions. L'objectif est d'améliorer l'accompagnement ou la prise en charge de la personne. Cette modalité de travail est fortement employée par les gestionnaires de cas et les CLIC. Elle ne sera pas utilisée pour la situation de Monsieur X. Nous faisons face à une situation complexe, les acteurs se connaissent, et Monsieur X adhère aux propositions. Un travail d'équilibre où les partenaires sont d'accord entre eux sur la stratégie à employer et les modalités pour y arriver. Ils se connaissent et ont des habitudes de travail sur un territoire commun.

⇒ L'interprofessionnalité

Les acteurs que nous avons rencontrés, pratiquent l'interprofessionnalité. Sur ce territoire les professionnels se connaissent, et travaillent ensemble, en routine. Une démarche qui est souvent portée par le gestionnaire de cas qui organise la rencontre (cet acteur dispose de plus de temps par patient, et cette démarche fait partie de ses missions). Une synthèse est transmise aux participants, ainsi qu'aux excusés. La personne et l'entourage sont avertis de cette démarche, ils peuvent parfois être invités à y participer. Chaque acteur avec ses compétences apporte au groupe, et fait évoluer les dossiers. Le plan d'action est monté en coresponsabilité. Les professionnels s'organisent face à l'adversité de la complexité. Certains sont plus isolés que d'autres. Ils font face à des profils psychiatriques complexes. Ils se sentent démunis. Ils ont monté un groupe de travail, où ils évoquent ces cas afin de trouver des pistes et faire évoluer les situations bloquées.

⇒ *Secret partagé*

Partager l'information entre les professionnels est important pour offrir un meilleur accompagnement. L'application de l'échange de données reste compliquée et le texte de loi peut donner lieu aux interprétations. La modernisation de la Loi a pour but, tout en encadrant l'échange et le partage de données, de l'étendre en dehors des murs de l'hôpital. La réalité nous laisse penser que les professionnels ne sont pas à l'aise avec le sujet. Malgré le respect du processus du secret partagé, ils peinent à obtenir des informations de l'hôpital, ils se sentent punissables lorsqu'ils travaillent avec des structures extérieures. Les pratiques ne sont pas affûtées, et comme toutes nouveautés, elles demandent du temps et des formations avant une juste application.

Des années d'interventions ont permis de faire évoluer cette situation positivement. Malgré un lien de confiance qui reste fragile, le soutien modéré du médecin traitant, les professionnels ont co-construit un accompagnement qui respecte Monsieur X tout en gardant à l'esprit la gestion des risques. Ils ont une telle connaissance du territoire, qu'ils savent sur quels partenaires ils peuvent s'appuyer, et les acteurs qui pourraient être néfastes pour le bon déroulement de l'accompagnement. Ils font preuve de créativité dans leur posture professionnelle, et vont jusqu'à dépasser le cadre de leur mission. Nous pouvons noter dans cette situation l'absence de collaboration des professionnels avec le maire de la commune, par crainte d'entraîner un échec thérapeutique, qui serait la conséquence de prises de décisions coercitives par les élus.

PILOTAGE TERRITORIAL

Nous avons vu se développer ces dernières années plusieurs dispositifs de parcours et de coordination. Le but est d'apporter une réponse adaptée et de qualité aux usagers. Cette évolution systémique est en perpétuel mouvement. Pour répondre aux attentes structurelles et individuelles, les opérateurs doivent actualiser sans cesse leur connaissance du secteur.

Réaliser un diagnostic de territoire et favoriser la synergie des acteurs

Le pilotage territorial débute par une connaissance du territoire, la réalisation d'un diagnostic gérontologique permet d'alimenter le répertoire des offres de soins et de services existantes aux partenaires. En s'appuyant sur un état des lieux exhaustif, les professionnels du secteur peuvent apporter les ressources de proximité adaptées au plan d'action personnalisé de la personne accompagnée.

Le pilote peut aller plus loin, si l'animation du diagnostic gérontologique suit une méthode partenariale interactive, il permettra par la construction d'une synergie d'acteurs, un engagement collectif fort de territoire. En menant une réflexion commune, identifiant ainsi les points de rupture, les besoins populationnels, les partenaires formaliseront des préconisations co-construites, des réponses aux besoins d'aujourd'hui et de demain.

En sus du diagnostic, le pilote doit être à l'affût des nouveautés. Il pratique le benchmark pour analyser ce qui se pratique sur les autres territoires. Il se tient informé des projets en cours de construction au niveau des gouvernances (la fiche action rédigée l'ARS par exemple). Il oriente les partenaires en anticipant, en s'inspirant de plans ou de rapports gouvernementaux. Il permet ainsi d'avoir un temps d'avance, toujours à la recherche de pratiques innovantes.

