

INSALUBRITÉ MORBIDE, SYNDROME DE DIOGÈNE ET SANTÉ PUBLIQUE

Reine Roy, M.Sc., B.Sc.A.

Pierre Auger, M.D., M.Sc., FRCPC

Agence de développement des réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Direction régionale de santé publique

Équipe santé et environnement

Mars 2005

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport :

Madame Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec)
G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000 poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courrier électronique : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada, 2005
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 2005

ISBN : 2-89496-281-9

Ce document est disponible en format PDF sur le site suivant :
www.rrsss03.gouv.qc.ca/D-Publications-DSPQ08.html

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. SALUBRITÉ.....	2
1.1 Notions générales.....	2
1.2 Syndrome de Diogène.....	3
1.3 Autres causes possibles.....	5
2. EFFETS À LA SANTÉ.....	5
2.1 Risques biologiques	6
2.1.1 Moisissures et bactéries	6
2.1.2 Insectes et arthropodes.....	6
2.1.3 Animaux et vermine.....	8
2.1.4 Transmission humaine de personne à personne.....	8
2.2 Risques chimiques	8
2.3 Odeurs.....	9
2.4 Conséquences psychosociales.....	9
3. PERSONNES VULNÉRABLES	10
4. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	10
4.1 Rôle et mandat de la Direction régionale de santé publique.....	10
4.2 Constats.....	11
4.3 Recommandations.....	13
CONCLUSION	14

LISTE DES ANNEXES

- Annexe I : Points saillants de la réunion intersectorielle sur le syndrome de Diogène ou autres pathologies s’y apparentant tenue le 23 octobre 2003
- Annexe II : Conditions et facteurs susceptibles d’affecter la salubrité d’une habitation
- Annexe III : Résumé du Guide d’intervention intersectorielle sur la qualité de l’air et la salubrité dans l’habitation québécoise

INTRODUCTION

De nombreux cas d'insalubrité résidentielle majeure, concernant le plus souvent des individus éventuellement atteints de ce qui est communément appelé le syndrome de Diogène, nous ont été signalés ces dernières années notamment par les services d'inspection de la ville de Québec ou encore les CLSC. D'un point de vue de santé publique, il n'était pas toujours facile de déterminer avec précision les impacts à la santé de telles situations et de fournir un avis éclairé. De plus, les rôles et mandats des partenaires impliqués, tels que la Ville de Québec, les CLSC, les organismes communautaires et la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DSP), n'étaient pas toujours clairs.

Une revue de littérature sur ce sujet a permis la réalisation du présent document qui vise à faire le point sur l'insalubrité morbide laquelle peut se définir comme étant « un état anormal d'insalubrité majeure causée par un dérèglement psychologique ».

La première partie du document présente la problématique elle-même : notions générales, définition, causes. Cependant, pour ce qui est du syndrome de Diogène, terme souvent utilisé pour désigner cet état d'incurie majeure, nous l'abordons de façon particulière à la section 1.2. Nous expliquons également pourquoi nous utilisons le terme général d'insalubrité morbide plutôt que le terme trop spécifique de syndrome de Diogène pour désigner ce problème qui peut en effet être attribuable à plusieurs autres dérèglements physiques ou psychologiques.

Les deuxième et troisième parties présentent respectivement les effets à la santé, ainsi que les populations vulnérables à l'insalubrité majeure. Finalement, la quatrième partie présente nos constats et recommandations visant à harmoniser l'intervention des partenaires interpellés.

Enfin, il est à noter que ce document ne concerne que des situations d'insalubrité majeure survenant en milieu résidentiel et son contenu pourrait être adapté à toute situation d'insalubrité résidentielle moins importante.

En 2003, nous avons tenu une rencontre exploratoire intersectorielle sur l'insalubrité majeure (voir les points saillants de la rencontre à l'annexe I) et plusieurs des personnes qui étaient présentes nous ont transmis leurs commentaires. Cela nous a permis d'enrichir notre document et nous les en remercions.

1. SALUBRITÉ

1.1 NOTIONS GÉNÉRALES

Le Petit Robert définit la *salubrité* comme suit : « caractère de ce qui est favorable à la santé des hommes ; état d'un milieu favorable à la santé » et il définit également le terme insalubrité ainsi : « caractère de ce qui n'a pas une action favorable sur l'organisme (air, climat, logement) ».

L'article 25 du règlement sur la salubrité et l'entretien des logements de la ville de Montréal¹, stipule que : « Un bâtiment ou un logement ne doit pas porter atteinte à la santé ou à la sécurité des résidants ou du public en raison de l'utilisation qui en est faite ou de l'état dans lequel il se trouve ». Cet article énumère ce qui est prohibé et ce qui doit être supprimé :

- la malpropreté, la détérioration ou l'encombrement d'un bâtiment principal, d'un logement, d'un balcon ou d'un bâtiment accessoire ;
- la présence d'animaux morts ;
- l'entreposage ou l'utilisation de produits ou matières qui dégagent une odeur nauséabonde ou des vapeurs toxiques ;
- le dépôt d'ordures ménagères, de déchets ou de matières recyclables ailleurs que dans des récipients prévus à cette fin ;
- l'encombrement d'un moyen d'évacuation ;
- un obstacle empêchant la fermeture et l'enclenchement d'une porte dans une séparation coupe-feu ;
- la présence de glace ou de condensation sur une surface intérieure autre qu'une fenêtre ;
- l'amas de débris, matériaux, matières gâtées ou putrides, excréments ou autres états de malpropreté ;
- la présence de vermines, de rongeurs, d'insectes ou de moisissures visibles, ainsi que les conditions qui en favorisent la prolifération.

Cette énumération reprend plusieurs des facteurs énoncés dans le *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise*² (voir les annexes II et III). Ces facteurs ont fait consensus parmi les organismes publics membres du groupe de travail ayant mené à l'élaboration de ce guide. Pour sa part, la

¹ Ville de Montréal (2003). *Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements*.

² Roy, R. (2001). *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 169 p. [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

Ville de Québec est actuellement en processus de révision et d'harmonisation des règlements en matière de salubrité et d'habitabilité pour ses huit arrondissements.

Nous tenons à citer la définition donnée par la *Loi sur la santé publique* du Manitoba, qui introduit la notion de condition *potentielle* et démontre ainsi un volet préventif clair dans sa définition d'insalubrité :

- un état ou une situation qui est nuisible ;
- est, *peut être ou pourrait* devenir préjudiciable à la santé ;
- empêche ou retarde l'élimination de la maladie ;
- contamine ou pollue, ou *peut* contaminer ou polluer la nourriture, l'air ou l'eau ;
- *peut* rendre la nourriture, l'air ou l'eau préjudiciables à la santé d'une personne³.

Cette définition relie étroitement la salubrité à la santé. Bien que le Québec ne dispose d'aucune définition légale, la revue de la littérature^{4,5}, dans des documents municipaux, nationaux ou internationaux, permet de constater que le sujet est quand même assez bien documenté et que les facteurs et conditions permettant de définir un état d'insalubrité sont assez uniformes.

Ainsi, d'un point de vue de santé publique, nous reconnaissons la définition mentionnée dans la *Loi sur la santé publique* du Manitoba et sa portée préventive. De ce fait, tout facteur d'insalubrité, tel qu'énuméré dans le Guide d'intervention intersectorielle (voir annexe III), devrait entraîner une intervention visant à les éliminer ou les réduire et ce, sans avoir à démontrer ou à attendre que les personnes exposées soient malades.

1.2 SYNDROME DE DIOGÈNE

Ces dernières années, nous avons reçu de nombreux signalements concernant des individus qui accumulent de façon excessive des objets hétéroclites menant à des conditions de vie insalubres dans leur domicile. Ces comportements étaient souvent identifiés au syndrome de Diogène. Quoique ce comportement soit rapporté et bien documenté, la revue de la littérature scientifique a cependant permis de constater qu'il n'existe pas de diagnostic psychiatrique portant l'appellation de syndrome de Diogène dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV).

