

Sous la direction de
Laurence Hugonot-Diener **et** Matthieu Piccoli

Le syndrome de Diogène

Comprendre et soigner

Préface de **Réjean Hébert**



+ EN LIGNE



Échelles d'évaluation et de diagnostic
Vidéos

Le syndrome de Diogène

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre des pratiques et de théories d'orientation très diversifiées.

Le syndrome de Diogène

Comprendre et soigner

Sous la direction de **Laurence HUGONOT-DIENER**
et **Matthieu PICCOLI**

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2023
Rue du Bosquet, 7 – B1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : mai 2023
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/066

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-4175-3

Sommaire

Les compléments numériques	6
Préambule	7
Mode d'emploi	11
Préface	13
CHAPITRE 1 Historique et point sur la question	15
CHAPITRE 2 La clinique des syndromes de Diogène	31
CHAPITRE 3 Le diagnostic étiologique	65
CHAPITRE 4 Évaluation de la situation	91
CHAPITRE 5 Les traitements	167
Conclusions	197
Bibliographie	201
Les auteurs	219
Table des matières	221

Les compléments numériques

Au fil de votre lecture, repérez les ressources numériques disséminées dans l'ouvrage :

- des vidéos 
- des documents 
- des sites Web.

Pour y accéder :

Flashez le code avec votre
téléphone ou votre tablette



OU

Tapez l'URL
dans votre navigateur



Préambule

Daniel Pennac, romancier connu des médecins surtout pour son *Journal d'un corps* (2012) et *Ancien malade des hôpitaux de Paris* (2012), est un ami. Lorsque nous avons échangé avec lui sur ce projet de livre, il nous a posé une série de questions particulièrement pertinentes, que tout le monde se pose et qui permettent aussi de comprendre la volonté de publier cet ouvrage inédit dans le monde francophone : faire un état des connaissances, théoriques et pratiques, sur ce syndrome¹.

Daniel Pennac. Le syndrome de Diogène : que recouvre cette pathologie au nom si philosophiquement prometteur ? On connaît tous Diogène et son tonneau, l'expression « Ôte-toi de mon soleil », etc. Mais qu'est-ce qui vaut à Diogène l'honneur de désigner une pathologie qui, semble-t-il, n'a pas grand-chose à voir avec sa sagesse ?

L. Hugonot-Diener. D'abord, ce n'est pas une pathologie, mais un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de symptômes constituant une entité et caractérisant un état pathologique. Bien qu'il n'y ait pas de consensus, le symptôme principal est l'opposition. Le patient ne veut rien alors qu'il a besoin de tout. On ne peut parler de syndrome de Diogène qu'en présence de ce symptôme. Les autres symptômes rencontrés ne sont pas systématiques : un rapport curieux aux choses que le patient accumule ou, au contraire, le vide ; mais aussi une hygiène physique négligée ou normale et un sentiment de misanthropie présent ou absent. Ils sont en effet souvent misanthropes, c'est-à-dire qu'ils pensent que toutes les personnes qui viennent les voir ou qu'ils rencontrent sont des crétins. Surtout ce médecin qui l'interroge et demande comment il va, s'il a besoin d'aide. C'est peut-être ce côté asocial qui vaut à ce syndrome le nom de Diogène.

DP. Dans une conversation antérieure, tu me disais : « C'est une sorte de Bartleby² »...

1. Ensemble de symptômes constituant une entité et caractérisant un état pathologique.
2. Personnage de la nouvelle éponyme d'Herman Melville parue en 1853. Bartleby, un copiste consciencieux et taciturne, révèle un jour une autre part de sa personnalité en refusant tous les travaux que lui demande son patron, pour cesser finalement de travailler, mais aussi de sortir de l'étude, où il dort, ne se nourrissant que de biscuits, et refusant même son renvoi par son employeur.

LHD. Oui, c'est ça. Il ne veut pas d'aide, refuse tout et rejette le contact avec les autres.

DP. Mais un Bartleby qui accumule, c'est pratiquement le contraire du Bartleby de Melville. C'est un Bartleby qui désirerait tout et ne se déferait de rien.

LHD. Oui, c'est vrai, mais dès qu'on lui propose quelque chose, « il préfère ne pas... » par anosognosie³, car selon lui... il va bien !

DP. Parmi tes patients manifestant un syndrome de Diogène, en est-il qui sont père ou mère de famille ?