La dynamique partenariale impulsée par le pilote est un travail de fond. Il devient architecte d'un nouveau réseau, il travaille en réduisant le corporatisme. Il facilite la collaboration entre les professionnels et les élus.

Conduire l'interconnaissance pour favoriser la collaboration

Dans l'étude de cas de Monsieur X, les acteurs verbalisent très clairement une collaboration délicate avec la mairie qui pourrait mettre en péril la situation accompagnée. Cette dernière est soumise à une grande discrétion par les professionnels vis-à-vis de la municipalité. Si le maire est le chef d'orchestre de la concertation, il devrait être tenu informé de la situation. Le manque de confiance entre le secteur médico-social et la municipalité met en évidence l'insuffisance de l'interconnaissance. Nous pouvons nous demander s'il s'agit ici d'un manque de confiance ou d'une relation de pouvoir, de hiérarchie ?

Une première concertation pourrait avoir lieu pour faire un état des lieux de la situation, et ainsi co-construire un plan d'action. Le pilote (porté par un CLIC, une MAIA, ou un réseau de santé) qui est un professionnel de la coordination au sein du réseau peut se tenir en appui pour organiser avec le maire la concertation.

Dans le cadre de cette étude de cas, nous pouvons dire que le partenariat avec l'élu pourrait gagner à démarrer par des actions de sensibilisation (formations, conférences sur l'habitat indigne par exemple), des temps qui ont pour objectif d'établir du lien entre des acteurs médico-sociaux et la municipalité, et permettre ainsi l'interconnaissance.

Piloter en interprofessionnalité l'accompagnement de situation complexe ne s'improvise pas. Le pilote doit être aguerrit en termes de coordination, il connaît les acteurs, il sait les mobiliser. Il s'adapte à la maturité des territoires. Il mesure les capacités de chacun à pouvoir adhérer au nouveau processus de travail. Par ses qualités humaines et managériales le pilote façonne le réseau, il le coordonne, et le pérennise.

L'analyse de cette situation met en évidence que l'interprofessionnalité est un outil de management performant dans le cadre d'accompagnement de situations de type Diogène. Nous pouvons également mentionner ses limites : son organisation (temps, lieu de rencontre, technique d'animation, répertoire et diagnostic), ainsi que la diffusion de sa pratique.

L'interconnaissance entre les acteurs et les partenaires est une des clés de réussite de cette dynamique sur un territoire.

Co-construire des outils pour répondre aux besoins du territoire.

Nous avons étudié l'intérêt de l'animation d'un outil d'analyse interprofessionnel au cœur d'un territoire. Il s'agit d'un outil de repérage et d'analyse de situation en rupture de parcours. Un groupe de travail se réunit une fois par trimestre depuis 2015. Il reprend des situations de ruptures de parcours qui ont été signalées par les professionnels.

Ce groupe est animé par la pilote MAIA. C'est un acteur neutre, qui porte une double casquette ARS et Conseil départemental. Elle est légitime auprès des professionnels par sa fonction, et aussi par sa connaissance du secteur et des acteurs. En plus de l'animation, elle est garante de la qualité de la conduite de la réunion.

Cette analyse est réalisée à distance des faits de la rupture. L'objet de la séance n'est pas de trouver des pistes d'accompagnement, mais bien d'identifier en groupe l'origine du

problème. Ce qui n'écartent pas les échanges sur les stratégies mises en place pour solutionner un problème, un retour d'expérience qui permet d'enrichir la boîte à outils de chaque participant.

Pour les professionnels, cette séance d'analyse est un temps de rencontre. Un travail commun où chacun apprend à se connaître, se reconnaître. En mettant à jour les problématiques rencontrées sur le secteur ils enrichissent leurs propres stratégies d'actions.

Cet échange interprofessionnel permet par des incompréhensions, des divergences de s'approprier un langage commun, d'élaborer des méthodes et pratiques qui sont admises de tous. Nous pouvons parler d'acculturation.

Ce groupe permet la co-construction d'outils. On peut attendre de cette démarche une adhésion rapide de l'outil par les participants, et les acteurs. L'outil est construit par les opérateurs, puis il est validé par l'ensemble du groupe, et enfin il est diffusé dans leur propre réseau. Cette transmission horizontale facilite l'intégration de ce nouvel outil au sein du réseau. Ils ont pu ainsi organiser des conférences (ex : Syndrome de Diogène et de Noé), créer des flyers (ex : Le refus d'aide et de soins) sur des thèmes relevés lors du groupe de travail sur l'analyse des ruptures de parcours.

