

Le syndrome de Diogène, une modalité de la clinique psychosociale.

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

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

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

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

Je vais présenter une certaine vision de l'incurie à domicile, souvent appelée syndrome de Diogène, ce qui n'est pas très sympathique vis-à-vis de ce philosophe cynique à forte personnalité. On parle d'un Diogène, de quelqu'un qui « s'est diogénisé ». Je vais employer moi aussi cette dénomination devenue courante, même si je demande à Diogène de me pardonner.

II- Le syndrome de Diogène, un syndrome transversal

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

Clark et Manikar en 1975², ont donné à l'incurie à domicile le nom de syndrome de Diogène en remarquant qu'en règle générale les personnes n'étaient pas débiles, qu'elles pouvaient même avoir une bonne éducation et une situation sociale enviable. Cela peut de fait toucher autant les

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

² -Clark A, Manikar G, The Diogenes syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. *Lancet* 1975; 15:366-8

vieilles dames ou les vieux messieurs riches que les plus pauvres vivant avec le minimum vieillesse, avec le RSA, ou, comme je l'ai vu récemment, un ingénieur polytechnicien qui vivait en couple. Une tendance caractéristique peut être un caractère soupçonneux, méfiant, on pourrait parler de caractère paranoïaque, mais cela est loin d'être la règle.

Avec les travaux des gériatres anglais, on pensait que le Diogène était réservé aux personnes de plus de soixante ans ; mais quand on a commencé à faire des visites à domicile en travail de secteur psychiatrique, on s'est vite aperçu que des patients psychotiques pouvaient avoir un syndrome de Diogène sans être particulièrement âgés ; idem pour les états démentiels. Puis, quand on a travaillé avec la grande précarité sociale, on a pu constater que des personnes ni âgées de plus de 60 ans, ni schizophrènes, ni paranoïaques, ni démentes, ou en tous cas rien de patent, présentaient un Diogène lors de leur accès au logement. C'est du rapprochement de ces constatations que m'est venue l'idée qu'il pouvait s'agir d'un **syndrome transversal, transnosographique**, sur lequel Nicolas Meryglod a fait sa thèse de médecine³. Il y aurait à départager les Diogène dits *primaires* (sans étiologies précises) et secondaires, par exemple à une démence, mais je préfère envisager la transversalité de ces situations pour essayer de les situer.

III- Bonne et mauvaise précarité

L'idée a été de dire que cette transversalité est celle-là même de la clinique psychosociale qui manifeste une souffrance psychique, ou plutôt psychosociale, observée sur les lieux du social, dont le logement est un particulier. J'ai progressivement compris que cela revient à poser la question de savoir comment les gens passent d'une « bonne » précarité qui aide à vivre, à une « mauvaise » précarité qui empêche de vivre ?⁴

La bonne précarité consiste dans le fait que sans l'autre, sans les autres, sans « poche » sociale comme la poche du kangourou, nous ne pouvons pas vivre biologiquement, psychologiquement, socialement, et aussi spirituellement, c'est-à-dire au niveau des valeurs, de ce qui donne sens. Nous avons besoin des autres particulièrement quand nous sommes petits, quand nous sommes très vieux, quand nous sommes malades, quand nous avons des accidents de la vie, quand nous sommes exilés, autant de situations où nous sommes très précaires. En réalité, nous, les êtres humains, nous naissons libres, égaux... et précaires, c'est-à-dire en besoin du rapport à l'autre tout au long de notre vie, ce qui s'oppose à l'autonomie obligatoire en époque néolibérale⁵. On ne peut être autonome que si on est suffisamment dépendant dans un milieu pas trop traumatique. C'est l'homme précaire qui devient autonome et qui a à être respecté du fait de sa vulnérabilité, ce qui appelle un rapport à l'éthique. Sinon c'est de l'autarcie idéologique ou de la pathologie. La pathologie, c'est perdre la capacité d'être librement dépendant en cas de besoin. La mauvaise précarité commence à ce moment précis par la perte de la capacité de demande.