LHD. Oui, quelques personnes ont des enfants, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. En outre, ces personnes sont très asociales et ont souvent rompu tout lien avec leurs enfants, parfois jusqu'à prétendre qu'ils sont décédés. Parfois, les enfants sont très démunis et continuent à tenter d'aider leur parent du mieux qu'ils le peuvent. Cela sera développé dans le livre.

DP. De quoi dépend ce syndrome ?

LHD. Ce syndrome va dépendre de la pathologie qui sous-tend tout ça puisqu'il y a différentes pathologies, comme nous le développons dans ce livre.

DP. Le syndrome peut-il se déclarer dès la prime jeunesse ?

LHD. Oui, cela peut se développer dès l'adolescence même parfois. Toutefois, en tant que gériatre, je vois peu d'adolescents. Ce qu'il est important de noter, c'est que la raison pour laquelle nous, les gériatres, voyons davantage de patients avec un syndrome de Diogène, c'est aussi la perte du soutien socio-familial, les « porteurs de paniers » qui s'épuisent, décèdent...

DP. Le syndrome touche-t-il autant les femmes que les hommes ? Quand j'en entends parler, j'ai toujours l'impression qu'il est masculin.

LHD. Il y a beaucoup d'hommes, mais il y a aussi des femmes. Les deux sexes sont concernés mais on ne sait pas dans quelle proportion.

DP. Le niveau social ou culturel du patient joue-t-il un rôle dans l'émergence du syndrome ? Y a-t-il autant de Diogène chez les intellectuels que chez les ouvriers, par exemple ?

LHD. Alors ça non plus, on ne le sait pas. Je ne peux que constater que ceux que je vois sont en général d'un très bon niveau social. Ce sont souvent des gens qui ont été très brillants, intelligents, même s'ils sont atteints d'une pathologie neurodégénérative ou psychiatrique...

DP. Question bête : quelle différence y a-t-il entre un syndrome de Diogène et un collectionneur distingué ?

LHD. Il est davantage difficile d'encombrer cent cinquante mètres carrés d'appartement qu'un studio de dix mètres carrés, mais en vérité, ce n'est pas

3. Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint.

le niveau social qui a le plus d'impact dans le syndrome de Diogène, c'est bien le retentissement sur l'espace de vie (les accumulations rendent impossible l'usage du lit, des chaises...), et les collectionneurs ont souvent une limite, ou sont capables d'échanger des objets, considérant que ces objets peuvent avoir des valeurs différentes. Pour une personne avec un syndrome de Diogène, tout objet a, parfois, une valeur inestimable. Un collectionneur qui ne se fixerait plus de limite et dont la collection envahirait tout son espace de vie pourrait avoir un trouble d'accumulation compulsive (TAC). Il y a de plus en plus d'hypothèses sur une atteinte du cortex préfrontal dans ces comportements, mais cela n'est pas encore confirmé de manière formelle. Tu pourras mieux le comprendre en lisant le chapitre 3.

DP. S'est-on posé la question de savoir si cette rétention d'objet aurait à voir avec une sorte de refus d'oublier ?

LHD. Certains l'affirment : « Je garde tout parce que j'ai besoin de tout ça autour de moi, pour me sentir bien... » Et pour eux, c'est extrêmement douloureux quand ils doivent s'en séparer. Pourtant souvent les objets n'ont aucune valeur. Certains font les poubelles, ce sont des glaneurs, que tu croises avec leur caddie rempli d'objets sans valeur qu'ils ramènent chez eux.

DP. Comment s'exprime leur douleur en dehors du fait même de l'accumulation ?

LHD. Cela dépend de la maladie à l'origine du syndrome. Mais à cause de cette incurie⁴, souvent, ils risquent d'être expulsés ou sont obligés de vider et nettoyer leur logement. Ils vivent ces injonctions comme une véritable persécution. Après le nettoyage, ils ont le sentiment d'avoir été volés, violés...

DP. Sait-on si les traumatismes déclencheurs sont de natures différentes chez ceux qui accumulent et chez ceux qui, au contraire, font le vide autour d'eux ?

LHD. C'est une question très pertinente qui mérite elle aussi une étude sur le sujet. Aujourd'hui, on ne peut pas répondre à cette question avec certitude, même s'il existe des hypothèses sur un dysfonctionnement du cortex préfrontal (voir le rapport de l'Académie de médecine, Dubois *et al.*, 2021). Mais nous sommes rarement appelés dans ce genre de cas, car ceux qui jettent dérangent moins.

DP. Avez-vous établi des constantes dans les modes d'explication qu'utilisent les patients ?

