



## Syndrome de Diogène : arrivée aux urgences, critères opérationnels, compréhension et accompagnement

J.C. MONFORT, I. PÉAN

### Remerciements

Nos travaux sur le syndrome de Diogène ont été soutenus par le Département de Paris (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé). La rédaction de cet article s'est appuyée sur les résumés des interventions des participants au colloque du 8 mars 2012 organisé par l'AFAR, sous la direction de Jean-Claude Monfort et Isabelle Péan, à la maison de la chimie. Nous remercions en particulier, Philippe Badin, Patrick Bachelet, Laurence Hugonot-Diener, Pascal Martin, Hélène Schützenberger, Catherine Wong.

### Points essentiels

- Un syndrome est un ensemble de symptômes.
- Le critère principal de ce syndrome est une personne qui, aux yeux d'un observateur, aurait besoin de tout mais ne demande rien.
- Les trois critères secondaires sont une perturbation extrême : des relations au corps, trop propre ou trop négligé ; des relations aux objets, absents ou accumulés en excès ; et des relations aux autres avec une philanthropie ou une misanthropie.
- Les personnes ayant un syndrome de Diogène peuvent arriver aux urgences pour un pied brûlé, gelé ou ulcéré associé à une mauvaise hygiène corporelle qui ne doit pas masquer une urgence médicale ou chirurgicale.

*Correspondance* : Jean-Claude Monfort, Secteur 15, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris. Tél. : 01 45 65 61 21. E-mail : [jc.monfort@ch-sainte-anne.fr](mailto:jc.monfort@ch-sainte-anne.fr)  
Isabelle Péan, CLIC Paris Emeraude Ouest, 8, rue Fallempein, 75015 Paris. Tél. : 01 44 19 61 59. Fax : 01 44 19 45 98. E-mail : [isabelle.pean@clicparisemeraude.fr](mailto:isabelle.pean@clicparisemeraude.fr)

- Les personnes ayant un syndrome de Diogène peuvent arriver aux urgences pour un état de cachexie et de dénutrition ayant entraîné une perte de connaissance ou une chute sur la voie publique.
- Le syndrome de Diogène peut être secondaire à des maladies, et c'est l'une de ces maladies qui peut être la cause d'un passage aux urgences qu'il s'agisse d'un trouble psychiatrique ou d'une démence.
- Le syndrome de Diogène peut être primaire, premier, primitif, sans maladie patente associée, il s'agit alors d'un mode de vie appartenant à la diversité de la condition humaine.
- Les autres complications du syndrome de Diogène sont les risques et les nuisances auxquels sont exposés les habitants de l'immeuble.
- La prise en charge des syndromes de Diogène secondaires correspond à la prise en charge de la maladie sous-jacente.
- La prise en charge des syndromes de Diogène primaires correspond à un accompagnement global social et médico-social en réseau informel interstitiel.

## 1. Introduction

Un binôme médico-social, Jean-Claude Monfort et Isabelle Péan, ont demandé et obtenu un financement auprès du Département de Paris (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé) pour valider des hypothèses et des critères opérationnels sur le syndrome de Diogène. Ces financements leur ont permis de s'adjoindre la collaboration de Laurence Hugonot-Diener, Catherine Wong et Emmanuel Devouche. Ce groupe de travail a réalisé deux études, l'une publiée en juin 2010 (1), l'autre à paraître en 2013.

Depuis plusieurs années, nous suivons des personnes ayant un syndrome de Diogène dans le cadre de coordinations, de réseaux gérontologiques, d'expertises médicales ou de dispositifs de psychogériatrie des secteurs psychiatriques. Nous avons été amenés à intervenir, sur signalement d'une nuisance (odeurs, parasites) ou d'un danger (incendie, explosion), auprès de personnes plus ou moins âgées.

Ces personnes ne demandent rien alors qu'elles auraient besoin de tout, c'est-à-dire à la fois de soins et d'une remise en état du domicile. Dans un certain nombre de cas, même si ces patients ne sont pas en situation de précarité financière, ils peuvent faire l'objet d'un arrêté d'expulsion et se retrouver à la rue.