L'analyse des situations de rupture utilise le diagramme d'Ishikawa. La situation est présentée par la personne qui est à l'origine du signalement. Les participants échangent sur les causes possibles des ruptures, et les regroupent dans les 5 M (milieu, main d'œuvre, matériel, matière, méthode) en utilisant la méthode du brainstorming. Les causes qui ont un impact élevé, sont retenues et deviendront des leviers d'action.

L'animateur facilite l'expression et l'échange entre les intervenants.

Cette dynamique implique une culture du « travailler ensemble » et une organisation. La qualité managériale du pilote sur un territoire aide à créer une synergie entre les acteurs. Il conduit aussi les divergences vers de possibles consensus.

La co-construction d'outils est la condition qui facilite son appropriation par les acteurs. Elle implique plusieurs rencontres entre les acteurs, du temps, des échanges. Ces critères sont-ils compatibles avec l'exercice de ville ? Ce qui fonctionne sur le territoire n'est peut-être pas adapté à tous les territoires. La maturité du territoire influe sur la production et la réussite des outils.

Vers l'émergence d'un nouveau modèle d'accompagnement : la convergence des dispositifs d'appui à la coordination.

Les acteurs de terrain sont confus face aux différentes structures de coordination. Depuis 40 ans, ils pratiquent dans un modèle de coordination qui se cherche. Une instabilité qui est liée au perpétuel mouvement du système, influé par les plans, des lois, les rapports. La multiplication des dispositifs n'est-elle pas vectrice d'un essoufflement des professionnels ? Ou est-ce dû à une méconnaissance des professionnels pour les différents dispositifs qui se déploient ? A ce sujet nous pouvons nous interroger sur leurs implications, voire celles des URPS, ou de l'ordre national des professionnels dans la diffusion du rôle et des missions des fonctions d'appui...

Nous avons constaté dans la situation de Monsieur X l'implication modérée du médecin généraliste. Il n'intervient pas au domicile, alors que la clinique du syndrome de Diogène se trouve au cœur de l'habitat.

Ce positionnement questionne le rôle du médecin vis-à-vis de la personne accompagnée, et vis-à-vis du réseau. Comment collaborer avec les autres acteurs si le médecin n'a pas connaissance de la réalité du domicile ?

Il faut prendre en considération une offre médicale en berne. Cette crise démographique médicale est délétère pour les patients, sanctionnés par une double peine : la difficulté de trouver un médecin et des pénalités de remboursement de soins en l'absence de déclaration du médecin traitant dans un parcours de soins. Cette donnée peut expliquer en partie les difficultés pour les fonctions d'appui à la coordination à mobiliser le corps médical dans les situations de syndrome de Diogène et d'incurie.

Les médecins et les paramédicaux sont-ils rémunérés pour des actes leur permettant un accompagnement plus long comme ce type de profil ? Nous connaissons les visites longues, dans le cadre de maladies neuro-dégénératives reconnues qui permettent des rémunérations forfaitaires de 60€, 3 fois par an, à domicile ou en EHPAD. Dernièrement son champ s'est élargi aux patients en soins palliatifs, ou en affections longue durée, ou âgés de plus de 80 ans vu pour la première fois par son médecin traitant et en incapacité de se déplacer pour raison médicale, ce qui ne correspond pas au profil du Diogène.

Toutes ces structures de coordination questionnent également sur la place du professionnel et de la fonction de pivot du médecin traitant dans le parcours de soins.

Le rapport Libault, propose une simplification pour les personnes âgées ainsi que pour leurs proches aidants par la création de « guichet unique » : « La maison des aînés et des aidants » (Libault, 2019 : 107). Une refonte des dispositifs existants, les partenaires se regroupent, mutualisent leurs offres et services sous un même toit. Il repositionne également le Conseil Départemental en proximité de la personne âgée, ce qui inclut les acteurs du champ social.

Au niveau national, il vient d'être annoncé la fin du dispositif des MAIA. L'intégration commence à peine à rentrer dans les pratiques. Nous avons vu que l'intégration des offres et services dans certains territoires n'est pas mûre (par exemple le SAAD face à la complexité d'une situation s'oriente dans un premier temps vers l'unité PA/PH qui le dirige vers le CLIC, au lieu de s'adresser directement au CLIC). Comment cette amorce de travail interdisciplinaire va-t-elle pouvoir se poursuivre ?

CONTRIBUTIONS THEORIQUES

Cette communication permet de se projeter dans schéma partenarial très large. Si pour les acteurs médicaux, sociaux, et médico-sociaux ces temps de travail d'analyse sont usuellement animés par leur pair (gestionnaires de cas, pilote, coordinateur), la spécificité du syndrome de Diogène place le maire pilote de la concertation. Une nouvelle modalité de travail, pas ou peu explorée, qui demandera la mise en commun d'un cadre ou processus, d'un langage, et d'outils.