LHD. Non, encore une fois, cela varie selon la pathologie qui est à l'origine du syndrome. Certains nous disent : « Mais tout ça, c'est important pour moi. » Donc, à chaque fois, ils soulignent l'importance des choses. Et puis le fait qu'ils se sentent volés, violés : « *Mais ça, c'était des choses que j'aimais. On n'avait pas le droit de me les prendre. C'est vrai... Au nom de quoi on me les prend ? Ils me volent ma vie...* » Un de ces patients s'est suicidé.

4. Manque de soin et d'organisation.

DP. Si j'ai bien compris, le patient investirait symboliquement tous les objets ? Il serait victime d'une hyper symbolisation ? Plus rien n'est neutre ? Tout objet est investi d'une charge affective dès lors qu'il s'en empare ? C'est ça ?

LHD. Oui on peut dire ça pour certains, cela dépend de la pathologie qui est à l'origine du syndrome.

DP. Question archibasique : pourquoi écrivez-vous ce livre ?

LHD. Parce que ce syndrome est très difficile à supporter pour tout le monde : les patients, les familles, l'entourage, même les voisins qui peuvent en arriver à porter plainte, sans parler des services médicaux et des services sociaux. Personne ne sait comment réagir, tout le monde se sent en échec face à ces situations. On a donc grand besoin de se mettre tous ensemble pour travailler.

DP. Quelle littérature existe sur ce syndrome de Diogène ?

LHD. Cette littérature est riche et contradictoire. Il existe de nombreux articles mais beaucoup de questions demeurent sans réponse. Il est vraiment nécessaire de travailler tous ensemble, de faire des études pour mieux comprendre et améliorer les choses.

DP. Ces gens qui accumulent chez eux, et qu'on déclare asociaux par le fait de cette accumulation, vivent néanmoins dans une société qui est elle-même une société de l'accumulation. Et ceux qui éliminent tout vivent dans une société où, plus rien ne se réparant, tout se jetant, est aussi une société de l'élimination. D'une certaine façon, notre société est atteinte des mêmes syndromes d'accumulation et d'élimination, non ?

LHD. Oui, c'est vrai...

DP. Pourrait-on imaginer une recherche qui aille dans la direction d'une comparaison entre ces syndromes d'accumulation et d'élimination touchant des individus, et le mode de production/élimination tout aussi radical de notre société ? Peut-on supposer qu'il y ait un lien ?

LHD. Ce serait certainement très intéressant !

DP. La plupart des personnages mythiques de nos littératures sont ce qu'on pourrait appeler des « désirants », pour beaucoup d'ailleurs victimes de leurs désirs. La liste en serait interminable : Phèdre, Richard III, Werther, Emma Bovary, Othello, Anna Karénine, Don Giovanni, etc. Mais, nombreux aussi sont les non-désirants absolus : le Bartleby de Melville, le Meursault de Camus, l'Oblomov de Gontcharov, l'homme qui dort de Perec, certains personnages d'Antonio Moresco, etc. Et puis, il y a ceux qui cherchent à comprendre. Ou, pour le dire autrement, *qui désirent comprendre*. Il me semble que tes auteurs et toi faites partie de cette catégorie. Comme le notaire de Melville dans *Bartleby le scribe*. J'adore ce notaire et tous ceux qui usent leur raison à saisir les pourquoi de la déraison.

Mode d'emploi

Ce livre est à considérer selon plusieurs angles. Il cherche à rassembler, en un seul ouvrage, l'origine des descriptions de ce syndrome, puis à développer, selon un aspect théorique accessible au public des professionnels de santé, la conduite à tenir sous l'angle sanitaire, mais aussi, selon un aspect pratique accessible au public des professionnels du monde social, les aspects pragmatiques à mettre en œuvre, le tout en tenant compte du cadre juridique propre à chaque pays ainsi que la responsabilité éthique de chaque intervenant.

Pour rester accessible à tous, ce livre se dote d'encadrés qui insistent sur des points importants ou reprennent des sources plus académiques.

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait qu'il n'y a pas de consensus international sur le syndrome de Diogène, ce qui nous amène, pour tenter de respecter la pluralité des points de vue, à maintenir, dans cet ouvrage, des passages qui peuvent sembler être redondants, mais qui sont en réalité des précisions déplaçant le point de vue. L'idée est aussi que les chapitres pourraient se lire de manière indépendante les uns des autres.