Étant donné l'absence de diagnostic psychiatrique clair concernant le syndrome de Diogène, étant donné que ce terme est imprécis et restrictif s'il est utilisé comme base d'intervention en santé, étant donné qu'il est difficile d'établir rapidement s'il s'agit bien de ce syndrome quand on est confronté à des situations d'insalubrité majeure, nous convenons d'utiliser le terme général d'insalubrité morbide, qui est la conséquence du syndrome, plutôt que d'utiliser le terme syndrome de Diogène pour désigner la situation abordée dans le présent document. Cependant nous tenons tout de même à présenter ce syndrome de façon particulière, puisqu'il demeure étroitement lié à l'insalubrité morbide.

³ Assemblée législative du Manitoba (1987). *Loi sur la santé publique*, C.P.L.M.C.P210. [En ligne] <http://www.gov.mb.ca>.

⁴ Vézina, A. (2002). *Salubrité en milieu résidentiel : revue de littérature*.

⁵ Blanchette, C. (2001). *Qualité de l'air intérieur et salubrité en milieu résidentiel : revue de la littérature*.

Le syndrome de Diogène affecte, la plupart du temps, des personnes âgées, malades, sales ou répugnantes, mais peut également toucher des personnes plus jeunes. Les personnes atteintes manifestent un besoin maladif d'accumuler et de mettre en réserve des objets ou déchets (syllogomanie) et dérangent le voisinage, entre autres par la production d'odeurs nauséabondes. En fait, la dénomination du syndrome est impropre car Diogène, ce philosophe grec du quatrième siècle avant Jésus-Christ, préconisait l'autosuffisance avec un minimum de ressources. Or, à l'inverse, les personnes atteintes se caractérisent par une négligence personnelle extrême à laquelle s'associent l'insalubrité de leur domicile, le retrait social, une attitude paranoïaque, un sans-gêne de leur condition inexplicable et un refus systématique de se faire aider. Certains auteurs suggèrent de dénommer cette atteinte « syndrome de l'auto négligence sévère du vieillard (The Self-Neglect Elderly) ».

Ainsi, ce trouble du comportement peut effectivement conduire rapidement à un état d'insalubrité majeure du domicile et entraîner des risques à la santé et à la sécurité pour la personne atteinte, le public avoisinant, les proches et les intervenants. Ces risques dépendent, notamment, de la nature des objets entassés dans le domicile comme, dans le meilleur des cas, des objets propres (piles de vêtements neufs, de journaux et de magazines, cartons, boîtes de conserve, vaisselle, ustensiles) et dans le pire des cas, des aliments avariés, en état de décomposition, des ordures, des excréments humains, des carcasses ou excréments d'animaux (rats, chats, oiseaux, etc.).

Enfin l'énumération des termes utilisés dans la littérature pour décrire le milieu de vie des personnes atteintes permet de compléter le tableau, et même de prévoir facilement les impacts possibles à la santé sans avoir à en faire une démonstration très élaborée^{6,7,8} :

- saleté extrême, odeur fétide, nauséabonde, défaut d'hygiène corporelle et environnementale, couche sur les immondices ;
- présence d'animaux, de vermine, de toiles d'araignées en quantité innombrable due à la réserve d'insectes attirés par les immondices ;
- accumulation d'objets divers usagés, de nourriture avariée, de détritrus, d'ordures, de bouteilles ou de cannettes de bière, de produits de nettoyage en nombre incalculable ;
- encombrement presque total des lieux, amoncellement d'objets divers, amassement pathologique, obstruction complète des pièces suite à l'encombrement, objets hétéroclites entassés de façon désordonnée, nombre excessif d'objets de toutes sortes, etc.

⁶ Beauchet, O., D.Imler, L.Cadet, *et al.* Le syndrome de Diogène du sujet âgé : forme clinique d'un dysfonctionnement frontal ? À propos de quatre observations, *Revue de médecine interne*, 2002;23 :122-31.

⁷ Roberge, R.F. Le syndrome de Diogène, une entité gériatrique, *Canadian Family Physician*, 1998 ; 44 (avril).

⁸ Léon, V., Ranou-Dubas, K., Barré, J., *et al.* *Un collectionnisme singulier : le syndrome de Diogène.* France, CHU Angers, Service de psychiatrie et de psychologie médicale.

Ne faisant pas l'objet du présent avis de santé, nous n'abordons pas comme tel l'atteinte psychologique pouvant être la cause de ce comportement chez un individu mais plutôt une de ses conséquences qu'est l'insalubrité morbide. Nous demeurons cependant fortement préoccupés par l'évaluation, le suivi et les soins psychologiques ou psychiatriques appropriés qui devront être dispensés à ces personnes lesquels feront l'objet de recommandations ultérieures.

1.3 AUTRES CAUSES POSSIBLES

L'insalubrité morbide peut aussi affecter des personnes plus jeunes et être reliée à d'autres maladies mentales ou troubles du comportement, telles la schizophrénie, la déficience mentale, la dépression majeure, la paranoïa, la démence, l'alcoolisme et la toxicomanie, l'anxiété généralisée et les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC). Dans certains cas, cette marotte, qui auparavant était probablement en partie maîtrisable, devient soudainement incontrôlable suite à des événements ponctuels, tels l'apparition d'une maladie débilitante ou l'aggravation de l'isolement à l'occasion de la retraite ou du décès d'un conjoint⁹.

Une autre cause d'insalubrité morbide s'apparentant fortement au syndrome de Diogène est le comportement que nous désignons comme étant le syndrome de l'hébergement d'innombrables animaux, traduction libre de l'anglais « Animal Hoarding ». Ce dernier est caractérisé par l'habitude malade de vivre avec un nombre exagéré d'animaux, habituellement des chats mais aussi des chiens, des oiseaux ou des reptiles. La résidence de ces individus se démarque souvent par un fouillis indescriptible et des installations sanitaires défectueuses. Les appareils ménagers et la plomberie sont souvent hors d'usage et le logis se retrouve fréquemment jonché d'excréments d'animaux, rendant ce dernier impropre à l'occupation humaine¹⁰.

2. EFFETS À LA SANTÉ

En vertu de son mandat de protection de la santé, le directeur régional de santé publique doit intervenir lorsque la santé de la population est mise en péril par un risque chimique, physique, biologique ou même psychologique. Un individu malade peut devenir lui-même une menace pour la population, par exemple, le tuberculeux qui circule librement et qui refuse de se traiter. La présente section vise à présenter les risques à la santé que peut constituer une personne vivant dans un tel environnement, tant pour elle-même que pour les autres occupants de sa résidence, ses proches et son voisinage immédiat. Cet état d'insalubrité majeure peut également constituer un risque pour les travailleurs, intervenants du Centre de santé et services sociaux (CSSS) ou CLSC¹¹, inspecteurs, pompiers, spécialistes en nettoyage et décontamination ou le propriétaire et les bénévoles qui auront à intervenir sur les lieux et souvent à procéder aussi au nettoyage.

⁹ Reyes-Ortiz, CA Diogenes Syndrome: the Self-Neglect Elderly, *Comp Ther* 2001;27:117-121

¹⁰ Hoarding of Animals Research Consortium (HARC). Health Implications of Animal Hoarding. *Health and Social Work*, 2002;27:125-132.

¹¹ Étant donné une réorganisation de la gestion des soins de santé dans la région, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) vont progressivement remplacer l'appellation CLSC. Toutefois, dans le présent document nous mentionnons les deux expressions.

Ces risques sont classifiés en quatre catégories, soit les risques biologiques, les risques chimiques, les odeurs et les conséquences psychosociales.