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

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

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

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

A ce moment de notre histoire, nous assistons à une tendance fort fâcheuse pour le narcissisme et pour le lien social : la transformation à grande échelle de la bonne précarité (la bonne

³ -Nicolas meryglod, *l'incurie dans l'habitat*, thèse de médecine, 12 juillet 2007, Lyon

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

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

dépendance) en mauvaise précarité, qui se caractérise précisément par une triple perte de confiance :

- les autres sont dangereux pour moi,
- je n'ai plus confiance en moi,
- l'avenir est catastrophique, ou n'existe plus, ou le temps est accéléré.

La triple confiance devient triple méfiance.

IV- Le syndrome d'auto-exclusion

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

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

V- rappel des signes du syndrome de Diogène

Avant d'en venir à cette clinique, examinons celle de l'incurie dans l'habitat à l'aide de l'approche de Jean-Claude Montfort, psychiatre à Saint-Anne, qui a fondé une équipe et un réseau dédié à ce thème avec les personnes âgées. Il insiste sur cinq signes⁶.

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

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

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

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

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

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

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

VI- Comprendre l'incurie comme l'un des aspects de l'autoexclusion⁷.

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

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

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

-l'inhibition de la pensée, pour ne plus penser la situation.

Tout ce passe comme si la personne avait congelé son moi *pour ne pas souffrir (clivage au moi)*.

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

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

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

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

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

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

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

On voit comment le Diogène serait l'un des cas particuliers de l'autoexclusion.

⁷ -Furtos J.in : les cliniques de la précarité, chapitre 11, Masson, 2008

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

VII- Intervenir dans les situations de Diogène

Voici un exemple de coaching exemplaire⁸. Il y en a un bailleur HLM à Rennes, Aiguillon-Assistance, qui a intégré depuis longtemps une psychologue dans ses équipes. L'une de ses interventions est racontée par Valérie Léger, cette psychologue. C'était une femme et sa fille qui n'étaient pratiquement pas sorties depuis 20 ans, en incurie à domicile. Déjà il y a 10 ans, quand il aurait fallu faire des travaux collectifs au niveau des interphones, on n'avait pas pu les réaliser pour elles après qu'elles aient menacé de se jeter par la fenêtre si on les intrusait. 10 ans plus tard, il s'agissait de refaire les fenêtres, et il fallait absolument rentrer. Valérie Léger a été en mission pour tenter de régler cette situation ; elle en a parlé avec le CMP du secteur. Dans leur appartement, il y avait « des milliers » de revues sur le foot, « des milliers » de vaporisateurs d'Evian. L'électricité avait été coupée et elles s'éclairaient à la bougie ; s'éclairer à la bougie avec du papier journal, vous voyez le risque. Les logeurs n'ont pas fait n'importe quoi : d'abord ils ont négocié du côté du risque d'incendie, et avec l'argent de la mère donné en liquide, ils ont payé l'EDF pour elle, car elle ne pouvaient pas sortir pour aller payer; ils sont allés payer car c'est moins dangereux d'avoir l'électricité que des bougies quand on a des journaux amoncelés à la maison... Ils ont fait ce pour quoi ils n'étaient pas payés, être la petite main qui règle l'électricité. Et puis, s'ils ne pouvaient pas tout déménager, il fallait tout de même en déménager une partie, mais ces dames ne voulaient absolument pas que leur amoncellement, un collectionnisme propre, sans microbes, qui montait jusqu'au plafond, aille directement dans les poubelles. Là encore, ils ont négocié : il y avait un appartement vide à côté du leur, et les bailleurs ont accepté de faire un transfert, ce qui est normalement défendu : ils ont transféré une partie des objets amoncelés dans l'appartement vide, et de là ils les ont mis à la poubelle. Ces femmes ont pu continuer à vivre dans une normalité relative ; le CMP avait préconisé ne pas les hospitaliser, si possible, pour éviter la décompensation d'un équilibre précaire. Ce qui frappe dans cette histoire, c'est la créativité de l'agence HLM et sa capacité de transgression validée pour le bien des usagers⁹, ces deux femmes dans leur environnement, en évitant le risque d'incendie. Les fenêtres ont pu être rénovées. **L'un des principes du coaching, c'est, on le voit, d'arriver à un juste compromis entre le respect du symptôme et les exigences de la vie sociale.**

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

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

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