Le syndrome de Diogène : un défi diagnostique et éthique

J'ai découvert le syndrome de Diogène alors que j'étais interne dans le service de gériatrie du professeur Robert Hugonot à Grenoble au début des années 1980. Nous avons admis une patiente, repérée par les services sociaux, qui vivait isolée dans un logement insalubre où s'entassaient de vieux journaux. Le professeur Hugonot m'avait alors signalé l'article de Clark, Mankikar et Gray (Clark *et al.*, 1975) de l'équipe de Brighton publié quelques années plus tôt qui décrivait le syndrome de Diogène.

Plusieurs années plus tard, dans ma pratique de gériatre, j'ai développé un service d'évaluation gériatrique à domicile dans le cadre d'un hôpital de jour à Sherbrooke (Québec). C'est dans ce contexte que j'ai pu évaluer dans leur milieu de vie quelques cas correspondant au syndrome de Diogène. Une dame de 80 ans qui vivait dans sa maison isolée sans chauffage, en plein mois de janvier, et qui présentait des troubles cognitifs modérés. Une autre qui avait des hallucinations visuelles complexes non anxieuses: elle voyait de petits enfants lui rendre visite plusieurs fois par jour. Et une dernière, bien éduquée, dont la maison était remplie de piles de revues et journaux de toutes sortes avec de petites tranchées menant de la cuisine à la chambre à coucher et à la salle de bain.

Comme vous le verrez à la lecture de ce livre, ces trois cas illustrent différentes formes du syndrome: deux cas secondaires à une maladie dégénérative ou psychiatrique et un cas avec une forme primaire.

Ce syndrome pose des enjeux diagnostiques et éthiques qui sont bien abordés dans ce livre. Diagnostiques d'abord, car ce syndrome reste mal défini sur le plan diagnostique. La bible du diagnostic psychiatrique, le DSM-5, ne retient que le syndrome d'entassement ou d'accumulation (*Hoarding Disorder*) classé dans les troubles obsessionnels compulsifs de thésaurisation pathologique ou syllogomanie¹.

1. Les personnes atteintes de syllogomanie (thésaurisation pathologique) ont toujours une telle difficulté à jeter ou à se séparer de leurs biens que les objets s'accumulent et encombrement les espaces de vie au point de les rendre invivables.

Le DSM ne considère pas l'anosognosie qui induit une absence de demande d'aide, ni la négligence corporelle et l'isolement, voire la misanthropie comme des critères diagnostiques. Ces manifestations faisaient pourtant partie du quatuor diagnostique de l'équipe de Brighton. La description *princeps* reste utile d'un point de vue clinique car elle permet d'aborder le patient avec une approche globale et de rechercher les manifestations secondaires. Le livre propose toute une batterie d'outils pour appréhender les composantes de ce syndrome complexe.

Si le traitement de cette condition est surtout symptomatique, ce syndrome place souvent le clinicien sur le plan éthique devant un dilemme difficile à résoudre : quand et comment intervenir ? Ces patients ont choisi un mode de vie qui s'écarte de la norme sociale. Jusqu'où doit-on respecter leur liberté fondamentale ? Quand doit-on intervenir pour les relocaliser, voire les institutionnaliser ?

Les comparaisons des législations internationales présentées dans ce livre permettent de délimiter le cadre légal. Bien que toutes issues du code Napoléon, les lois civiles ont évolué un peu différemment. Le respect total de la volonté de la personne du cadre québécois n'a de limite que le danger imminent pour soi ou les autres. Mais l'évaluation de ce danger n'est pas sans difficultés et nécessite une appréciation somme toute assez subjective. Quel droit avons-nous comme professionnel de brimer la liberté d'une personne qui vit en marge de la société dans des conditions qui, certes, ne correspondent pas aux standards sociaux, mais répondent aux choix d'un individu libre ?

Le même dilemme se pose d'ailleurs devant des itinérants qui refusent l'aide sociale ou les refuges. Quand devons-nous faire intervenir les pouvoirs publics ou sanitaires au risque de voir ces patients expulsés de leurs logis improvisés ? Que deviendront-ils lorsqu'ils seront déracinés dans des milieux, certes plus sains, mais qui ne correspondent pas à leur volonté ? Toutes ces questions sont aussi abordées dans ce livre qui propose un cadre légal et éthique pour soutenir la prise de décision.

Cet ouvrage apporte une contribution importante à la connaissance de ce syndrome souvent d'apparition tardive et dit « gériatrique », car les comorbidités fréquemment associées à l'avancée en âge s'ajoutent aux facteurs de vulnérabilité des pathologies plus précoces associées à ce syndrome. On y trouve rassemblées l'ensemble des connaissances nécessaires à l'identification de ces patients et à leur management, tant médical que psychosocial.