2.1 RISQUES BIOLOGIQUES

2.1.1 Moisissures et bactéries

L'accumulation de papier, de carton, de matériaux contenant de la cellulose et autres résidus biologiques, dont des aliments, associée à de l'infiltration, à un dégât d'eau ou encore à de l'humidité excessive, peuvent entraîner la prolifération de moisissures, mycobactéries, bactéries, acariens et petits insectes (colportes, etc.) susceptibles d'affecter également les logements voisins. Les effets à la santé de ces microorganismes sont bien connus (INSPQ, 2002¹² ; MSSS, 2002¹³). Il faut souligner aussi que la présence d'innombrables animaux domestiques ou de vermine dans un logement risque d'entraîner la présence accrue d'endotoxines¹⁴ (protéines provenant de la membrane de bactéries Gram négatif) reconnues comme facteur aggravant de l'asthme et pouvant aussi occasionner un syndrome d'intoxication se présentant comme une gastroentérite ou une irritation des voies pulmonaires.

2.1.2 Insectes et arthropodes

Plusieurs types d'insectes peuvent proliférer et se répandre à l'intérieur d'un domicile encombré de déchets et de matières de toutes natures¹⁵. Les impacts à la santé en lien avec une telle situation se regroupent en trois grandes catégories, soit les piqûres, les allergies et les infections.

- a. Piqûres : plusieurs types d'insectes pourront s'attaquer à l'être humain et provoquer des lésions cutanées souvent prurigineuses et très inconfortables. Ce problème semble actuellement en résurgence au Québec et en Angleterre et il s'accompagne d'une résistance accrue aux pesticides, comme c'est le cas pour la punaise de lit (*Cimex lectularius L*)^{16, 17, 18}. Cette dernière peut se propager d'une habitation à une autre, par contact direct avec la personne infestée ou en provenance d'un appartement voisin, lors de déménagement ou d'entreposage de meubles ou de vêtements infestés. Elle s'attaque aux humains surtout la nuit et peut provoquer une maladie cutanée semblable à la gale humaine. Les puces d'animaux, dont les plus problématiques sont celles du chat (*Ctenophalides felis*), sont tout aussi diaboliques, puisqu'elles peuvent survivre plusieurs mois dans un environnement facilitant, tel un tapis, sans nourriture et en l'absence de l'animal hôte, pour ensuite s'attaquer à l'être humain et lui causer une dermatite

¹² Institut national de santé publique du Québec (2002). *Les effets à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur*. [En ligne] <http://www.inspq.qc.ca>

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Les moisissures à la maison, faites-leur la vie dure*, (dépliant) [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

¹⁴ Heirich, J., Gehring, U., Douwes, J. *et al.* Pets and Vermin are Associated With High Endotoxin Levels in House Dust, *Clinical and Experimental Allergy*, 2001;31:1839-45.

¹⁵ Santé Canada (2001). *Tips to Rid your House of Insects and Rodents*. [En ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca>.

¹⁶ Paul, J. (2003). « True Bugs (Hemiptera) », dans *Oxford Textbook of Medicine*, Chapter 717 p. 3.

¹⁷ Paul, J, Bates J. Letter : Is Infestation with the Common Bed Bug Increasing ?, *BMJ*, 2000;320:1141.

¹⁸ Samuel, Onil (Décembre 2003). Communication personnelle.

particulièrement ennuyeuse. Certaines espèces de mites, ectoparasites et endoparasites d'animaux (chats, chiens, rats, pigeons, poulets, reptiles) peuvent proliférer dans la nourriture végétale avariée et provoquer une dermatite prurigineuse¹⁹. Enfin, il ne faut pas oublier les autres insectes piqueurs tels les guêpes, frelons et abeilles attirés par la nourriture ou autres détritibus biologiques, dont la piqûre peut provoquer une réaction inflammatoire importante.

- b. Allergies : une des allergies les plus connues depuis longtemps, et qui peut occasionner l'asthme chez l'enfant, est évidemment celle qui provient des blattes ou des coquerelles (*Blattella germanica*).²⁰ La blatte se nourrit des mêmes aliments que les humains et souille la nourriture avec ses excréments. Elle répand une sécrétion malodorante qui coule de sa bouche et altère le goût des aliments cuits dans de la vaisselle souillée. La blatte peut aussi transmettre plusieurs bactéries, dont celle responsable de la salmonellose.

En ce qui concerne les autres insectes, les renseignements retenus dans les études sont peu abondants. Les auteurs d'une étude australienne²¹ ont isolé une protéine allergène commune à six espèces de mouches (*Musca domestica*), mites et autres insectes tels les blattes, les anthragènes de tapis (*Anthrenus verbasci*) et les lépismes argentés, permettant de croire que le potentiel allergisant de ces insectes est plus important que ce qu'on croyait auparavant.

Il ne faut pas non plus oublier les puces d'animaux, plus particulièrement celles des chats (*Ctenophalides felis*), qui possèdent un fort potentiel allergène, pouvant aboutir à des dermatites urticariennes chez l'humain²². Finalement, certains insectes piqueurs peuvent entraîner des réactions allergiques graves, de type anaphylactique, pouvant être mortelles chez certaines personnes sensibilisées²³. Il ne faut surtout pas perdre de vue qu'il peut aussi exister des allergies croisées entre les différentes espèces d'insectes. Par exemple, un individu sensibilisé à la guêpe pourra réagir plus tard à la piqûre d'un autre insecte comme le frelon.

- c. Infections : plusieurs de ces bestioles, notamment la mouche domestique²⁴ qui se nourrit de matières organiques en décomposition (animaux morts, excréments d'animaux et d'humains, déchets domestiques, fruits et légumes pourris), peuvent devenir un vecteur de maladies infectieuses. Plus de 100 organismes pathogènes ont été identifiés sur la mouche qui, compte tenu de sa présence importante dans nos milieux de vie, peut facilement contaminer nourriture et ustensiles et causer des infections du tube digestif.

¹⁹ County of San Diego, Department of Environmental Health Vector Surveillance and Control – Mites. [En ligne] <http://www.sdcounty.ca.gov/deh/chd/vector/vmites.html>.

²⁰ Goodard, J. *Health Effects to School Children from Cockroaches*. University of Mississippi School of Medicine. [En ligne] http://www.schoolpestfacts.com/goodard_cockroaches.htm.

²¹ Baldo, B.A., Panzani, R.C. Detection of IgE antibodies to a wide range of insect species in subject with suspected inhalant allergies to insect, *International Archives of Allergy and Applied Immunology*, 1988; 85 : 278-87

²² Maimer, S.A., Cohen, A.D., Mumcuoglu, *et al.* Household Papular Urticaria. *Israel Medical Association Journal*, 2002(4 suppl):911-13.

²³ Gaar G.G. (2003). *Insect Bite & Stings in 5-Minute*. Clinical Consult. p1-8. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins.

²⁴ County of San Diego - Department of Environmental Health Vector Surveillance and Control – Mites. <http://www.sdcounty.ca.gov/deh/chd/vector/vmites.html>.

D'autres maladies infectieuses sont transmises ou suspectées de l'être par les insectes : la bartonellose²⁵ ou maladie de la griffure de chat, la péliose bacillaire angiomateuse transmise par les puces (surtout chez les sidatiques), l'infection au virus du Nil occidental transmise par un moustique nommé culex et l'hépatite B par la punaise de lit, insecte suceur de sang. De plus, les lésions de grattage, résultat du prurit généré par les piqûres de ces insectes, peuvent constituer une porte d'entrée pour plusieurs agents microbiologiques, causant ainsi de multiples infections secondaires.

2.1.3 Animaux et vermine

Les animaux domestiques tout comme les rongeurs sauvages peuvent être porteurs de parasites et de maladies transmissibles à l'humain, telles l'ankylostome et autres maladies parasitaires résultant d'un contact avec un chat ou un chien infecté²⁶. Citons aussi l'ornithose provenant des oiseaux, plus particulièrement du pigeon²⁷. Leurs excréments et même parfois leurs carcasses peuvent contaminer les lieux. De plus, en grand nombre et souvent négligés, ces animaux peuvent devenir sauvages et agressifs, mordre et attaquer les humains. De tels incidents peuvent entraîner des conséquences fâcheuses.