## 2. Historique

Les descriptions les plus anciennes sont celles que l'on trouve dans la lecture des légendes et des fables : ermites, sorciers, sorcières, harpies, Baba yaga... Nous les retrouvons aussi dans des personnages de romans : Miss Havisham dans « Les

grandes espérances » de Charles Dickens, Pliouchkine dans « Les âmes mortes » de Gogol, et « La séquestrée de Poitiers » dont s'est inspiré André Gide. En regardant avec attention ces personnages, nous retrouvons les critères permettant de faire un diagnostic rétrospectif de syndrome de Diogène.

À notre connaissance, la première description clinique de ce syndrome a été effectuée par Ernest Dupré qui va donner à sa publication un titre étonnant : « les mendiants thésauriseurs » (2). Il utilise cet oxymore pour rendre compte de la présence « paradoxale de la misère et de la richesse ». Il est ainsi le premier à signaler que la précarité peut se différencier radicalement de la pauvreté.

À partir de 1957, une série de publications de Duncan Macmillan va de nouveau attirer l'attention sur ce type de situations qu'il va nommer tantôt « Social Breakdown », tantôt « Senile Breakdown » pour désigner les situations de rupture sociale des personnes plus ou moins âgées.

Il faut attendre 1975 pour que le terme de *syndrome de Diogène* soit utilisé pour présenter une étude clinique décrivant 30 personnes âgées ayant une attitude de négligence de soi et de leur domicile avec un volume d'entassement qui, dans six cas, réduisait sévèrement l'espace à vivre. Deux personnes seulement avait un sentiment de honte concernant leur aspect corporel et l'insalubrité de leur logement. Dix personnes sur trente avaient refusé de manière récurrente les aides proposées. Clark reste peu explicatif sur l'utilisation du mot Diogène juxtaposé à celui de « gross neglect » dans le titre de son article alors qu'il ne l'utilise pas dans l'article lui-même, hormis dans la note située en bas de la première page (3).

Le Diogène auquel Clark fait référence est Diogène de Sinope, le philosophe de l'école des cyniques le Cynique, né à Sinope 413 ans av. J.-C. et décédé à Corinthe en 324 av. J.-C. L'histoire de Diogène est connue partiellement grâce à des anecdotes souvent contradictoires rapportées dans plusieurs biographies posthumes. Diogène est le fils d'un riche banquier de Sinope. Sa petite enfance a été probablement heureuse mais la découverte que son père falsifiait de la monnaie a entraîné la fuite de la famille et sa capture par des pirates. Diogène mène alors une vie d'esclave. Diogène travaille pour acheter sa liberté et devient l'un des élèves d'Antisthène, le fondateur de la philosophie Cynique. Le nom de cette école est tiré du mot « chien ». Le cynisme antique est à l'opposé du cynisme contemporain. Le principe est non pas de vivre comme un chien mais de mordre avec les mots, de faire passer l'amitié après la vérité qui est nommée en s'exposant à poser un regard critique sur la société. La deuxième caractéristique de l'école des Cyniques est de mettre en actes la philosophie qu'ils enseignent. Ils ne se contentent pas de dire leur désintéret pour la propriété et l'absence de tout besoin matériel. Ils vivent la pauvreté. Diogène ne demande rien. On l'aurait vu parcourir les rues d'Athènes en plein jour, une lanterne à la main, déclarant à ceux qui lui demandaient ce qu'il faisait : « *Je cherche un homme* ». Derrière cette conduite apparemment provocatrice et misanthrope, il encourageait en fait ses contemporains à chercher la part de divin cachée dans chaque être humain.