Réjean Hébert

MD, MPhil, Gériatre

Professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

2. Note des auteurs sur le cadre québécois : les pays francophones ont une législation relativement équivalente sur les soins sous contrainte. L'autonomie de la personne est considérée supérieure, ce qui fonde, d'ailleurs, le droit au refus des soins, sauf dans les cas où son consentement est altéré ET où elle se met en danger ou met en danger autrui.

CHAPITRE 1

Historique et point sur la question

Définition et historique

Laurence Hugonot-Diener, Matthieu Piccoli

La définition la plus communément retenue aujourd'hui est que le syndrome de Diogène (SD) correspond à des situations dans lesquelles une personne vit dans un domicile insalubre en refusant les aides proposées. Ce syndrome reste controversé. Il inclut habituellement au moins quatre signes :

- La personne ne demande rien alors qu'elle aurait besoin de tout ;
- Elle a une relation inhabituelle aux choses ;
- La relation aux autres est de type misanthropie ;
- Et, enfin, la personne présente une négligence corporelle.

Les premières descriptions de l'incurie en psychiatrie ressemblant à ce qu'on appelle maintenant le syndrome de Diogène ont été effectuées par Ernest Dupré. Il donnera à sa publication un titre marquant : *Les mendiants thésauriseurs*. Il utilise cet oxymore pour rendre compte de la présence « paradoxale de la misère et de la richesse ». Il est le premier à signaler que la précarité peut se différencier radicalement de la pauvreté.

Son article, paru en juin 1913 dans le *Paris Médical*, a été par la suite reproduit dans un chapitre de son livre publié en 1925 (Dupré, 1925). Son étude descriptive est celle de seize situations parues dans la presse quotidienne sur une période de plusieurs années. Sa pratique quotidienne de psychiatre à l'infirmerie psychiatrique du dépôt de la Préfecture de police de Paris, « l'i3p », le conduit à voir, malgré la diversité des seize situations, des récits « calqués les uns sur les autres » et des « lois psychologiques qui conduisent avec un déterminisme invariable à la genèse de ces situations ». On retrouve à chaque fois

une anesthésie aux besoins ordinaires et une privation volontaire de soins. Il remarque que cette absence n'empêche pas les personnes étudiées d'arriver à un grand âge en raison d'une «étonnante vitalité» et d'une «absolue indifférence aux privations et aux pires situations». Ils habitent dans des «taudis insalubres saisissants d'horreur avec une tendance à collectionner de multiples objets dépourvus d'utilité». Ils sont «habillés de guenilles très sales».

La description *princeps* de Dupré contient l'essentiel. Elle restera peu connue pendant trente-deux ans. Le terme générique de «mendiants thésauriseurs» est cependant peu justifié, car parmi les seize personnes accumulatrices, seules quatre d'entre elles pratiquaient la mendicité.

Parmi les situations, on retrouve une dyade (un père âgé et sa fille d'âge mûr), dix hommes et sept femmes entre 51 ans et 90 ans. L'article de Dupré fait aussi état d'une gravité extrême de ces descriptions. En effet, huit dépouilles ont été découvertes, ces personnes étant décédées recluses à leur domicile, quatre en situation de dénutrition extrême, une décédée d'une asphyxie dans un incendie, et les causes du décès des autres personnes étaient soit le froid, la faim ou l'incendie de leur logement. Dupré signale que certaines de ces personnes n'étaient pas démunies, voire qu'elles étaient très riches.

Il relève même le paradoxe de l'ancienne profession de l'un d'entre eux, qui était blanchisseur. «Ils meurent dans des conditions lamentables, très âgés au milieu des preuves d'une vitalité acharnée», au terme d'une «étrange odyssée avec des voisins qui peuvent se cotiser pour déposer une couronne». Bien que seul un quart de son échantillon de thésauriseurs pratique la mendicité, il intitule son article «les mendiants thésauriseurs» pour souligner que la mendicité, signe habituel de pauvreté, peut aussi être le seul signe extérieur de la richesse cachée d'un avare.

Bien plus tard, la première publication scientifique apportant la notion d'un effondrement social ou syndrome de rupture sociale survenu au cours de la vie est celle de Duncan Macmillan, en 1957 (Macmillan, 1957). Cet auteur attire l'attention sur ce type de situations qu'il nommera tantôt «*Social Breakdown*», tantôt «*Senile Breakdown*».