Par ailleurs, la vermine peut constituer un vecteur de maladies infectieuses telles la leptospirose (rat de Norvège), certaines maladies pulmonaires au virus de Hanta (souris sylvestre), etc. Tous ces animaux colportent aussi des protéines allergènes pouvant causer ou aggraver un état allergique.

2.1.4 Transmission humaine de personne à personne

La transmission de maladie, comme la gale humaine ou le pou humain, par un individu négligé et qui manque totalement d'hygiène corporelle nécessite habituellement un contact plus étroit. Ces maladies peuvent se transmettre lors d'utilisation conjointe d'un matelas ou de literie avec une personne infestée. Par ailleurs, on dénombre encore des épidémies chez le personnel soignant en contact constant avec de tels malades²⁸.

2.2 RISQUES CHIMIQUES

En toxicologie environnementale, les voies habituelles de pénétration d'un agent toxique sont les poumons, la peau et la voie digestive. Cette exposition peut donc s'actualiser par voie aérienne, par le sol, l'eau de consommation, la nourriture, etc. Le plus souvent, les lieux affectés par un état d'insalubrité morbide ou par la collecte démesurée de résidus sont le plus souvent des appartements, bien que cette problématique puisse aussi se retrouver dans des maisons unifamiliales.

²⁵ Finkelstein J.L., Brown T.D., O'Reilly K.L. et al. (2002). *Studies of the Growth of Bartonella henselae in the Cat Flea (Csihponaptera publicidae)*. J. Med. Entomol, 39 : 915-9.

²⁶ Marx M.B. (1991). *Parasites, Pets, and People Primary Care*. 18 :153-165.

²⁷ Committee of the National Association of State Public Health Veterinarians (2000). *Compendium of Measures to Control Chlamydia Psittaci Infection among Humans (Psittacosis) and Pet Birds (Avian Chlamydiosis)*. MMWR, 49:No RR-8 :1-17.

²⁸ County of San Diego - *Department of Environmental Health Vector Surveillance and Control – Mites*. <http://www.sdcountry.ca.gov/deh/chd/vector/vmites.html>.

Dans de tels cas, il est possible de retrouver, accumulés en grande quantité, tout l'éventail des produits domestiques courants (produits de nettoyage ou d'entretien, colles, peintures, solvants) ou tout autre produit imaginable pouvant contenir des substances chimiques (piles, plastiques). Ces substances peuvent être dangereuses en soi ou le devenir par leur nombre excessif ou du fait de leur accumulation pêle-mêle (voisinage de substances incompatibles, risque de déversement). Dans ce contexte, le risque d'une contamination des sols ou de la nappe phréatique par lixiviation nous semble cependant peu probable. Par contre, les risques d'incendies semblent beaucoup plus vraisemblables. Or, les incendies d'immeubles à logements et de maisons unifamiliales, en plus de causer des pertes de vie, des brûlures sévères et autres blessures, peuvent générer dans l'air ambiant plusieurs substances toxiques : particules respirables, dioxyde et monoxyde de carbone, oxydes nitriques, acide chlorhydrique, cyanure d'hydrogène, dioxyde de soufre, acide sulfurique, acroléine, formaldéhyde et acétaldéhyde, benzène, et autres composés organiques volatils (toluène, styrène, chloroforme), dérivés d'herbicides et d'insecticides, dérivés occasionnels de dioxines et dibenzofuranes, et enfin, des métaux lourds tels le plomb, le cadmium et autres²⁹. Dans la perspective d'un incendie, il apparaît logique de croire que ces risques pour les pompiers et la population avoisinante seront multipliés. Enfin, chez les personnes souffrant du syndrome d'hébergement d'innombrables animaux, il est possible de retrouver des taux particulièrement élevés d'ammoniac aérien provenant de l'urine des animaux.

2.3 ODEURS³⁰

L'accumulation de résidus entraîne la production d'odeurs nauséabondes, souvent très inconfortables pour le voisinage, provenant soit de la décomposition de matières organiques ou de la volatilisation de produits chimiques. Un premier réflexe pourrait nous inciter à aborder cette problématique sous l'angle « de nuisance ou de perte de confort ». Or, plusieurs études, dont la plupart ont été menées en milieu agricole, démontrent que des odeurs environnementales désagréables, tant intérieures qu'extérieures, peuvent engendrer des effets variés de nature psychologique se manifestant par des atteintes de l'humeur, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des réactions émotives avec plusieurs types d'altération de la performance intellectuelle³¹. Enfin, des malades souffrant de maladies chroniques pulmonaires ou cardiaques, d'allergies ou de perte de tolérance aux produits chimiques, verront leur état s'aggraver par la présence de tels effluves, générés par de multiples composés organiques et biologiques volatils. Quoi qu'il en soit, il faut dire que, dans un milieu résidentiel, ces odeurs affectent de façon inacceptable la qualité de vie des voisins exposés involontairement.

2.4 CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

Aucune étude n'a évalué l'impact d'un état d'insalubrité extrême générée par le comportement morbide d'un individu sur ses proches ou le voisinage. Il n'en demeure

²⁹ Lees, P.S. Combustion Products and Other Firefighter Exposures, *Occupational medicine: State of the Art Review*, 1995;10: 691-706.

³⁰ Gingras, B., Guy, C., Page, T. Odeurs. Environnement et santé publique : Fondements pratiques, chapitre 19, pp 499-515, dans Gérin M. et coll., EDISEM et TEC&DOC, 2003.

³¹ Gingras, B. (2004). Mise à jour des connaissances : communication personnelle.

pas moins qu'il est facile d'imaginer quelles pourraient en être les conséquences. Il s'agit souvent de personnes opiniâtres, têtues, intelligentes dans leur excès, n'hésitant pas à utiliser la loi pour parvenir à leurs fins. On peut craindre que ces situations, facilement qualifiables d'hallucinantes, soient susceptibles d'altérer la santé et l'état mental des individus vivant près de ces sites ou devant côtoyer ou affronter les individus atteints. Ceux-ci génèrent de l'anxiété dans leur voisinage pouvant résulter d'un état de stress et d'insécurité face à l'agressivité de certains de ces individus « étranges » ou face aux risques accrus d'incendies, aux odeurs nauséabondes et à la possibilité de contracter toutes sortes de maladies contagieuses.

Une telle situation peut affecter grandement les proches de la personne atteinte, qui souvent vont la délaissier devant l'état lamentable des lieux, l'ampleur des dégâts, la honte que la situation génère chez-eux et même la crainte de pouvoir être tenus responsables des dégâts. Il ne faut pas non plus négliger l'impact majeur, aux points de vue émotif, social et économique, d'une telle dégradation des lieux pour un propriétaire bailleur qui aura souvent à gérer seul une telle situation et à remettre, à grands frais, les lieux en état d'habitabilité. Devant le manque total de suivi de ces cas, l'expulsion apparaît souvent comme la seule issue possible pour un propriétaire. Mais, elle ne fait que déplacer le problème ailleurs.

3. PERSONNES VULNÉRABLES

Les effets d'une situation d'insalubrité morbide sur la santé de la population touchée varieront selon la nature des matières accumulées, le degré d'exposition et les personnes exposées. En effet, le terrain physiologique et psychologique sous-jacent des personnes exposées influera sur leur réponse et les conséquences sur leur santé.

Les populations les plus vulnérables demeurent de façon générale :

- les personnes ayant un statut physiologique précaire comme les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes ;
- les personnes souffrant de maladies physiques chroniques : maladies pulmonaires (asthme, emphysème), maladies cardiaques, perte de tolérance aux produits chimiques et odeurs, ou celles dont le système immunitaire est déficient comme les sidatiques ou tout autre malade sous chimiothérapie immunosuppressive, etc. ;
- les personnes souffrant de maladies psychiatriques : dépression, troubles d'anxiété généralisée, troubles de personnalité et autres.

4. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Avant de conclure et de présenter nos recommandations, il nous apparaît important de préciser le rôle de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.

