



# Le Syndrome de Diogène

Une conférence du C.L.I.C. Métropole Nord Ouest, le mardi 8 mars 2011, animée par le **Docteur Jérôme PELLERIN**, Chef du service de psychiatrie du sujet âgé à l'Hôpital Charles Foix (Ivry-sur-Seine), à l'EPSM de l'agglomération lilloise à Marquette-lez-Lille (59).

\*\*\*\*\*

Le Syndrome de Diogène est un comportement acquis du sujet âgé : une négligence extrême de l'habitat et de l'hygiène avec accumulation d'objets, un repli sur soi, un refus d'aide.

## Négligence extrême de l'habitat & de l'hygiène avec accumulation d'objets

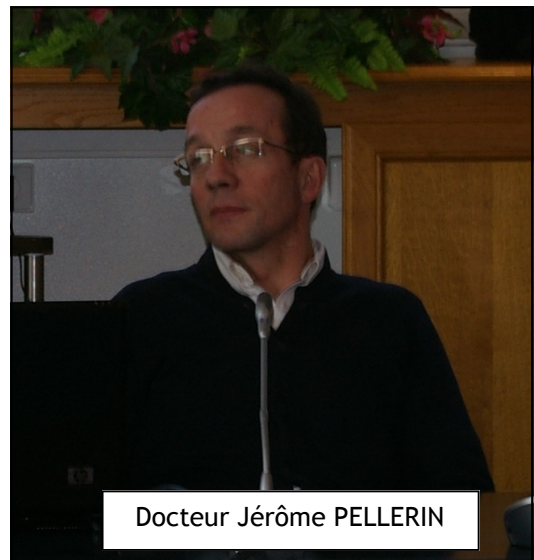
Les **S.d.D. (personnes diagnostiquées comme souffrant du Syndrome de Diogène)** sont en lien avec leur habitat, terrées, claquemurées chez elles, s'isolant du monde extérieur par une accumulation d'objets aussi divers que variés : des monceaux de papiers, de détritrus, etc. parfois même des excréments. Il y a donc des situations extrêmement impressionnantes, qui relèvent du purement archaïque.

**L'essentiel est d'accumuler des objets, de construire quelque chose qui fasse séparation avec le monde extérieur.**

Le S.d.D. vit ainsi replié sur lui-même, négligeant son habitat de façon radicale : l'accès à l'eau, à un couchage, au chauffage, etc. ne sont plus possibles dans de bonnes conditions. **L'enjeu est de réduire au minimum l'espace possible.** Il demeure chez lui mais ne veut plus rien voir de ses murs, de cette propre image de lui-même.

**Il est replié dans quelque chose qui est aussi une négation de lui-même.** Tous, par exemple dans notre façon de nous vêtir, nous

projetons quelque chose de nous. **Chez le S.d.D. tout ce qui peut rappeler la possibilité de l'interaction n'existe plus.** C'est un colmatage, de l'imaginaire même. Toute forme de pensée, d'ouverture sur le monde peut être danger.



Le **S.d.D. refuse, en toute logique, l'aide extérieure.** Le Syndrome de Diogène est un syndrome décrit par Clark en 1975 en référence au philosophe grec Diogène de Sinope (413 - 323 avant J-C). Celui-ci était le philosophe le plus célèbre de l'école « cynique ». Il recherchait la sagesse en vivant dans la pauvreté, suivant un idéal de privation, d'indépendance par rapport aux nécessités matérielles.

Finalement, on constate que cette accumulation, cette « relation » aux déchets, confine à une position de toute puissance.

## Epidémiologie

- La Fréquence est rare, de l'ordre de 5 pour 10 000 sujets de plus de 60 ans, en milieu urbain,
- Chez des personnes de 75 à 80 ans,

- Vivant seules,
- De tous niveaux socio-économiques.

Le S.d.D. est donc habituellement un sujet âgé, mais de jeunes adultes peuvent aussi être touchés, et on trouve des Diogènes focalisés, à l'adolescence par exemple...

Bien souvent quand il y a un S.d.D. il n'y a pas très loin une personne âgée.

Il est important de retenir qu'il y a toujours un « avant ».

Un des problèmes pour le psychiatre est qu'il faudrait parfois intervenir sur plusieurs générations à la fois. Les travailleurs sociaux, eux, ont cette culture, d'où l'intérêt d'un travail en réseau, d'une interdisciplinarité, d'un mélange des cultures.

Le S.d.D. a quelque chose de vital : ainsi on ne trouve pas ça chez les très vieux, d'autant qu'il faut avoir la capacité d'aller chercher les objets à accumuler.