Gruenberg (Gruenberg, 1967) reprendra le concept de «*Social Breakdown*» pour lui donner le statut d'un syndrome qu'il nomme «*Social Breakdown Syndrome*» et qu'il considère comme l'aboutissement d'un long processus, au bout duquel peut apparaître une incurie majeure à l'âge mûr, voire âgé (Reyes-Ortiz, 2001).

D'où vient le nom de syndrome de Diogène? Il faut attendre 1975 pour que le terme de syndrome de Diogène soit utilisé pour présenter une étude clinique décrivant trente personnes âgées ayant une attitude de négligence de soi et de leur domicile dont deux thésaurisaient en acceptant la nourriture et les vêtements donnés par des voisins sympathiques, et dont six seulement avaient un comportement d'entassement.

Après Dupré et Mc Millan, Allison N. Clark a elle aussi tenté de démontrer l'unicité de ces situations. Elle sera la première à utiliser ce nom dans son article de 1975, *Diogenes syndrom* (Clark *et al.*, 1975).

Même si la référence à Diogène de Sinope (voir encadré p. 18), philosophe grec du IV^e siècle av. J.-C., associe à ce syndrome un nom immédiatement évocateur, de manière inattendue, Clark se contente d'une note en bas de page pour résumer en trois phrases les caractéristiques des philosophes cyniques. De plus, même si le terme « syndrome » est annoncé dans le titre, l'article emploie le conditionnel pour indiquer qu'il s'agit d'un tableau médico-social qui « pourrait représenter un syndrome ».

Dès lors, toutefois, sont posées deux prémisses.

La première : il s'agit de l'association de plusieurs symptômes dominés par une forme d'incurie corporelle. Clark ne fournit pas la liste des symptômes devant être présents, mais donne à son article le sous-titre « *gross neglect* ». Ce faisant, elle annonce ainsi que son étude porte sur des situations caractérisées par une négligence globale, flagrante d'incurie. Les trente observations présentées sont comparables aux seize répertoriées antérieurement par Dupré. L'habitat est décrit comme toujours sale, en désordre, avec un volume d'entassement qui dans 20 % des cas réduisait sévèrement l'espace de vie. La présentation corporelle est rapportée dans tous les cas comme sale/négligée. Ces patients vivent seuls dans 94 % des cas et refusent l'aide proposée dans 33 % des cas.

La seconde : il ne s'agit pas d'une pathologie uniciste puisqu'elle évoque une multitude de comorbidités, aiguës et chroniques, ainsi que plusieurs étiologies possibles pour expliquer les symptômes, notant même un « haut niveau de préservation intellectuelle ».

Malgré l'absence d'argument justifiant l'usage du nom « Diogène » et malgré l'absence de critères définissant un véritable syndrome, cette dénomination « syndrome de Diogène » sera adoptée par tous les pays et utilisée dans les multiples études scientifiques en France, au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Allemagne, en Espagne, en Argentine, en Israël et en Australie. Toutefois, en l'absence de critères opérationnels et consensuels, le revers de ces publications a été le développement d'un syndrome de Diogène ayant autant de définitions que d'auteurs ou presque.

À la suite de A. Clark, de nombreux auteurs de différents pays ont donc utilisé à leur tour la dénomination « syndrome de Diogène » en décrivant de nombreux cas cliniques, contribuant ainsi à montrer sa dimension universelle³.

La dernière étude, publiée par Ito, porte sur 270 patients au Japon. La conclusion, en forme de critères diagnostics, est la suivante : ces personnes étaient des « personnes âgées isolées, vivant seules, avec une démence avancée,

3. Par ordre de date de publication, en Espagne (Melendro *et al.*, 1976), en Allemagne (Klosterkötter & Peters, 1985), en Israël (Rosenthal *et al.*, 1999), aux États-Unis (Reyes-Ortiz, 2001), en France (Lebert, 2005; Lebert & Pasquier, 2008), en Argentine (Montero-Odasso *et al.*, 2005), en Australie (Byard & Tsokos, 2007) et au Japon (Ito *et al.*, 2022).

une indépendance fonctionnelle réduite sur les actes basiques de la vie quotidienne et un risque élevé de décès précoce. [...] avec un risque élevé pour la santé mentale, sociale et physique. Aussi, confrontés à ces situations, nous devons conduire une évaluation complète de sorte d'identifier les besoins, y compris pour la santé physique ».

On confirme, avec cette dernière description, l'absence d'une pathologie unique expliquant le syndrome de Diogène.