4.1 RÔLE ET MANDAT DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

En plus d'interpeller les partenaires du réseau curatif de la santé (CSSS ou CLSC, services psychiatriques) et du secteur municipal (services d'inspection, d'incendie), les

conditions d'insalubrité morbide dans les domiciles interpellent la santé publique, particulièrement dans les habitations multifamiliales.

En effet, l'augmentation du nombre de signalements ces dernières années laisse présager un problème social et de santé publique en émergence, qui doit être vérifié et documenté par nos services. De plus, les impacts à la santé reliés à des conditions d'insalubrité majeure ne touchent pas uniquement l'individu à l'origine de ces situations, mais également tous les gens qui ont à le côtoyer plus ou moins étroitement. La famille, les proches, les amis, les voisins, les travailleurs de la santé et des services municipaux constituent une population exposée non négligeable.

La DSP, en vertu de son mandat de protection de la santé, doit offrir aux partenaires impliqués directement le support et l'expertise de deuxième ligne dont ils ont besoin. À ce jour, notre direction a documenté ce problème au niveau régional en tenant une rencontre intersectorielle en octobre 2003. Nous avons alors pu identifier les difficultés rencontrées par les organismes impliqués, certains éléments de la problématique et dégager des pistes de solution (voir annexe II). Par la suite, nous avons effectué une revue de la littérature sur la problématique générale de l'insalubrité morbide, ses impacts à la santé ainsi que les populations vulnérables et produit le présent document.

Selon les besoins exprimés par les intervenants de première ligne, nous continuerons d'assurer aux partenaires le support requis concernant la formation, la recension des cas, la production de statistiques régionales, l'élaboration d'outils d'intervention ou tout autre service requis relevant de notre mandat.

4.2 CONSTATS

En considérant la problématique des points de vue populationnel, individuel et occupationnel, nous avons pu établir certains constats et émettre des recommandations.

En premier lieu, d'un point de vue populationnel, une procédure conjointe d'intervention devra être élaborée de concert avec tous les partenaires impliqués. Cette procédure, bien qu'adaptable à chacun des cas, pourra servir de cadre général visant à harmoniser et rendre plus efficaces les interventions et services intersectoriels dans de telles situations. À cet effet, tous les acteurs devront préciser leurs rôles et mandats intrasectoriels ou intersectoriels.

Le lecteur trouvera ci-dessous, la liste des partenaires susceptibles d'être interpellés par le problème d'insalubrité résidentielle.

Les intervenants directs :

- le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou CLSC : aspect santé et social ;
- les services municipaux d'inspection et d'hygiène, de prévention des incendies, de l'environnement, de la sécurité civile et du contentieux : salubrité et sécurité des lieux, mesures légales pour correctifs, nettoyage ;
- les organismes communautaires : aspect social, soutien à la personne, nettoyage ;

- le propriétaire bailleur (si résidences locatives) : salubrité et sécurité des lieux, détérioration de son bien, nettoyage ;
- la Direction de la Protection de la jeunesse si des enfants sont impliqués ;
- la Société protectrice des animaux en présence du « syndrome d'hébergement d'innombrables animaux ».

Les intervenants de deuxième ligne :

- la DSP (équipe santé et environnement) : support et expertise aux intervenants directs ;
- l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Direction de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales) : responsable du groupe de travail conjoint (santé, municipalité), harmonisation des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou CLSC.

À titre d'information, le *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise* (voir annexe III) constitue une référence de base intéressante sur les rôles et mandats de plusieurs de ces organismes et contient beaucoup d'information sur la problématique de la salubrité en milieu résidentiel.

En deuxième lieu, l'approche individuelle concerne plus spécifiquement l'occupant des lieux insalubres. De ce point de vue, les principaux partenaires interpellés seront les CSSS ou CLSC, les services de psychiatrie (diagnostic, thérapie, traitement), la famille et les proches et les aspects suivants seront à considérer lors de l'intervention :

- évaluation de l'état de santé psychologique ;
- évaluation de l'aptitude de la personne à pouvoir prendre des décisions ;
- évaluation de l'état de santé général dont l'état nutritionnel ;
- traitements et suivis médicaux et psychiatriques, si nécessaire ;
- respect des droits individuels : liberté de choix, milieu privé ;
- support aux proches si nécessaire.

En dernier lieu, l'approche occupationnelle concerne tous les travailleurs qui auront à intervenir lors de consultations individuelles, de visites à domicile ou du nettoyage des lieux. Il peut s'agir de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'inspecteurs municipaux, de pompiers, de bénévoles, d'employés d'entreprises de nettoyage, etc. Les risques auxquels peuvent être exposés ces travailleurs ont déjà été abordés à la section 2 et peuvent être de nature infectieuse, physique (chutes, odeurs) et même psychologique (contacts souvent difficiles avec la personne atteinte, état physique des lieux dépassant parfois l'entendement). Le service de Santé au travail du CSSS ou CLSC constitue une ressource parfois nécessaire pour du support-conseil et de l'information aux travailleurs.

Pour terminer, nous tenons à rapporter les constats émis par certains partenaires lors de la rencontre de 2003 ou suite à la consultation sur le présent document. Il s'agit d'aspects qui rendent souvent difficiles, et même parfois impossibles, des interventions efficaces, positives et fructueuses notamment pour la personne atteinte. Voici certains de ces commentaires :

1. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou CLSC ne s'implique que si la personne est d'accord, alors que celle-ci refuse très souvent toute forme d'aide ;
2. Lors des interventions, il est difficile de savoir si la personne qui vit dans un milieu insalubre, possède l'aptitude mentale à prendre elle-même des décisions, d'où le besoin d'obtenir rapidement une évaluation psychologique afin de poursuivre l'intervention ;
3. L'intervention est souvent ralentie ou abandonnée pour les raisons mentionnées aux points 1 et 2 ;
4. S'il y a absence de suivi ou expulsion, la personne emménage dans un nouveau logis et le problème se déplace ailleurs ; de plus, la personne n'est pas traitée et ne bénéficie pas d'une intervention visant à régler plus définitivement son problème ;
5. Les recours et les mandats légaux en lien avec l'accès à la propriété privée, les règlements municipaux, la *Loi de la Régie du Logement* et la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P38.001)*, ne sont pas toujours clairement définis de même que les personnes habilitées à les appliquer.

Dans ce contexte, des intervenants régionaux des secteurs municipal et de la santé étudient cette problématique dans le but d'en venir à une harmonisation de leurs interventions. Un groupe de travail, sous l'égide de l'Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, poursuit actuellement ses travaux dans le but d'élaborer une procédure de collaboration visant le bien-être et la santé des personnes affectées tout en respectant les rôles et les mandats des partenaires impliqués. Ce groupe est composé, outre le représentant de l'Agence, d'un représentant des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou CLSC, de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale et de la Ville de Québec.

4.3 RECOMMANDATIONS

Au regard de ces constats, nos recommandations visent donc la recherche commune de solutions permettant de respecter les individus atteints de même que les personnes de leur entourage pouvant, elles aussi, être affectées par la situation (proches, voisins, propriétaires).

Contexte populationnel

1. Que le groupe de travail conjoint ci-haut mentionné (santé, municipalité) poursuive ses travaux, précise les rôles et les mandats des partenaires impliqués dans le but d'harmoniser l'intervention et de convenir d'une procédure conjointe qui pourrait si nécessaire impliquer pour la municipalité une approche légale plus contraignante comme celle adoptée par la Ville de Sherbrooke.
2. Qu'une procédure simple, permettant l'inventaire et la mise en place d'un répertoire des cas, soit mise en place afin d'évaluer l'importance de cette problématique.
3. Que le rôle des propriétaires soit mieux précisé et reconnu, que ce soit pour le signalement précoce d'un cas ou pour la recherche et l'application de solutions efficaces, dans le respect des personnes atteintes.

Contexte individuel

4. Que les services psychiatriques spécialisés dans le diagnostic et le traitement de telles problématiques et les personnes possédant l'expertise clinique dans ce domaine soient clairement identifiées pour la région. Que ces personnes soient consultées par le groupe de travail cité au point 1, afin que les solutions proposées soient les plus appropriées à ce type de comportement.