**Avec le S.d.D. nous entrons dans un univers de soustraction.** Il y a donc cloisonnement par rapport à leur milieu et par rapport à eux-mêmes, et tous les milieux sont donc concernés. **En procédant tels qu'ils le font, il y a quelque chose qui s'annulerait d'eux-mêmes, qui se soustrairait.** Cela va au-delà de la simple coupure avec l'extérieur.

Ex : L'objet que l'on veut et qui n'est pas là, par exemple le livre qu'on veut lire. S'il ne se trouve pas à sa place, posé dans la bibliothèque, on va en être privé, mais pas en être frustré. Dans la privation il quelque chose d'absolument obturé. Je ne suis pas atteint...

Autre ex : Cette personne, qui au cours d'un entretien me dit « Docteur je suis illettré et pourtant je rêve » c'est comme si dans son esprit le rêve était une inscription comme dans l'écrit. Il est ici intéressant de noter qu'il considère que l'écriture est d'abord quelque chose qui sert à l'individu qui sait écrire. Au fond, cet homme qui n'a jamais pu écrire, devrait pouvoir écrire quelque chose de lui-même.

D'une façon habituelle on va dialectiser ce que l'on est (séparer en deux) avec notre propre image. Ex. le matin devant la glace

« J'ai une drôle de tête aujourd'hui ! ». Quelle image ai-je de moi-même ?!

**Le S.d.D. lui a pour mission de combler cette césure : ce qu'il est lui-même et l'image qu'il a de lui-même.**

Autre exemple, parfois on s'arrête pour comprendre pourquoi on se comporte de telle façon, pourquoi on est par exemple en colère : on convoque alors en soi ce qu'on croit que l'autre a d'image de nous-mêmes.

Il y a d'une part cette capacité d'aller chercher cette chose avec laquelle je vais communiquer, et cette part d'imaginaire à laquelle on fait appel.

**Pour le S.d.D. il n'y pas d'autre ! Même pas en moi ... Il se recentre complètement sur lui-même. S'il se cherchait ce serait déjà chercher quelque chose de lui-même.**

## Description Clinique

- L'alerte est donnée par les services sociaux (parfois par une pathologie dermatologique),
- Logement dans un état d'extrême saleté et en complet désordre, dépassant le seuil de tolérance de la communauté voisine (danger, odeur...),
- Accumulation d'objets hétéroclites (Syllogomanie),
- Animaux domestiques mal soignés,
- Réputation de querelleur(se) ou de suspicieux(se),
- Négligence corporelle, vêtements sales,
- Refus obstiné d'aide, voire agressivité,
- Alcoolisme possible ou troubles psychiatriques non évolutifs,
- Absence de culpabilité, de honte ou d'explication rationnelle à cette situation,
- Personnalité particulière (anxiété, humeur morose, attitude de retrait...),
- Possible Diogène à deux (Diogène par procuration).

## L'Hospitalisation

Le S.d.D. ne veut pas aller à l'hôpital, car il sait que dans ce lieu aseptisé il ne pourra pas continuer « son Diogène ». On peut intéresser le S.d.D. en lui expliquant qu'en l'hospitalisant on va être en mesure de soigner ses plaies, d'enrayer sa dénutrition. C'est de l'ordre de sa survie et c'est donc important pour lui.

L'hospitalisation survient malheureusement souvent dans un moment de précipitation et peut marquer une certaine rupture pour le patient.

Il y a d'abord une accumulation d'interventions, un moment où tous, dans la limite de leurs compétences, se renvoient la balle : Que faire ? Qui va le faire ? Ce n'est plus supportable pour le voisinage, ce n'est plus vivable sans danger pour lui.

Soudain la décision est prise et tout va très vite. Tandis que le S.d.D. est envoyé à l'hôpital les lieux sont vidés, stérilisés.



Diogène de Sinope

**En réalité il n'y a rien de mieux qu'une hospitalisation très progressivement instaurée, préparée, et il est indispensable de continuer à suivre le S.d.D lorsqu'il est à l'hôpital,** de ne pas cesser de s'en occuper. Il faut restaurer un peu de continuité. Le paysage, l'environnement stérile peut ne faire qu'obstruction.

**L'animal domestique est souvent un alibi pour ne pas aller à l'hôpital.** L'enjeu est de comprendre ce que signifie le lien avec le chat ou le chien. **En montrant de l'intérêt pour un animal, finalement il montre de l'intérêt pour son environnement.**

Plutôt que de tenter de rassurer le S.d.D en lui disant : « Pas de soucis on va trouver quelqu'un pour s'en occuper... », il est plus adroit de l'impliquer : « Et qu'est-ce qu'on pourrait faire avec votre chien d'après vous ? ».

## L'Alcool

Souvent il y a l'alcool et là aussi c'est une manière d'annuler quelque chose de soi-même.