Le terme de Diogène choisi par Clark a été critiqué car des auteurs n'ont pas compris le point commun entre Diogène le philosophe cultivant l'ascétisme et l'absence d'objets avec les personnes décrites par Clark qui étaient pour la plupart des entasseurs (4). Se présentant comme gériatre, Clark a néanmoins utilisé un concept psychodynamique d'inspiration analytique selon lequel des symptômes opposés peuvent correspondre à une même réalité. Une absence totale d'objet peut avoir la même signification qu'un entassement d'objets. De même, une attention excessive pour son hygiène corporelle peut avoir la même signification qu'une négligence corporelle. Pour compléter la liste des termes utilisés, il faut souligner qu'aux États-Unis, plus que le terme syndrome de Diogène, c'est la deuxième dénomination utilisée par Clark qui est utilisée. C'est la catégorie des personnes ayant un « self-neglect », c'est à dire une auto-négligence qu'il s'agisse de son domicile ou de son corps. Ce terme est à rapprocher de celui « d'auto-exclusion sociale » utilisé par Jean Furtos.

### 3. Les critères du syndrome de Diogène

Ce syndrome a autant de définitions que d'auteurs. C'est cela qui a empêché jusqu'à aujourd'hui de comparer les résultats des différentes études menées sur ce syndrome. Les critères expliqués ci-dessous sont ceux proposés par l'auteur en premier et utilisés dans notre première étude (1). Ils comportent un critère principal et trois critères secondaires.

**Le critère principal.** Il est obligatoire, c'est le socle sans lequel il serait excessif d'utiliser le terme de syndrome de Diogène: « est Diogène la personne qui, aux yeux d'un visiteur, aurait besoin de tout mais ne demande rien ».

**Les trois critères secondaires.** Ils concernent les modalités de la relation aux objets, au corps et à autrui.

- la relation aux objets est poussée à l'extrême. Les objets sont soit totalement absents, comme pour Diogène de Sinope, soit innombrables et entassés comme pour les Diogène de Clark ;
- la relation au corps est poussée à l'extrême. Le corps est soit trop négligé comme pour Diogène de Sinope, soit trop propre, c'est ce que nous avons décrit avec l'expression : « Diogène propre » ;
- enfin la relation aux autres est poussée à l'extrême. L'autre est soit totalement absent comme dans les situations des personnes recluses à leur domicile, soit très présent comme pour Diogène de Sinope et Antisthène le chef de l'école des cyniques. Ils vont au-devant des autres pour les convaincre de rejoindre leur mouvement qui aurait aujourd'hui l'apparence d'une dérive sectaire.

Ces différents critères, combinés et associés à l'acceptation ou au refus des aides proposées, permettent de définir une typologie purement descriptive comportant quatorze types de Diogène. Le premier type est le syndrome de Diogène complet.

Les treize autres types sont des syndromes de Diogène partiels. Cette typologie rend compte de la diversité des tableaux observés et explique les nombreuses données de la littérature qui apparaissent jusqu'ici contradictoires.

## 4. La partition en syndromes de Diogène primaires et syndromes de Diogène secondaires

**Un syndrome de Diogène est dit secondaire** lorsqu'une maladie est identifiée. Il peut s'agir d'une démence plus souvent fronto-temporale que de type Alzheimer, d'une psychose plus souvent schizophrénique que non schizophrénique, d'un trouble obsessionnel compulsif avec rituel d'entassement, d'une phobie sociale avec réclusion à domicile, d'un déficit intellectuel congénital ou acquis.

**Un syndrome de Diogène est dit primaire** lorsqu'aucune maladie n'est identifiée. Le terme de Diogène primaire a l'avantage de laisser entendre qu'il peut être considéré comme synonyme de Diogène primitif ou de Diogène premier au sens des arts premiers. Ce syndrome existe depuis le début de l'humanité, inhérent à la condition humaine, il n'est pas une maladie.

Le qualificatif de Diogène primaire doit être cependant utilisé avec réserve. On sait que l'absence de résultat à la suite d'une recherche de maladies ne signifie pas l'absence d'une maladie, soit non encore déclarée, soit non détectable avec les outils actuels de la science. Le seul signe visible ici est limité à la bizarrerie du logement. Dans l'exemple des psychoses, le terme de « psychose blanche » a été utilisé pour désigner les psychoses n'ayant pas encore de symptômes psychotiques.