L'analyse de la littérature permet de distinguer deux types de présentations :

1. La première, en l'absence de pathologie explicative, se présentant sous la forme d'un syndrome de Diogène dit primaire (Ungvari & Hantz, 1991) ;
2. La seconde, dite secondaire (Reyes-Ortiz, 2001), avec une association de nombreuses pathologies (Gruenberg, 1967). On retrouve notamment dans les comorbidités associées des troubles neurocognitifs majeurs, en particulier une démence lobaire fronto-temporale (Lebert, 2005), une psychose (Macmillan & Shaw, 1966) ou un trouble obsessionnel compulsif (Samuels *et al.*, 2007).

L'intérêt de la terminologie « syndrome de Diogène » a ainsi été d'attirer l'attention sur ces situations médico-sociales tout à fait spécifiques, même si ce terme a été critiqué car Diogène vivait dans la rue avec le principe de ne rien posséder, tout en mendiant et en acceptant les aides proposées (Marcos & Gómez-Pellín, 2008). L'autre inconvénient à nommer un phénotype clinique du nom d'un personnage unique est de faire croire à l'existence d'une situation unique, avec une définition univoque, alors qu'il existe en fait une très grande diversité de situations avec des motifs communs. Toutefois, nous verrons dans l'encadré ci-dessous que de nombreux éléments de vie de Diogène peuvent contribuer à expliquer le choix de cette terminologie tout en questionnant également certains éléments éthiques, qui seront développés dans le chapitre 4. Enfin, s'il n'est pas nécessaire de maîtriser la totalité de la pensée philosophique cynique pour aider à accompagner des personnes atteintes de ce syndrome, avoir quelques éléments pour s'y rattacher est sans doute un atout au service des professionnels de terrain, à l'instar des nombreux « ponts » entre la philosophie et la psychologie (par exemple, la « maïeutique socratique » qui cherche à extérioriser des éléments que des penseurs ultérieurs ont appelés « inconscient » ou la symbolique contenue dans la plupart des mythes antiques).



Qui était Diogène de Sinope ?

Diogène de Sinope (413 à 327 avant J.-C.), dit Diogène, est originaire d'une cité grecque implantée sur la rive sud de la mer Noire, actuelle Turquie. Disciple d'Antisthène, il est le philosophe grec le plus célèbre de l'école des cyniques. Pour certains, le terme

cynique provient du grec ancien κυνικός (*kunikos*, qui signifie chien), tandis que pour d'autres, il est tiré du Cynosarge, nom du gymnase grec où les athlètes s'entraînaient, nus, et dans lequel Antisthène et Diogène enseignaient (Roubineau, 2020).

Fils d'Hikésios, banquier de Sinope qui a exercé la fonction de trapézite (un magistrat de la ville chargé de superviser les changes entre monnaies locales et étrangère), Diogène est donc issu d'une famille assez riche. Selon une version qui remonte à Dioclès de Magnésie, à la suite d'une accusation de fabrication de fausse monnaie (par le père et/ou le fils), son père aurait été jeté en prison, et Diogène contraint de fuir à Athènes. Ils auraient toutefois aussi pu fuir tous les deux, d'après d'autres écrits. Cet épisode de l'exil précipité du père et du fils a été considéré rétrospectivement comme le début de la vocation de philosophe cynique, ayant confronté le jeune Diogène à l'expérience du déracinement et du dénuement qui va façonner sa vision de la vie et de la possession matérielle.

Diogène aurait d'abord vécu en homme libre, mais quand il va à Égine en bateau (vers la fin des années 340 avant J.-C.), il est fait prisonnier par des pirates et vendu comme esclave en Crète à un riche marchand, Xéniade, qui le libère après plusieurs années, pour ses bons services dans l'éducation de ses enfants.

L'exil est conçu dans la pensée cynique comme l'expérience ultime du détachement, du renoncement, de la mise à distance de ce à quoi l'on tient.

Figure clé du cynisme, il vivait dehors, dans le dénuement, vêtu d'un simple manteau, muni d'un bâton, d'une besace et d'une écuelle. Diogène est surtout connu pour avoir dénoncé l'artifice des conventions sociales, il préconisait en effet une vie simple, plus proche de la nature et se contentait d'une grande jarre couchée sur le flanc, πίθος (*pithos*), détournant son usage habituel de réservoir d'eau, de lieu de stockage des denrées ou d'urne funéraire, pour dormir. Son but réel semblait être de vivre hors de la culture et de la civilisation grecques, en s'imposant certaines restrictions susceptibles de lui apporter une plus grande indépendance vis-à-vis des biens matériels et une plus grande liberté morale.