**L'alcool permet au S.d.D. d'être autrement et cet autrement est plus valorisé.** Il faudrait donc un produit toxique pour être mieux... L'alcool pourrait ainsi aider à sortir de cette position d'accumulation ? Il ne faut donc pas dire : « Et en plus il s'alcoolise ! », car peut-être, au fond, qu'il s'alcoolise pour en sortir. Il est ainsi faux de croire que tous les problèmes s'accumulent. **Parfois il y a des problèmes qui sont des solutions que la personne va trouver.**

## Absence de Culpabilité

Il n'y a pas de honte, pas de culpabilité dans le comportement du S.d.D. Mais on ne peut pas s'intégrer dans la logique de tout un chacun. **Nous avons tous un peu de culpabilité, elle est un outil d'intégration. Et le S.d.D. lui n'en a pas,** il est donc inutile de se comporter avec lui en redresseur de torts : « Vous n'avez pas honte ?! ». Non, il n'a pas honte... Mais si on sent chez lui poindre un soupçon de ce sentiment, il faut le souligner, l'encourager habilement : « Vous devez quand même vous sentir un gêné quand quelqu'un vient chez vous ? ». Avec le S.d.D. pas de positions normalisantes, moralisatrices, éradiquantes, etc. donc. Au contraire, il faut laisser de l'espace pour que l'accumulation se défasse.

Personnalité particulière : chez le S.d.D., contrairement au dépressif, il n'y a rien pour « appeler l'autre ». Le dépressif, quand il n'y arrive plus, fait des tentatives de suicide.

## Evaluation cognitive :

- Q.I. normal,
- Possibilité d'une démence pour 20 à 80 % des sujets,
- Lien avec une DFT ? (Démence Fronto-Temporale).

## Etiopathogénie - Mécanisme causal de la maladie :

Non consensuelle...

Réaction « naturelle » à un stress :

- >Retrait de la vie sociale et déni du besoin,
- >Deuil impossible.

Evolution liée au vieillissement :

->Accentuation et projection extérieure d'un sentiment de délabrement interne,

Construction d'une enveloppe « protectrice »,

Mode de vie relevant du libre choix (le libre choix est plus fort que l'intentionnalité),

Diogène portatif ? Il y a des personnes qui n'ont plus de « chez eux » mais qui accumulent et emportent tout dans un caddy...

### Le vieillissement... La finitude

**Je ne trouverai pas une manière de ne pas avoir à vieillir, de ne pas avoir à penser à la fin.** Il faut accepter que le monde va continuer après moi, après ma mort. C'est un renoncement nécessaire. **Et les personnes âgées sont obligées d'accepter cela maintenant, la réalité de leur finitude est plus prégnante,** avec peut-être de la nostalgie, le regret de toutes ces choses qui n'auront pas été faites...

Chez toute personne âgée il y a des équilibres variables. Chaque individu aménage la manière avec laquelle il se prépare à se séparer de lui-même et on pourrait imaginer qu'il y a quelque chose qui ne sera pas convoqué. Il y aurait « traumatisme », quelque chose qui fait trou. Alors l'individu va essayer de colmater. Le vieillissement serait une occasion de séparation. **Le S.d.D. aurait un effet d'annulation de cette peur de la fin.**

### La prise en charge

Elle est difficile, avec un questionnement éthique.

- L'hospitalisation est souvent en HDT, souvent sans contrainte. Il faut restaurer un peu de continuité entre eux et la société,
- On peut assurer un suivi au domicile, créer un espace relationnel de confiance,
- Soutien dans le travail de deuil,
- Mesure de protection des biens,
- Pronostic ( ? ) : 50 % de décès à 5 ans.

Il faut aussi, au nom du lien social, savoir accepter de se séparer de l'individu.

\*\*\*\*\*

### Conclusions

Il faut travailler ensemble, médecins et services sociaux.

Plusieurs hypothèses ou « impressions générales » :

Décompensation psychiatrique d'une personnalité pré-morbide,  
Comportement réactionnel,  
Démence fronto-temporale ?

Trouble symptomatique ou entité autonome ?  
Le sujet comble-t-il un vide ou se protège-t-il d'un environnement perçu comme hostile ?  
Il y a des problèmes éthiques. Chaque professionnel doit trouver les limites de son intervention.

Avec le S.d.D. il faut aussi laisser libre court à la créativité. Il n'y a pas à ce jour de partition, et on doit travailler ensemble, professionnels du milieu médical et du milieu social, comme dans un orchestre.  
Le but n'est pas d'arrêter le Diogène, mais que ça continue de façon moins coûteuse.

Nathalie MATHIS – [www.alixcom.net](http://www.alixcom.net)  
Écrits Journalistiques & de Communication