Le maintien au domicile implique une bonne articulation sociale, médico-sociale et sanitaire. Pour qu'il soit réalisable, les territoires devront s'enrichir de dispositifs d'appui innovants (garde de nuit à domicile, soutien des aidants, domotiques...).

Ce type d'approche permet de développer le modèle partenarial de demain, un modèle qui sera décloisonné, responsable, inclusif et réaliste. Il permettra une vision globale des situations à analyser et favorisera les interfaces multisectorielles.

CONTRIBUTIONS MANAGERIALES

Le pilote en partageant la cartographie des ressources du territoire favorise l'intégration des offres et services. Il contribue à la bonne organisation du parcours d'accompagnement des usagers et permet l'accès à la bonne information. Il répond à l'efficience de la coordination dans un système toujours plus complexe. Il fait gagner du temps aux professionnels.

Pour répondre aux besoins du territoire, le manager favorise les initiatives des acteurs. Il anime la co-construction d'outils d'analyse, de repérage, de procédure, de communication correspondant aux besoins populationnels. Ainsi il développe une organisation de proximité souhaitée par les professionnels et par les usagers.

L'animation de démarches interactives participe à la cohésion et l'harmonisation des pratiques de territoire, ainsi qu'à la synergie entre les acteurs.

CONCLUSION

L'étude de cas d'un syndrome de Diogène a permis de mettre en valeur le travail accompli au quotidien, par des hommes et des femmes, qui face à des situations majeures s'adaptent pour apporter avec bienveillance et fiabilité une égale dignité à l'autre (Zaccari-Reyners, 2006 : 108). Les professionnels font preuve de créativité.

Nous avons pu mettre en évidence l'instabilité du modèle de coordination actuel. L'évolution démographique incite à accélérer l'émergence d'un nouveau modèle d'accompagnement. Le Rapport Libault impulse la convergence des dispositifs pour une plus grande lisibilité. La juxtaposition des structures permettra aussi la mise en commun d'outils de communication, d'animation, de processus. Nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur l'articulation de ses futurs dispositifs que sont les maisons des aînés et des aidants, les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) et les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination).

Les pouvoirs publics apportent au système des pistes de réponses en matière d'accompagnement dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne. Elles ne sont pas toujours en adéquation avec les pratiques professionnelles et les réponses des élus. Nous retenons cependant la considération des tutelles pour la complexité de l'accompagnement des situations d'incurie et de Diogène, et la volonté de diffuser les pratiques interprofessionnelles.

Bibliographie

Chambon N., (2019). Habiter son monde. *Cahiers de Rhizome*, 71. CNSA, 2016. Évaluation des dispositifs MAIA.

Collerette. P., (1997). Méthodologie : L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers* 50, 81-92.

Dari L., Meurier B., (2018). Le rôle du broker dans les réseaux territorialisés d'organisations - une approche par les capacités dynamiques managériales. *Management & Avenir* 106 (8), 36-61.

État et Conseil Départemental – 2016-2020 – PLALHPD. https://www.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/plalhpdpd_version_web.pdf consulté 10 Juin 2019

Furtos J., (2014). Le Syndrome de Diogène, une modalité de clinique psychosociale. *Intervenant à la journée 02/12/2014. Lyon. 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*

HAS, 2014. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?

Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque. *La Documentation Française.*

Le Conseil Général de la Haute-Garonne le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchand, 2012. Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène.

Leaune E., (2014). Éthique de la non-demande et vulnérabilité narrative du précaire en situation d'incurie. *Intervenant à la journée 02/12/2014, Lyon, 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*

Libault D., (2019). Rapport concertation grand âge et autonomie. Manière D., Aubert M., Mourey F., Outata S., 2005. Interprofessionnalité en gérontologie - Travailler ensemble des Théories aux pratiques.

Mercuel A., (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Rhizome 2* (68), 3-4.

Meryglod N., (2007). Thèse de Doctorat en médecine : L'incurie dans l'habitat. Université Claude Bernard Lyon 1 U.F.R. Lyon-R.T.H. Laennec. Directeur de thèse : le Dr Furtos. J.

Monfort J.C., Hugonot-Diener L., Devouche E., Wong C., Pléan I., (2010). Le syndrome Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête Descriptive. *Psychologie et Neuro Psychiatrie du Vieillissement* 8 (2), 141-153.

Pérez D., (2018). Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité... https://plastiques117.rssing.com/chan-57430529/all_p20.html mise en ligne le 05 mars 2018 et consulté le 07 juin 2019

Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez. A., Jeandel. C., Bloch M.A., Ruault G., Dupont. O. et De Stampa M., (2013). Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration. *Gérontologie et société* 36 (145), 201-226.

Zaccai-Reyners N., (2006). Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit*, 1, 95-108.