Pour les Diogènes primaires avérés, nous avons fait l'hypothèse d'un traumatisme survenu dès l'enfance ; c'est le cas de Diogène de Sinope. Au cours de cette période les besoins de l'enfant sont assurés par autrui. Brutalement, il n'y a plus personne pour assurer ces besoins. Certains vont trouver des personnes relais, des tuteurs de résilience (5). D'autres n'auront pas cette chance, et pour survivre, ils seront obligés de s'adapter en renonçant à l'idée qu'autrui pourra un jour venir en appui, c'est la misanthropie de survie, un terme que nous avons proposé en 1998 pour nommer le mode de vie des personnes vivant comme Diogène. Le prix à payer est une vie de misanthrope, solitaire, à l'écart du monde: « *j'ai besoin de tout mais je ne demanderai rien* », c'est le critère principal et obligatoire des syndromes de Diogène.

## 5. Les mesures d'accompagnement

**Les soins médicaux :** Le premier temps de la prise en charge consiste à soigner le pied brûlé, gelé ou ulcéré. Parfois, il faut y associer la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation. Enfin, le gériatre et le psychiatre peuvent venir

aux urgences et diagnostiquer une pathologie qui entraînera l'orientation vers la filière de soins correspondante. C'est par le diagnostic étiologique que peut passer une prise en charge qui a du sens et qui a des chances d'aider ces patients à aller mieux.

**Les mesures d'hygiène corporelle :** La première attitude si l'on méconnaît l'existence d'un syndrome de Diogène serait de nettoyer la personne lors d'un bain unique associant toilette du corps, coupe des cheveux, de la barbe et des ongles. En supprimant brutalement cette « carapace » ayant valeur de protection, le risque est au pire, de voir la personne se suicider aux urgences, et au mieux de la voir quitter les urgences.

**L'accompagnement social :** Le travailleur social des urgences est très souvent appelé pour les personnes en situation d'incurie. Il est donc parfois le premier professionnel à aller au contact de ces situations. C'est lui, lors de son travail d'évaluation, qui va découvrir l'existence d'un domicile décrit par l'entourage, proches, voisins, gardiens, comme entassé, insalubre, source d'odeurs et de parasites. Il peut découvrir aussi que cette situation était déjà connue d'autres professionnels sociaux ou du service technique municipal de l'habitat. Il est confronté à la nécessité d'organiser un retour à domicile en sachant ce domicile inhabitable, insalubre, et parfois dangereux : risque de chutes, pas de chauffage, pas d'accès aux points d'eau, sanitaires inutilisables, parasites, présence de bougies en guise d'éclairage et réchaud à gaz à même le sol en guise de cuisinière. L'obligation de gagner du temps pour faire des relais en ville passe par l'obtention d'un lit à l'hôpital ou d'un hébergement en ville rarement possible d'emblée par absence de justificatifs administratifs et refus de l'intéressé. Ici, comme ailleurs, le travailleur social peut être confronté à la réticence des professionnels pour intervenir à domicile. Dans un temps limité, grâce à ses transmissions, il initie les liens de l'accompagnement social en réseau sur la longue durée.

**Les mesures concernant l'habitat et le cadre législatif :** Lorsque les voisins se plaignent, lorsque l'état du logement fait craindre pour la sécurité et/ou la santé de l'occupant, des voisins, que peuvent faire les pouvoirs publics, en sus ou en complément de l'accompagnement de Diogène ? Il convient déjà de les rappeler à leurs devoirs : les locataires doivent « user paisiblement des locaux loués », et il appartient au propriétaire d'y veiller, selon la loi du 6 juillet 1989 sur l'amélioration des rapports locatifs. Par ailleurs, le Préfet, peut prescrire à l'occupant, de débarrasser les lieux et de les nettoyer, dans un délai fixé, généralement bref. À défaut, le Maire ou le Préfet peut le faire d'office, à ses frais. La Direction du Logement et de l'Habitat (DLH) est chargée de sa mise en œuvre quotidienne sur l'ensemble du territoire municipal. Selon la taille des communes, des services techniques de l'Habitat (STH) ont été créés pour gérer le traitement des situations posant problème en matière d'hygiène et de salubrité de l'habitat, au titre du règlement sanitaire départemental (RSD) et/ou à celui du code de la santé publique (CSP), en cas de remise en cause de la sécurité et/ou de la santé des occupants.