Contexte occupationnel

5. Selon les circonstances et la gravité de la situation, les moyens de protection individuelle suivants sont recommandés aux travailleurs concernés :
 - Concernant les risques infectieux : porter un masque N-95 ou R-95 (additionné d'un filtre au charbon activé), gants de nitrile, sarrau à remiser après intervention dans un sac étanche si l'on craint l'éventualité d'une exposition à des agents biologiques nocifs et des odeurs nauséabondes. En cas de coupures, abrasions, etc. : désinfection ou consultation d'un professionnel de la santé immédiatement.
 - Si possibilité de chute d'objets, de perforations ou autres : porter un casque et des lunettes de sécurité, des chaussures de sécurité antidérapantes et munies d'une semelle prévenant la perforation.
 - Si risque d'incendie : se munir d'un extincteur à incendie sur les lieux de travail.

CONCLUSION

Le présent document a pour but de décrire de manière détaillée les impacts à la santé liés à un état d'insalubrité extrême associée à un dérèglement psychologique. Nous souhaitons que l'information qui y est contenue sera utile pour améliorer l'intervention auprès des personnes atteintes et, en bout de ligne, leur qualité de vie. De plus, quand le document "Lignes directrices de collaboration intersectorielle face à des situations d'insalubrité morbide" en cours de préparation par le groupe de travail local mentionné en page 13 (Agence, CLSC, DSP, Ville de Québec) sera complété, nous en ferons part à nos lecteurs. Ce document saura sûrement servir de modèle d'intervention conjointe CSSS ou CLSC et Municipalité pour d'autres régions ou localités.

Annexe 1

Points saillants de la réunion intersectorielle
sur le syndrome de Diogène
ou autres pathologies s'y apparentant

tenue le 23 octobre 2003

**Points saillants de la réunion intersectorielle
sur le « syndrome de Diogène ou autres pathologies s’y apparentant »
Tenue le jeudi 23 octobre 2003, salle U-1335,
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DRSP)**

PRÉSENCES :

Morin, Diane (Archipel d’Entraide)
Allard, Christiane (Centre de crise de Québec)
Shriqui, Christian (CHUL)
Côté, Rodrigue (CLSC Basse-Ville-Limoilou)
Déry, Gérard (CLSC Basse-Ville-Limoilou)
Dufresne, Christian (CLSC Haute-Villes-des-Rivières)
Saucier, Ginette (CLSC des Hautes-Marées)
Nicholas, Claudette (CLSC La Source)
Fiset, Steeve (CLSC Portneuf)
Vaillancourt, Sylvie (CLSC Portneuf)
Auger, Pierre (DRSP)
Bergeron, Lina (DRSP)
Roy, Reine (DRSP)
Pleau, Marie (Office municipale d’habitation)
Lemieux, Ghislaine (Serv. de prév. des incendies)
Faucher, Céline (Ville de Québec)
Fournier, Christian (Ville de Québec)
Mainguy, Claire (Ville de Québec)

OBSERVATEURS :

Étudiants accompagnant Dr Shriqui :

Marie Laliberté (étudiante)
1 autre étudiant ?

ORDRE DU JOUR	ÉLÉMENTS D'INFORMATION ET DE DISCUSSION
1. Mot de bienvenue et présentation des participants	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Madame Reine Roy souhaite la bienvenue à tous et les remercie de leur présence. Étant donné le nombre de participants la collaboration de chacun est demandée au regard du déroulement : demander la parole, 5 minutes par participant, etc. ➤ Un intervenant de la Régie régionale du domaine de santé mentale, Monsieur Daniel La Roche ne peut participer à la rencontre dû à un conflit d'horaire. Un suivi de la rencontre lui sera fait personnellement.
2. Mise en contexte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Madame Roy précise que cette rencontre a pour but de recueillir de l'information afin d'évaluer l'état de la situation et tenter de trouver ensemble des solutions. De ce fait, la rencontre sera presque entièrement consacré au tour de table des intervenants. ➤ Comme mise en contexte Mme Roy rappelle le texte du premier mémo adressé aux participants le 24 septembre dernier (voir annexe au présent compte rendu). ➤ État de situation de la DSP : Équipe santé environnement de la DSP est interpellée par cette problématique depuis 1 an 1/2 . Semble prendre de l'ampleur. Notre rôle principal : supporter les intervenants de 1^e ligne. Attention particulière : respect de la personne et de ses droits : milieu privé, choix individuels, etc.
3. Présentations et discussion :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaît le syndrome de Diogène depuis seulement quelques mois. ➤ Présente le cas de Henry Darger artiste américain prolifique décédé à 81 ans qui a écrit un roman en 15 volumes ... Après sa mort, on découvre qu'il dormait sur une chaise et qu'il souffrait du syndrome. ➤ Relate un cas de Québec géré avec M. Dufresne du CLSC Haute-Ville : ingénieur célibataire de 61 ans, en arrêt de travail, vit dans 4 ½ , référé par le 911. Fait circuler des photos. ➤ Dr Auger précise le manque de documentation, littérature absente. Difficulté de trouver des psychiatres connaissant la problématique. Absence de ce diagnostic dans la littérature psychiatrique. Au Québec, le Dr Roger F. Roberge psychiatre actuellement à la Direction générale de la protection du citoyen, s'est beaucoup intéressé à cette maladie et a publié un article dans Médecin de famille. Il pourrait être invité lors d'une journée de formation sur le sujet. ➤ Syndrome de Diogène : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'incidence serait de 0,5 pour 1 000 habitants par an parmi les 65 ans et plus chez qui le syndrome est plus fréquent ; ○ littérature contradictoire pour ce qui est de la fréquence plus grande chez les femmes par rapport aux hommes ; ○ éléments stressants souvent associés : après un deuil, une séparation, une maladie, etc. ; ○ progressif et va en se détériorant; ○ les faits que le retrait du milieu puisse être fatal est fortement mis en doute aujourd'hui. ➤ Impacts de santé publique méconnus, non documentés dans la littérature; le risque à la sécurité (incendie) est plus évident. Risques reliés aux insectes indésirables à considérer aussi (blattes, mouches, etc.) ➤ Pas de traitement connu, souvent du cas par cas. Ressources éparpillées et méconnues. L'Hôpital Christ-Roi ferait peut-être de l'évaluation psychogériatrique : à vérifier.

ORDRE DU JOUR	ÉLÉMENTS D'INFORMATION ET DE DISCUSSION
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ On découvre souvent que la personne est atteinte lors d'une hospitalisation ou une maladie physique, et la personne est référée par l'infirmière ou autres intervenants. En temps normal, très difficile d'entrer chez lui et de constater l'état des lieux. ➤ L'aspect des risques reliés aux bibittes serait aussi à vérifier. (blattes, mouches, pylales, etc...). ➤ Portrait type : retrait social, isolement, refus de se faire aider ; souvent cultivé, intelligent; auto-négligence, insalubrité, sans gêne de sa condition ; problèmes de santé physique et psychiatrique; cylligomanie mais pas toujours des déchets.
<p>4. Tour de table</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Augmentation de 30 % des cas : environ 20 nouveaux par année en comparaison à 4 ou 5 avant et plus souvent interpellé par la Ville de Québec. ➤ Cas qui demandent beaucoup de travail, de temps et d'argent. ➤ Pas d'éléments pour les faire sortir de leur logement. Lien à créer pour entrer dans le logement plus facile s'ils ont des problèmes de santé. Cas lourds et longs : routine établie, manies difficiles à rompre. Il faut éviter qu'ils recommencent à accumuler. Plus facile à gérer si la personne travaille, a des ressources ou de la famille. ➤ CLSC Haute-Ville s'est doté d'une procédure dans ces cas. ➤ Utilisation de la Loi P-38
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Environ 10 à 15 cas par année. ➤ Rôle: Répondre aux plaintes des contribuables en hygiène et salubrité. ➤ Inspections conformément aux règlements municipaux. ➤ Déclaration d'insalubrité : menace d'expulsion du locataire à la Régie du logement. ➤ Processus long et exigeant sauf si le client collabore. ➤ Problèmes rencontrés: locataires qui rendent les logements insalubres à répétition. ➤ Inspections fréquentes avec la prévention des incendies. ➤ Pas de lien direct actuellement avec le CLSC.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 à 12 cas sur plus de 500 logements ➤ La personne n'est jamais volontaire, ne continue pas le traitement, ça prend tout le temps une menace, un pied dans la porte. L'OMH peut utiliser la menace de perdre le logement. ➤ Encadrement, exigences minimales, normes pour que la personne se prenne en main. Surveillance (visites 2 – 3 fois par année) voir si les objectifs sont respectés. ➤ Demande beaucoup d'investissement de temps. Cas par cas connus, récurrents. ➤ Objectif de les rendre autonome avec un certain support des organismes. Faut-il intervenir ou les aider à tenir le logement propre ? Questionnement sur l'approche médicale. Ne pas les sortir de leur milieu. Fonctionne bien en société.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 95 à 2001 : plus de 40 cas. Actuellement : environ 10 cas en suivi. ➤ Crise du logement peut-être un facteur dans l'augmentation des cas. ➤ Sources de signalement : voisins, famille, propriétaire, Ville, service des incendies, ambulanciers, policiers,