Le renoncement aux objets est illustré par un épisode au cours duquel, près d'une fontaine, il abandonne son écuelle après avoir constaté qu'un jeune homme n'en avait pas besoin pour boire avec ses deux mains. Le renoncement à l'argent et au pouvoir est illustré par l'anecdote qui le dépeint, à Corinthe, aux pieds d'Alexandre le Grand, l'empereur venu le visiter pour solliciter son aide et le prendre à son service, en lui proposant de lui donner ce qu'il voudrait et à qui il aurait répondu : « Ôte-toi de mon soleil » (Diogène Laërce, 1999). Cicéron en donne une autre formulation : « Je souhaite seulement que tu te détournes un peu de mon soleil » (Cicéron, 2021)

Diogène Laërce rapporte également d'autres échanges entre les deux hommes :

Lorsqu'un jour, Alexandre lui dit : « Je suis le grand roi Alexandre », Diogène répondit : « Je suis Diogène le chien » et comme on lui demandait pour quelle raison, il expliqua : « Parce que je caresse ceux qui me donnent, j'aboie contre ceux qui ne me donnent pas, et je mors ceux qui sont méchants » [...] [Alexandre lui aurait demandé] si sa présence ne lui causait point de crainte ; il répondit : « En quelle qualité voulez-vous que je vous craigne ? Est-ce comme bon, ou comme mauvais ? » « Comme bon », dit Alexandre. « Eh ! reprit Diogène, comment peut-on craindre ce qui est bon ? » (Diogène Laërce, 1999)

Alexandre aurait également confessé à ses troupes : « Si je n'étais Alexandre, je voudrais être Diogène. » (Plutarque, 2011)



Figure 1. *Alexandre et Diogène*, 1818, Nicolas-André Monsiau (1754–1837)

La recherche de la part du divin qui est cachée dans chaque être humain est la dimension la plus méconnue de Diogène. Ce comportement le fait passer à tort pour un provocateur qui, en plein jour, éclaire les passants d'une lanterne pour leur dire « je cherche un homme ».

Diogène a vécu âgé, au-delà de 80 ans, probablement jusqu'à 86 ans.

La portée philosophique des cyniques a largement dépassé le cadre de l'Antiquité, comme peuvent en témoigner notamment les travaux de Marie-Odile Goulet-Cazé (Goulet-Cazé, 2017) ou Suzanne Husson (Husson, 2010).

Malgré l'absence de consensus formalisé sur le diagnostic du syndrome de Diogène, on retrouve néanmoins dans les mythes, légendes, pièces dramaturgiques ou journaux, des descriptions de situations de personnes qui seraient aujourd'hui décrites comme présentant un syndrome de Diogène, peu importe l'époque ou le pays.

Tout savoir sur le syndrome de Diogène : du diagnostic à la prise en charge

Le syndrome de Diogène est peu connu, bien que de plus en plus présent dans la société actuelle, laissant les professionnels particulièrement démunis. De nombreux patients sont, en effet, signalés aux équipes médico-sociales par leur voisinage inquiet.

Si les causes du syndrome de Diogène sont multiples et complexes, les critères diagnostiques sont, quant à eux, très précis : une absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et des services médico-sociaux et une relation aux objets, aux autres et au corps inhabituelle qui s'exprime souvent par une importante négligence.

Ce livre offre aux professionnels un cadre clair, des outils diagnostiques fiables et efficaces ainsi que des protocoles de prise en charge.

Il aborde et développe :

- les questions cliniques (symptômes, diagnostics et testing) ;
- les questions d'évaluation, tant les aspects éthiques et juridiques (avec adaptation au contexte local) que les traitements (TCC, réalité virtuelle...).

Laurence Hugonot-Diener est psycho-gériatre à l'hôpital de la Croix Rouge Henri Dunant et au M2A Paris centre, où elle suit, depuis 15 ans, une centaine de personnes porteuses du syndrome de Diogène. Elle a participé activement aux deux enquêtes sur le syndrome de Diogène à Paris.

Matthieu Piccoli est médecin gériatre à l'APHP, Centre Université Paris Cité, où il exerce au sein de l'équipe mobile de gériatrie de Cochin et au CMRR-Paris Sud, Broca. Membre de l'Unité de Recherche 4468 « Maladie d'Alzheimer, facteurs de risques, soins et accompagnement des patients et familles » de l'Université Paris Cité, il est aussi administrateur de l'association des jeunes gériatres.

DANS
LA MÊME
COLLECTION



34,90 €

ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-4175-3



9 782807 341753

deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com