La prise d'un arrêté préfectoral, au titre de l'article L. 1311-4 du CSP, est justifiée en cas de danger ponctuel imminent menaçant la santé physique, mentale et sociale de(s) l'occupant(s) ou de danger pour la santé et la sécurité des habitants de l'immeuble au travers des risques incendie, électrique et/ou péril induits. La procédure a pour finalité de « désencombrer, débarrasser, nettoyer, désinfecter, dératiser, désinsectiser, etc. » un logement, pas d'agir ou d'interagir avec la personne sur son état de santé, son mode d'habiter ou son mode de vie « hors-norme ». Les services techniques touchent là à leurs propres limites de compétences, essentiellement bâtimentaires et techniques.

**L'évacuation des entassements :** Cette évacuation peut être mise en œuvre par des proches, quelques services d'aide à domicile, des entreprises privées ou des services municipaux. Quand ce travail est délégué à un professionnel, tout commence par une première visite, seul ou accompagné, d'un logement avec ou sans son occupant. Ce premier contact permet d'installer une confiance, d'évaluer le travail à effectuer et d'informer l'occupant sur le déroulement de l'intervention. La famille ou l'équipe de nettoyage va devoir adapter sa vitesse d'intervention au cas par cas. La clôture du chantier signe la fin d'une étape et le passage à d'autres relais et accompagnements. Il faut cependant savoir que chacun, famille ou services d'aide à domicile doit poursuivre son accompagnement avec parfois la nécessité de recommencer une nouvelle intervention une à quatre années plus tard.

**La mesure de protection judiciaire :** Faut-il mettre sous curatelle ou tutelle les personnes présentant un syndrome d'auto-exclusion sociale ? La question est complexe pour le médecin inscrit sur la liste du procureur de la République, car l'accumulation, le manque d'hygiène, la négligence, ne signifient pas forcément qu'il existe une altération des facultés mentales ou physiques « de nature à empêcher l'expression de la volonté ». Au contraire même, car «Diogène» dit bien sa volonté, à savoir qu'on le laisse tranquille ! Il faut savoir qui signale et qui demande quoi, puisque lui ne demande rien. Après le problème de l'entrée en contact, il faut évaluer les facultés, dans un temps souvent aussi réduit que l'espace disponible, car le contact est ténu. C'est un dialogue dans un entrebâillement de porte, ou debout sur des sacs poubelles, ou dans l'escalier voire dans la rue. Enfin, il faut évaluer l'importance des problèmes matériels, financiers et sanitaires. On peut alors se demander si une mesure de protection dans le cadre de la Loi du 5 mars 2007 est utile ou si ce n'est pas une fausse bonne idée !

## 6. Conclusion

Le passage aux urgences donne une chance de repérer les personnes présentant un syndrome de Diogène. Ainsi peut débuter un maillage interprofessionnel et un accompagnement sur la longue durée. La mise en évidence d'une maladie est paradoxalement une chance car elle permet d'orienter les soins vers une filière adaptée, gériatrique ou psychiatrique. Les situations de Diogène primaires sont les plus difficiles.

## Références

1. Monfort J.C., Hugonot-Diener L., Devouche E., Wong C., Péan I. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol Neuro Psychiatr Vieil* 2010 ; 8(2) : 141-53.
2. Dupré E. Les mendiants thésauriseurs. Pathologies de l'imagination et de l'émotivité : Payot ; 1925 ; p. 431-44.
3. Clark A., Mankikar G., Gray I. Diogene's syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. *Lancet* 1975 ; 15 : 366-8.
4. Marcos M., Gomez-Pellin M.C. A tale of a misnamed eponym: Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 ; 23(9) : 990-1.
5. Monfort J.C., Lejeune A. Mémoires traumatiques, réminiscence et mise à l'épreuve de la résilience. In : Cyrulnik B., Lejeune A., Vieillesse et résilience. Marseille : Solal ; 2004.