ORDRE DU JOUR	ÉLÉMENTS D'INFORMATION ET DE DISCUSSION
	<p>Soins de santé à domicile, etc. Attention : pour la famille et le proprio c'est parfois une honte et ils prennent le problème sur leurs épaules.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vient en aide directement. Dans le cadre du programme « Accroche-toi ». Service de relocalisation et corvées de ménage qui peuvent durer longtemps : chaque sac se négocie. Suivi très important. ➤ Seul organisme à prendre en charge de tels cas. Service Amical (Basse-Ville), Halo et Arc-en-Ciel (Portneuf) ne prennent pas de cas lourds. ➤ Succès dans plusieurs cas : modification du comportement, emménagement dans un logement plus petit ou une chambre et pension. ➤ Effectifs réduits. Avant, prêts de service mais maintenant les CLSC ont des services d'auxiliaires à domicile avec frais.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Environ 120 nouveaux cas par année dont 50 sont considérés plus sérieux. Augmentation réelle ou si on les voit plus ? ➤ Depuis la fusion, objectif 1) uniformiser les divers règlements sur la salubrité déjà existants dans les villes fusionnées ou de leur donner un règlement si inexistant, 2) de réglementer l'accumulation excessive de biens à l'intérieur d'un logement. Insalubrité à partir de quand ? ➤ Ne pas créer une machine à itinérant, éviter de mettre les gens dehors. Danger pour eux et les autres. ➤ Uniformiser l'intervention pour les intervenants de tous les secteurs (Ville, CLSC, etc.). Guichet d'entrée unique pour les demandes comme à Montréal : à vérifier. ➤ Domicile privé (maison privée, condo) où est la limite d'intervention, comment entrer ? ➤ Propriétaires aux prises parfois avec des déboursés importants. ➤ Contamination biologique mais aussi parfois chimique.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 cas durant l'année ➤ Référés par concierge, policier, hôpitaux. ➤ Intervenants impliqués parfois très bouleversés, ça prend une bonne carapace. ➤ Importance de la formation et du suivi.

ORDRE DU JOUR	ÉLÉMENTS D'INFORMATION ET DE DISCUSSION
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bien-être des gens qui prime. ➤ Ex. : une dame évincée d'un logement mais mêmes problèmes quelques mois plus tard ailleurs. Suivi important. ➤ Règlement applicable à l'extérieur du bâtiment, mais pas à l'intérieur. ➤ Recommandations visant : dégagement des plinthes, panneaux électriques, avertisseur de fumée fonctionnel, diminution du papier et autres choses combustibles dans le logement, un corridor permettant de circuler adéquatement. ➤ Plus facile s'ils collaborent, approche la plus possible humaine, ne réalisent pas le danger pour eux et les autres. Demande provient des inspecteurs car les cas lourds ne sont pas faciles à faire collaborer.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluation psychiatrique : qui, quand, pourrait-elle aider les intervenants. Discutable car pas de problèmes psychiatrique chez la plupart. ➤ Évaluation du danger immédiat ou éloigné. ➤ Utilisation de la loi P 38 : utilisée seulement dans 1 % des cas ? ➤ Faire attention car on peut créer chez les juges une tradition de non recevoir. ➤ La Boussole organisme sans frais pour évaluation mais, peut être traumatisant pour le client.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 – 5 cas par année. Référés souvent par la Ville. ➤ Jusqu'où on s'implique. On ne met pas toujours le diagnostic sur les personnes. ➤ CLSC aide à maintenir propre. Exige par menace voilée que le ménage se fasse, ça prend une fermeté dans le dossier.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les cas identifiés ne seraient que la pointe de l'iceberg. ➤ Manque de ressources, peu de possibilité d'intervention. Utilise le Service des incendies. ➤ Le lien avec le cas est la seule porte d'entrée, il faut le garder. Car milieu privé, impossible d'intervenir sans autorisation. Référé suite à une hospitalisation, par l'infirmière à domicile, signale les cas et pas évident d'entrée à leur domicile par la suite. ➤ Peu d'insalubrité sauf dans cas d'animaux (chats, chiens). Gens sains mais excentriques. ➤ Limites d'intervention ? Très lourd pour les CLSC : temps, énergie. Portneuf sans soutien, seul. ➤ La menace d'éviction peut aider à faire agir les gens. Ces gens ont des droits mais aussi des devoirs. Intervention mixte : bâton et carotte. S'ils se retrouvent dans la rue, sont encore clients du CLSC.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Environ 10 cas. Portrait : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensible à l'aspect monétaire. Souvent très intelligent. N'exprime pas leur agressivité. Agressivité passive ou je vais le faire et ne font rien. Contrôle la situation. Comprennent le double sens. Bons résultats quand fratrie s'implique. Coût très élevé (Ex. : 6000\$ de conteneur à déchet). Si action rapide mais sans ingérence = action efficace. ➤ Les propriétaires sont souvent de trop bonnes personnes, très tolérantes.

ORDRE DU JOUR	ÉLÉMENTS D'INFORMATION ET DE DISCUSSION
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Souvent problèmes d'animaux. ➤ Voir à la qualité des intervenants : car ce sont des cas très lourds.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Troisième rencontre sur le sujet pour le CLSC. ➤ Cas d'insalubrité plus faciles car les gens acceptent de participer. Cas de Diogène, pas pareil, se sont données des balises car peur des poursuites (personnes très intelligentes). ➤ Ils ont des devoirs mais aussi des droits et peuvent le comprendre. Un seul méchant s'il doit y en avoir car ces personnes revendiquent. ➤ Doit être sur une base volontaire dans l'aide. ➤ Placer le CLSC en situation de sauveur tout en faisant les méchants (menace d'expulsion ou autre). ➤ Suivi très long : il faut briser l'environnement. ➤ Supporter les propriétaires car ces cas vivent chez-eux.
5. Suivi	<p>Propositions, voies de solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir des objectifs ➤ Répertorier les cas de façon plus précise, banque de données, documenter les coûts ➤ Régie régionale ou autres ressources de niveau régional doit participer ➤ Gériatrie et psychogériatrie à impliquer ➤ Rôle et responsabilité de chacun (définir) ➤ Acteur de l'administration pour avoir un pouvoir décisionnel ➤ Argent, budget ➤ Dr Roberge auteur et gériatre (intéressé pour conférence) ➤ Prochaine rencontre rapidement pour ne pas que s'éteigne l'intérêt ➤ Cibler les stratégies ➤ Créer des liens ➤ Aspect légaux à préciser : réglementation en salubrité, droits de la personne, propriété privée ➤ Comment faire pour intervenir, dans quel limite ? ➤ Arrimage des liens ➤ Avoir de la formation ➤ Etc ...
Date de la prochaine rencontre	Une date pour une prochaine rencontre est fixée pour vendredi le 12 décembre 2003 en avant-midi.

Annexe au compte rendu de la rencontre du 23 octobre 2003

Extrait du mémo aux participants du 24 septembre 2003 servant de mise en contexte : Syndrome de Diogène ou pathologie s'y apparentant

Dans le cadre de vos fonctions, vous ou des intervenants de votre organisme, avez eu à traiter des plaintes impliquant des personnes atteintes du Syndrome de Diogène (état d'incurie majeure, accumulation d'objets hétéroclites). Vous détenez ainsi à cet effet une certaine expertise dont nous aimerions bénéficier. Nous avons pu noter, ces dernières années, une augmentation de signalements de ces cas à nos services, nous permettant de soupçonner une augmentation de la problématique notamment dans la ville de Québec.

Cette problématique comporte plusieurs volets dont les conditions d'insalubrité extrême qui sévissent dans le logis de ces personnes, le risque élevé d'incendie, les risques à la sécurité et à la santé physique pour les personnes affectées comme pour les gens de l'entourage immédiat, la difficulté à évaluer la capacité physique et mentale de la personne atteinte à pouvoir résoudre le problème. À cela s'ajoutent la méconnaissance de la maladie, des solutions et des ressources disponibles pour venir en aide à ces personnes, l'imprécision des rôles et mandats des intervenants impliqués ainsi que le manque d'harmonisation entre eux.

En vertu de notre mandat de protection de la santé publique dans le champ de la santé environnementale notre service est directement interpellé au regard de l'insalubrité majeure qu'entraîne ces situations. Cependant, certains volets de la problématique ainsi que des solutions interpellent les ressources locales en santé mentale, certains organismes communautaires de même que des intervenants municipaux (inspecteurs en bâtiment, service d'incendie).

Dans ce contexte, nous prenons l'initiative, par la présente, de convoquer une rencontre des divers intervenants interpellés dans le but de préciser la problématique, d'identifier les actions efficaces, les problèmes vécus par les intervenants et les clients de même que les besoins les plus pressants. L'objectif ultime visant l'amélioration de la situation pour les personnes atteintes et ce, dans le respect des mandats respectifs de chaque organisation impliquée comme dans le respect du client.

Nous vous invitons donc à participer vous-mêmes, ou à déléguer une personne de votre organisme possédant une expertise dans cette problématique, à une rencontre qui se tiendra dans les prochaines semaines dans les locaux de la Direction de santé publique à Beauport. Les dates envisagées sont pour le moment, le lundi 20 octobre en AM, le mardi 21 octobre AM et PM, le jeudi 23 octobre en AM et le 24 octobre AM et PM. La rencontre serait d'une durée de 3 heures. Mme Lina Bergeron du secrétariat (666-7000, poste 514) vous contactera sous peu afin de connaître le nom des personnes désignées pour assister à la rencontre et leurs coordonnées afin de vérifier leurs disponibilités.

Annexe II

Conditions et facteurs susceptibles d'affecter
la salubrité d'une habitation

**Conditions et facteurs
susceptibles d'affecter la salubrité d'une habitation**

(tels que retenus par le Groupe de travail intersectoriel sur l'environnement intérieur)

1. Conditions favorisant la présence ou la croissance de contaminants de nature biologique - moisissures, toxines, allergènes, acariens, agents infectieux, etc. :

- présence d'humidité excessive (voir section 1.4) ;
- présence d'une forte condensation d'eau sur les fenêtres ou autres surfaces (murs, ameublement) ;
- présence d'eau ou de signes de détérioration évidente par l'eau des structures et matériaux à la suite d'une infiltration, d'un dégât d'eau non corrigé, d'une inondation, d'une fuite de plomberie, etc. ;
- présence de matériaux contaminés laissés en place ou nettoyage incomplet ;
- malpropreté excessive des lieux (ex. : présence de déchets, détritux, aliments non scellés, poussières) ;
- présence de vermine (ex. : rats) ;
- présence d'insectes indésirables (ex. : blattes) ;
- présence d'animaux domestiques*.

2. Conditions favorisant la présence de contaminants chimiques - monoxyde de carbone (CO), composés organiques volatils (COV), oxyde d'azote (NO₂), matières particulaires (PM^{2.5-10}), etc. :

- présence de fumée de tabac* ;
- appareils de combustion mal ajustés, mal ventilés ou mal utilisés et présence de suie ;
- émanations provenant de certains matériaux de construction (isolants, mélamine) ;
- odeurs ou émanations provenant de solvants, peintures, vernis, colles, autres produits chimiques forts, etc. ;
- odeurs ou émanations provenant d'un déversement d'huile à chauffage.

3. Conditions favorisant la présence de risques physiques :

- Radon
- Bruit

* Les animaux domestiques ou la fumée de tabac constituent des facteurs pouvant rendre un milieu intérieur plus ou moins insalubre, notamment pour des gens qui y sont sensibles et qui y seraient exposés involontairement. Bien que ces facteurs demeurent un choix individuel de vie et que le milieu résidentiel constitue un lieu privé où les pouvoirs d'intervention sont limités, ceux-ci ne peuvent pas être ignorés au point de vue de la santé publique et se doivent d'être cités dans le présent tableau.

Tiré de : Roy R. (2001). Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
<http://www.msss.gouv.qc.ca>.

Annexe III

Résumé du Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité
de l'air et la salubrité dans l'habitation québécoise



Résumé

Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise

ISBN 2-550-37987-X

Élaboré par un groupe de travail composé d'organismes publics sous l'égide du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce guide s'adresse aux intervenants de première ligne, appelés à travailler directement auprès de la population ou à lui transmettre de l'information, dans le cadre de services d'assistance et de consultation téléphoniques ou à l'occasion de visites professionnelles à domicile.

LA PREMIÈRE SECTION

traite de *l'habitation et de la santé* et décrit les notions générales de salubrité et de qualité de l'air. On y fait état des contaminants et des conditions qui peuvent entraîner l'insalubrité et/ou la pollution de l'air intérieur ainsi que des principaux impacts potentiels sur la santé des occupants.

LA SECONDE SECTION présente les ressources publiques et privées susceptibles de venir en aide au demandeur. On y fait d'abord état du mandat, des pouvoirs légaux, du champ d'intervention ainsi que des services offerts respectivement par les ressources publiques suivantes :

- CLSC et Info-Santé CLSC
- Directions de santé publique
- Municipalités
- Régie du logement
- Société d'habitation du Québec
- Société canadienne d'hypothèques et de logement
- Régie du bâtiment du Québec
- Agence de l'efficacité énergétique

En ce qui a trait aux ressources privées, le guide propose des critères généraux de sélection pouvant aider les citoyens dans le choix de professionnels, d'entreprises ou de laboratoires privés oeuvrant dans le domaine.

LA TROISIÈME SECTION résume la démarche du demandeur aux prises avec un problème de qualité de l'air intérieur ou d'insalubrité dans son habitation, dont :

- la façon d'obtenir de l'information sanitaire ;
- la façon d'obtenir des renseignements techniques
- (causes du problème, mesures correctives, etc.) ;
- des renseignements touchant locataires et propriétaires ;
- des renseignements en cas d'urgence ;
- des informations pour corriger la situation.

Une liste de documents pratiques, gratuits ou à prix modique y est également présentée.

Enfin, le guide comporte des **annexes** proposant des outils pratiques d'enquête, des textes légaux pertinents, ainsi que les listes de divers regroupements de locataires, de consommateurs, de propriétaires, de gestionnaires d'habitations et de groupes de ressources techniques du Québec pouvant venir en aide au demandeur.

Pour obtenir un exemplaire du « Guide d'intervention intersectorielle sur l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise », il faut télécharger à l'adresse Internet suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>, à la rubrique publication, en sélectionnant la lettre G.